

## A psicossomática e a escrita do real

**Roseane Freitas Nicolau**

Psicóloga. Psicanalista. Doutora em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará. Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará. Pesquisadora do Laboratório de Psicopatologia Fundamental da UFPA. Membro do GT Dispositivos Clínicos em Saúde Mental (ANPEPP).

End.: R. dos Mundurucus, 1553, apt. 501, Batista Campos. Belém, PA. CEP 66035-360.

E-mail: rfnicolau@bol.com.br

### Resumo

*A partir de uma investigação sobre psicossomática e de uma revisão das principais teorias sobre o tema, propomos neste artigo (re) visitar os textos de Freud e de Lacan, utilizando também textos de outros psicanalistas. Pretendemos com isso circunscrever o funcionamento conceitual das teorias inspiradas nos modelos freudiano e lacaniano sobre psicossomática, visando articulá-las às últimas elaborações de Lacan sobre o tema, apresentadas na Conferência de Genebra (1975), onde assinala que o fenômeno psicossomático é da ordem da escrita no corpo. Escrita que não é da ordem do signo, mas da assinatura, o que remete à dimensão do enigma. Para Lacan os traços são verdadeiros hieróglifos que ainda não se sabe ler, ou seja, traços escritos concebidos como “não-a-ler”, porque é um escrito indecifrável. Nosso objetivo é formalizar*

*um saber teórico que possa nortear o fazer clínico, este que suscita questionamentos sobre como fazer uma escrita do gozo presente na reação psicossomática, que possa reduzi-lo. Acreditamos que a psicanálise, ao marcar a diferença entre sintoma neurótico e fenômeno psicossomático, abre a possibilidade de sustentar a direção da cura, ao pensar a clínica não somente como um trabalho do significante ou da letra, mas também como a intervenção que recorta, destaca, faz cair o que Lacan chamou de “pedaços de real”. É esta idéia que buscamos articular com a escrita do real, visando à possibilidade de que o gozo seja deslocado ao campo da palavra, na direção da cura.*

*Palavras-chave: fenômeno psicossomático, sintoma, corpo, gozo, escrita.*

## **Abstract**

*Taking as a starting point an investigation about psychosomatics and a revision about the theme, we intend in this article to revisit the texts of Freud and Lacan together with other analysts. The main intention here is to circumscribe the conceptual functioning of the theories about psychosomatics inspired by freudian and lacanian models, articulating them with Lacan’s latest elaborations about the subject, presented at The Geneva Lecture (1975). There he points out that psychosomatic phenomenon is about body-writing, a writing that is not from the order of the sign, but from signature, which sends us to the dimension of enigma. According to Lacan, the traces are true hieroglyphs that we don’t know how to read. That means written traces conceived as “not-to-read” because it’s an undecipherable writing. Our goal is to formalize a theoretical knowledge that can be able to conduct the clinical practice, this one that produces questions about how to make a writing of the “jouissance” presented in psychosomatic reaction. We believe that psychoanalysis, marking the difference between neurotic symptom and psychosomatic phenomenon, opens up the possibility to sustain the direction of the cure by thinking the clinics not only as a work of signifying or work of letter, but also as an intervention that cuts out and detaches, making possible the dropping of what Lacan named “pieces of real”. That’s the idea that we intend to articulate with the writing of the Real in order to make possible for “jouissance” to be*

*dislocated to the field of word and in the direction of the cure.*

*Keywords: psychosomatic phenomenon, symptom, body, jouissance, writing.*

## Introdução

Este artigo discute os liames teóricos que permitem a um psicanalista circunscrever o que se passa na clínica relativamente às manifestações corporais, temática que pesquisamos há algum tempo<sup>1</sup>. Atualmente desenvolvemos uma pesquisa sobre o sintoma do corpo, na Clínica de Psicologia da Universidade Federal do Pará<sup>2</sup>, onde discutimos, a partir da psicanálise, o problema das chamadas enfermidades psicossomáticas. Em pesquisa anterior, percorremos a angústia em Freud, chegando aos enigmas dos efeitos do real sobre o falante e à impossibilidade de cobertura absoluta do significante sobre o corpo (Nicolau, 2000). Partindo da lógica de um real marcado no corpo, formulamos posteriormente a idéia de um corpo marcado pelo significante, mas sem o segundo significante recalcado que permitiria fazer surgir o sintoma como verdade do sujeito. Verdade que comporta um **gozo**<sup>3</sup> específico em sua fixação, gozo fora do simbólico (Nicolau, 2001).

Da pesquisa atual, apesar de não trazermos resultados, que ainda não estão prontos para serem colhidos, acreditamos que escrever sobre as construções teóricas que fizemos até aqui é útil para o exame da adequação entre pressupostos teóricos e a problemática clínica que investigamos. Apresentamos, portanto, as primeiras formulações que confrontam modelos teóricos, visando responder a algumas questões surgidas no campo da clínica psicanalítica, uma vez que esta se defronta com impasses diante daqueles pacientes que procuram psicoterapia pela via do sintoma orgânico, da doença física. São manifestações corporais sem uma causa orgânica identificada, como dores localizadas, fadigas, gastrites, asma, alergias, retocolite hemorrágica etc.

No adoecimento somático, o corpo é a grande referência do sujeito que sofre. A enfermidade que se apresenta ao analista, muitas vezes previamente nomeada pelo saber médico, coloca-se como ponto de estofo, regulando a vida e os pensamentos do paciente, atormentando-o. O sujeito é tomado de assalto por esse

gozo avassalador, é capturado por ele e revela uma grande dificuldade em dar novo sentido ao seu sofrimento, em constituir um novo significante que venha dar sentido à sua dor. O gozo faz com que o corpo fique numa relação de exclusão com a cadeia da linguagem. Nesse caso, o que faria uma borda, uma barreira a esse gozo que a-sujeita seria o campo da linguagem, a restituição do significante aprisionado, fixado a nada ao circuito de significantes. Mas, a designação de psicossomática recebida nestes casos vem produzir certa aderência a esse significante, implicando em uma alienação do sujeito a ele, que contribui para o impedimento da restituição dos significantes do sujeito.

Por outro lado, o uso indiscriminado do termo psicossomática para caracterizar afecções sem causa orgânica leva a erros diagnósticos e a tratamentos que estão longe de encontrar unanimidade entre os terapeutas que com elas se deparam na sua prática, mesmo quando estes se apresentam como especialistas na matéria. As dificuldades clínicas apresentam-se sempre como desafio ao modelo conceitual, pois são difíceis de serem enquadradas em um paradigma teórico, sob o ponto de vista tanto conceitual quanto de manejo clínico. Para nortear nossa prática clínica, cabe demarcar, no território da psicanálise, uma compreensão teórica que nos sirva de âncora, sabendo de antemão que, por não operar a partir de padrões e normas e nos voltarmos para um sujeito que, na manutenção de seu sintoma, tenta lidar com o insuportável da angústia, não encontraremos nada além de um sujeito particular. Sujeito, definido, desde Freud, como dividido em instâncias, e caracterizado por uma falta constituinte, base da fundação do desejo.

É assim que o fenômeno psicossomático desafia os analistas, pois embora abundante literatura lhe seja consagrada no bojo dos escritos sobre a psicossomática, é preciso reconhecer que é um tema de contornos imprecisos. As muitas teorias que se dispersam na atualidade em torno da psicossomática constituem um quadro confuso e obscuro e, conseqüentemente, resultam em fracassos na direção da cura, fracassos estes que se devem, em grande parte, à falta de balizas teóricas que possam sustentar o atendimento. A revisão do que se vem produzindo em psicossomática nos defrontou com uma ampla literatura, detendo-nos em alguns autores que se tem consagrado a estes estudos, tais como

Patrick Valas (1990, 2004), MC Dougall (1991), Jean Guir (1988, 1990), Nasio (1993), Paul-Laurent Assoun (1997), Souza (1997), Josselin (1990), Kaltenbeck (1990). Não é nosso objetivo aqui apresentar suas teses, mas discutir algumas articulações de Freud e Lacan presentes nestes autores, até chegar às últimas elaborações lacanianas sobre o tema, apresentadas em uma conferência sobre o sintoma, em 1975 (**Conferência de Genebra**), onde assinala que o fenômeno psicossomático é da ordem da escrita no corpo. É esta idéia que buscamos articular com a escrita do real, visando a possibilidade de que o gozo seja deslocado ao campo da palavra na direção da cura, onde acreditamos poder circunscrever uma escuta que opere na redução destes sintomas.

## **Panorama da psicossomática e a problemática clínica**

Observamos que os pacientes que já vêm rotulados como psicossomáticos encontram grande dificuldade de se analisar, pois dificilmente conseguem subjetivar seu sofrimento, permanecendo este referido à dimensão do corpo. Que escuta oferecer quando a queixa se concentra no órgão doente ou na dor? Como intervir nestes casos? Serão eles, invariavelmente, abordados a partir de um modelo pré-estabelecido e catalogados como somatização ou doença psicossomática? Como explicar esses fenômenos do ponto de vista do sujeito nele implicado? Qual a direção do tratamento quando este não vem pela via da implicação do sujeito com a sua dor? São questões clínicas dessa natureza que levam muitos psicanalistas a refletirem teoricamente sobre o sintoma no corpo, que se impõe com toda a intensidade na fala do analisante. Portanto, há muito que se refletir sobre uma clínica com pacientes portadores de distúrbios psicossomáticos que, se circunscrita aos fenômenos, correria o risco de confundir e/ou superpor o sujeito a seu distúrbio, com o perigo de redução do sujeito a sua dificuldade.

Obtivemos um panorama sobre a psicossomática que pode ser encontrado em autores como Ávila, 1996; Keller, 1995; Marty, 1993; Cerchiari, 2000; Beauchesne, 1989; Birman, 1980, entre muitos outros. É amplo o universo de estudiosos que refletem sobre o adoecimento sem causa orgânica: psicólogos, psicanalistas, psiquiatras, médicos se empenham em compreender e formalizar um campo que se autorize no domínio conceitual destes fenômenos.

Cada um deles toma para si um referencial e, munidos de alguma experiência clínica, põem-se a examinar e elaborar hipóteses acerca desta problemática. Entretanto, as teorias sobre as patologias psicossomáticas são basicamente oriundas do pensamento médico, no interior de uma tradição que sugere a unidade psicológica e somática do organismo (Beauchesne, 1989, p. 60). A medicina trabalhou no sentido de produzir monopólio sobre a psicossomática, partindo da idéia de que, se o corpo estaria funcional e anatomicamente envolvido na patologia, cabia a ela tratar do assunto.

A partir dos anos vinte, uma nova racionalidade passa a incidir sobre o saber médico, provocando profundas mudanças. A dimensão humana, anteriormente ignorada em função do orgânico, passa a ser considerada como decisiva para a compreensão das enfermidades (Birman, 1980). Apesar disso, no campo da medicina, quando não se encontra um referente orgânico da doença, o diagnóstico fica essencialmente associado aos tipos clínicos decorrentes dos sintomas apresentados, abordando o tratamento das enfermidades psicossomáticas como uma patologia que se manifesta equitativamente. Assim, diante de uma lesão de órgão ou de uma dor que não se inscreve no discurso médico, são comuns os diagnósticos de “distúrbio neuro-vegetativo”, “stress” ou “doença psicossomática” e os pacientes já vêm com um diagnóstico previamente estabelecido. Mesmo que não venham com um diagnóstico como esse, já vêm rotulados pelo saber médico: “você não tem nada, vá ao psicólogo”.

Por outro lado, é inegável que os estudos oriundos do campo da medicina psicossomática contribuíram para ampliar e revelar a complexidade deste fenômeno e para apontar questões específicas a serem investigadas pelos psicanalistas, como a necessidade de refletir sobre os processos de que dependem estes sintomas, em seus registros somático e psíquico, na particularidade de cada sujeito. Mas, no campo da psicanálise, ao pensarmos sobre os processos que fundam o adoecimento do corpo, não podemos nos limitar ao viés “médico-funcional” nem focalizar o sintoma para estabelecer diagnósticos. A psicanálise, com sua escuta dirigida à singularidade de um sujeito, não aceita o deslocamento do plano do sentido para o da causalidade, nem transpor uma causalidade orgânica em causalidade psíquica. Neste sentido há uma

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

No campo psicanalítico, as concepções freudianas e lacanianas proliferaram nas mais diferentes teses sobre psicossomática. As idéias consideradas como pioneiras na tentativa de explicar e demonstrar a validade do discurso freudiano para a cura das doenças somáticas são as de Walter Georg Groddeck (1991). Para ele, o Isso é o criador de todas as doenças, sendo estas originadas de um desejo, portadoras, portanto, de um sentido. Dessa forma, o adoecer orgânico constitui-se como um sintoma com a mesma estrutura simbólica do sonho, ou seja, é regido pelo processo primário e pelos mecanismos de deslocamento e condensação, “precisando ser decifrado na sua significação para libertar o paciente de seu sofrimento” (Groddeck, 1991, p. 30). Ocorre que, grande parte dos sintomas do corpo, não cede à interpretação, indicando uma formação particular na sua composição.

Se Groddeck radicaliza o estatuto metapsicológico, a Escola Americana enfatiza abordagem essencialmente psicofisiológica. Franz Alexander (1952), por exemplo, postulou a idéia de que um “simbólico” estaria ausente na formação dos transtornos somáticos, estabelecendo um padrão psicodinâmico individual responsável pelo desequilíbrio de uma zona de fragilidade orgânica funcional, os conhecidos “órgãos de choque”, que levaria ao surgimento da doença. Para o autor, estes pacientes sofreriam de uma dificuldade aguda na elaboração psíquica de seus conflitos, “razão pela qual utilizam a descarga motora sobre o corpo como única possibilidade para manter constante o nível de tensão psicológico” (Appud Birman, 1980, p. 103). Segundo ele a doença é conseqüência de emoções, impulsos não satisfeitos, desviados e reprimidos. Ou seja, há um efeito direto dos afetos sobre o corpo.

Na Escola Psicossomática de Paris, destacam-se Pierre Marty e M. M'Uzan (1994). Para Marty, por exemplo, o psiquismo é responsável pelo equilíbrio somático a partir da concepção de uma falta psíquica que deveria ser reparada ou restaurada. No geral, a

lógica do pensamento desta Escola é a da pobreza de associações subjetivas, dificuldade no estabelecimento da transferência, limitação das capacidades simbólicas, carência de elaboração fantasística. Acrescenta-se a estas teses as de Joyce Mc Dougall (1996), que vincula os transtornos psicossomáticos a desamparo psíquico surgido na primeira infância. A autora considera que esses pacientes, “não podendo utilizar palavras como veículo, reagem psicossomaticamente a uma emoção dolorosa” (Mc Dougall, 1996, p. 10), apontando para a idéia de que o distúrbio psicossomático constituiria uma certa capacidade para manter a homeostase do aparelho. Nesta mesma linha de pensamento temos a tese de Paul-Laurent Assoun (1997a, 1997b), para quem o adoecimento somático evitaria a neurose, constituindo-se esta como uma proteção contra a somatização.

Afinal, o que é psicossomática para o saber analítico? O que diz a psicanálise sobre os processos e desdobramentos que conduzem à enfermidade psicossomática? Cumpre realçar as modalidades subjetivas e psíquicas que no sujeito vêm imprimir uma certa marca. Esta marca (ou a falta dela) pode, seguramente, fazer adoecer este corpo. Retomando os textos de Freud e Lacan, encontramos preciosas indicações para analisar mais de perto a formulação interrogativa entre o Real e sua escrita, abordado pela via do corpo, que é, afinal, nossa questão.

## **A psicossomática e a psicanálise**

Em primeiro lugar é preciso lembrar que Freud não utilizou o termo psicossomática. Essa expressão incorporou-se à linguagem a partir do discurso médico, remetendo a uma noção já bem circunscrita no campo da medicina. Se Freud não tratou diretamente da psicossomática, e se esta noção se origina do discurso médico, é preciso não confundi-la com a noção psicanalítica, especialmente aquela proposta por Lacan (1954-1955/1985), para quem a lesão psicossomática está situada fora das construções neuróticas, para além da subjetividade, produzida sobre um corpo sem sentido, mesmo comportando um gozo específico, quer dizer, um sofrimento. Lacan a concebe como fenômeno e não como sintoma, uma vez que não haveria como localizar neles a incidência de processos psíquicos de metáfora e metonímia ou de deslocamen-



to e condensação, característicos da formação dos sintomas nas psiconeuroses. Mais tarde, no lugar da palavra psicossomática, Lacan (1966) irá propor o termo “epistemo-somático”<sup>4</sup>, uma vez que não se trata da incidência do suposto psíquico sobre o somático, mas da incidência do saber inconsciente no somático. Preferimos utilizar o termo fenômeno psicossomático, utilizado por Lacan ao longo de suas discussões, para diferenciá-lo do sintoma.

Verificamos, logo de saída, um impasse teórico diante da utilização do termo psicossomática. Se a teoria constitui a base da clínica, os impasses teóricos se refletem na prática, quando se toma, por exemplo, fenômeno por sintoma. Assim, nos interrogamos sobre qual é a marcação teórica possível oferecida pela psicanálise para o problema da psicossomática, uma vez que encontramos, mesmo entre os psicanalistas, referências médicas para o diagnóstico destas enfermidades, como Jean Guir (1988), por exemplo, que limita a visão do que seja essa pela simples ausência ou presença de lesão.

Parece-nos razoável observar que, na obra de Freud, as formulações que mais se aproximam do que atualmente se denomina de psicossomática foram suas hipóteses sobre as neuroses atuais, presentes no texto **Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada neurose de angústia** (Freud, 1895/1987). Ali Freud mencionou um grupo de neuroses distintas das neuroses de transferência, que se assemelham às afecções ditas psicossomáticas, denominando-as de Neuroses Atuais e dividindo-as em neurastenia e neurose de angústia. O quadro clínico apresentava um cortejo de sintomas no registro eminentemente somático, como fadiga, cefaléia, crises de angústia, taquicardias, dores inespecíficas, enfim, todo um quadro que permite a analogia com o que hoje se chama fenômeno psicossomático. A neurastenia provinha de satisfação sexual realizada de forma inadequada, causando uma dispersão da tensão sexual, refletindo um quadro somático bastante específico, que se manifestava em perturbações corporais difusas. Na neurose de angústia, por outro lado, o sujeito não obtém uma descarga de excitação sexual, produzindo angústia diante da relação sexual incompleta, sendo difícil elaborar psiquicamente a excitação somática, uma vez que esta não encontra um fiador psíquico para a

excitação derivada do corpo.

Em 1912, Freud volta a sustentar que os sintomas das neuroses atuais, diferentemente dos psiconeuróticos, não podem ser analisados, porque “a prisão de ventre, as dores de cabeça e a fadiga do chamado neurastênico não admitem serem remontadas, histórica ou simbolicamente, a experiências operantes, e não podem ser compreendidas como substituto da satisfação sexual ou como conciliações entre impulsos instintuais opostos, como é o caso dos sintomas psiconeuróticos” (Freud, 1912/1987, p. 314).

No artigo **Sobre o Narcisismo: uma introdução** (1915/1987a), Freud menciona a distribuição, os destinos da libido, e articula à doença orgânica, à hipocondria e às neuroses atuais. Seu comentário é: “A hipocondria, da mesma forma que a doença orgânica, manifesta-se em sensações corpóreas aflitivas e penosas, tendo sobre a distribuição da libido o mesmo efeito que a doença orgânica. O hipocondríaco retira tanto o interesse quanto a libido (...) dos objetos do mundo externo, concentrando ambos no órgão que lhe prende a atenção” (p. 90). Isso o leva a concluir que a hipocondria, juntamente com a neurastenia e a neurose de angústia, apresenta uma economia de retorno da libido excessiva sobre o eu, que faz o órgão adoecer. Nesse caso, se a libido retorna ao eu, pode-se pensar que o evento orgânico está relacionado à estrutura do auto-erotismo, onde há o ocultamento do objeto da pulsão e a relevância do órgão em si, que vem tomar forma e lugar de corpo inteiro. Em **Os Instintos e suas Vicissitudes** (1915/1987b), Freud introduz a noção de prazer do órgão, modo de satisfação auto-erótica, caracterizada por ser parcial e sem objeto externo, onde a excitação se encerra no órgão próprio onde começou.

É importante destacar que Freud, em 1905 e 1910, utiliza o termo “complacência somática”, assinalando a parte tomada do corpo no nascimento do sintoma histérico, supondo a complacência somática na base da conversão histérica. De certa forma, a complacência somática aproxima o fenômeno psicossomático da conversão histérica, tornando frágil a marcação teórica entre ambas. Assim, quando buscamos em Freud um saber sobre o adoecimento do corpo, deparamo-nos logo de início com o tema da conversão, como o fenômeno que transtorna radicalmente a

sanidade do corpo. Corpo que, em Freud (1893/1987), foi delimitado a partir dos ditos da histérica, que revelaram uma dimensão simbólica contrária à anatomia. Corpo marcado pelo significante, que, no sintoma de conversão, vem servir de suporte ao sintoma, fazendo saber de um sujeito que se constitui no campo do Outro, campo do significante.

Freud<sup>5</sup> denominou conversão a uma manifestação somática idêntica ao desejo, onde participam solidariamente o psíquico e o somático, remetendo a outra cena em que está em jogo uma satisfação substitutiva de uma fantasia de conteúdo sexual. Essa outra cena fala do sujeito através do corpo, possibilitando sua aparição como sujeito barrado. Assim, tal qual o sintoma neurótico, a conversão é uma formação do inconsciente, onde o que se observa são efeitos de corpo da linguagem inconsciente, fundada por uma operação simbólica irreduzível, onde aparecem os sinais da mensagem do Outro. Desde que Freud nos permitiu identificar no sintoma um trabalho psíquico de substituição, que se apresenta como um sinal e substituto de uma satisfação pulsional, produto do processo de recalque, que comporta uma mensagem a ser decifrada, entendemos que o fenômeno psicossomático é algo de outra ordem. Ao contrário do evento conversivo, o fenômeno psicossomático não remete à outra cena, à cena do desejo deste sujeito, parecendo estar mais próximo das neuroses atuais, onde não há substituição. Pode-se constatar com isso que o corpo nem sempre fala pela via simbólica do sintoma. Às vezes cala e, no lugar onde falta a angústia, um órgão pode ser lesionado, aparecendo o fenômeno psicossomático.

Resumindo, temos que, no sentido analítico, o sintoma é uma formação do inconsciente no campo do simbólico, como uma estrutura de linguagem que opera por substituição (metáfora), passível de deslocamento e modificação a partir de uma interpretação. O fenômeno psicossomático, por seu turno, não possui a mesma condição da formação do sintoma, embora possa ser colocado dentro do campo da linguagem, como efeito de um furo no recalque, daquilo que não foi recalcado, sobre o somático, havendo aí uma falta de simbolização que emerge pela via do corpo.

## Concepções lacanianas da psicossomática

Se Freud não tratou da psicossomática, Lacan a abordou diversas vezes de forma pontual, sempre em resposta a algum tipo de interpelação. No seminário **O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise** (1954-1955/1985), Lacan deixa clara a diferença entre o sintoma neurótico e o fenômeno psicossomático, dizendo ser o primeiro enquadrado pela estrutura narcísica, visto que se acha estruturado na relação ao outro, na identificação possível com o outro. Já o fenômeno psicossomático, definido como “massa investida de libido no interior do corpo” (p. 126), aparece como resultado do investimento da libido sobre o órgão próprio e não sobre o objeto. A pulsão se manifesta aí em sua forma pura, sem representação, apontando para a pulsão de morte. Se não há representação simbólica, o órgão lesionado fica fora da constituição imaginária do eu, não sendo apartado de sua natureza pela representação. Lacan fala de um curto-circuito na montagem pulsional, onde os fenômenos psicossomáticos se produziram na vizinhança da pulsão, ainda não relacionada à divisão subjetiva na demanda. Há uma unificação das pulsões auto-eróticas, em que o corpo é tomado na dimensão imaginária do eu corporal, não havendo referência à relação de objeto. Assim, o que entra em jogo na relação com o outro é o órgão, a imagem especular do próprio corpo. A relação se estabelece, portanto, no campo do auto-erotismo, onde não se distingue fonte de objeto, implicando num ponto de não deslizamento que é próprio da reação psicossomática. A partir dessas formulações, Lacan conclui que o fenômeno psicossomático é marcado por uma concentração imaginária no órgão, encontrando-se fora do registro simbólico e, conseqüentemente, fora das construções neuróticas, situando-o no nível do real (p. 127). Neste período, não havia ainda destacado o real como o impossível, mas como referente ao biológico, pois fala de investimentos intra-orgânicos, auto-eróticos da libido.

No Seminário **As psicoses**, Lacan (1955-1956/1992) irá dizer, referindo-se à hipocondria como sintoma psicótico, que se encontra nela algo particular, “que está no fundo tanto da relação psicótica como dos fenômenos psicossomáticos” (p. 352). Propondo que esses fenômenos são estruturados diferentemente do que pode se passar nas neuroses, Lacan refere-se a eles como

fenômenos e não como sintomas, aproximando-os do delírio, uma vez que ambos comportam uma ausência de intermediação simbólica, o que indicaria neles uma resposta do confronto com o real. Fazendo referência às manifestações psicossomáticas dermatológicas, diz: “Há não sei que impressão ou inscrição direta de uma característica, e mesmo, em certos casos, de um conflito, no que se pode chamar o quadro material que apresenta o sujeito enquanto ser corpóreo” (p. 352). Apresenta então a noção de alguma coisa de escrita no corpo, a qual vai se referir mais tarde como “hieróglifo” psicossomático (Lacan, 1985).

Dez anos depois, no seminário **Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise** (1964-1965/1988), Lacan faz referência ao desejo do Outro, dizendo que o fenômeno psicossomático é fruto da indução significativa, onde o desejo do Outro não aparece ao sujeito como falta, sendo um desejo inquestionável, que aponta para uma falha no simbólico. Lacan escreve: “a psicossomática é algo que não é significativa, mas que, mesmo assim, só é concebível na medida em que a indução significativa, no nível do sujeito, se passou de maneira que não põe em jogo a **afânise** do sujeito” (p. 215-216). A **afânise** implica em desaparecimento, onde o sujeito aparece sempre representado por um outro significativo, efetivamente **afanizado** em seus modos de aparição na neurose. Vejamos o que diz Lacan sobre isso:

[...] o sujeito aparece primeiro no Outro, no que o primeiro significativo, o significativo unário, surge no campo do outro, e no que ele representa o sujeito, para um outro significativo tem por efeito a **afânise** do sujeito. Donde – divisão do sujeito – quando o sujeito aparece em algum lugar como sentido, em outro lugar ele se manifesta como *fading* como desaparecimento (Lacan, 1964/1988, p. 207).

A ausência da **afânise** do sujeito implica que não há intervalo entre S1 e S2 (primeiro par de significantes), ficando estes significantes fundamentais holofroseados. Lacan se refere à holófrase como emassamento, gelificação, cristalização, colagem, que implica dizer que o significativo materno ou mestre (S1) não é substituído pelo significativo da metáfora paterna (S2), permanecendo ambos colados, aderidos. Esse fenômeno sucede do fracasso do recalca-

mento primordial, ou seja, da marcação do Nome-do-Pai. Não há barra que incida e faça separação entre eles, ficando o sujeito impossibilitado de deslizamento e representação significativa.

Para esclarecer isto, pensemos no momento lógico da constituição do sujeito, no qual a criança renuncia a posição de ser o objeto de amor da mãe e empenha-se em ter o objeto, o que só é possível pela intermediação da função paterna simbólica, ou metáfora paterna. Esta vem se constituir a partir do reconhecimento por parte da mãe, da palavra do pai, mostrando para a criança que ela (a mãe) deseja para além dela. Isso significa que a mãe é desejante, faltosa e que a criança também o é, uma vez que jamais conseguirá suprir a falta da mãe. Este é o momento da substituição, da metáfora. S1, desejo da mãe, é substituído por S2, Nome-do-Pai. A castração separa estes dois significantes, fazendo a criança ingressar na rede simbólica, dirigindo-se a objetos substitutos do falo. Nesta seqüência lógica funda-se o recalque originário, ou seja, o recalque do significante fálico, o significante mestre (S1), dando lugar a um novo significante, S2, que vem se colocar no lugar dele, ordenando toda a rede ulterior de significantes. Nesta operação o objeto **a**<sup>6</sup> cai, perde-se, e o sujeito busca na fantasia seu reencontro, a causa do seu desejo.

Quando o primeiro par de significantes se solidifica, quando o intervalo entre S1 e S2 não aparece, quando ambos se holofro-seiam, congelam-se, pode acontecer a falha epistemossomática. Nesse sentido o objeto **a** não cai, o desejo não se inaugura como acontece no caso da neurose. E, se um significante é o que representa o sujeito para outro significante, pode ser que nos fenômenos psicossomáticos o sujeito seja representado por um significante, mas talvez não para um outro significante. O deslizamento do sujeito na cadeia não se cumprindo, algo para, é gelificado, paralisado, faltando espaço para a emergência do sujeito.

Nesse caso, não somente o sujeito não está representado por um significante para outro significante (sem \$, sem afânise), mas desde que não há abertura dialética do desejo do Outro, a operação separação não pode produzir-se. Isso obstrui o controle simbólico do objeto perdido, o controle pela via do simbólico, da falta, implicando numa falha que remete à ausência de relação ao

objeto, em que não opera a função da castração, semelhante ao que ocorre na psicose. O ser do sujeito fica então submetido ao discurso do outro, do qual ele não pode se esquivar, desaparecendo como sujeito dividido pelo significante. No fenômeno psicossomático, há também uma falha na função da Metáfora Paterna, que impede a separação dos significantes primordiais S1 e S2, falha esta que vem dar testemunho do fracasso da metáfora subjetiva.

Mas, se há uma arranhadura na operação descrita acima, resultando na falha que impede a emergência do objeto causa do desejo, se o objeto **a** não cai, somos levados a pensar na estrutura da psicose. E Lacan diz que, quando ocorre a gelificação da cadeia significante, pode se produzir não apenas a psicossomática, como também a psicose. Estas afirmações do seminário **Os quatro conceitos...** nos possibilitam entender porque diversos teóricos fazem aproximação entre psicossomática e psicose, principalmente porque Lacan apresentou uma série onde incluiu a psicose, a debilidade mental e a psicossomática como resultante da holófrase (Lacan, 1964/1988, p. 225). O certo é que, no geral, as teses sobre psicossomática oriundas do pensamento lacaniano utilizam uma lógica que aponta para o congelamento dos significantes, paralisando a representação do sujeito na cadeia, parecendo forjar, em princípio, uma proximidade com a condição da psicose. Além disso, muitos autores que seguiram as pistas deixadas por Lacan articulam afirmações feitas em momentos distintos: modalidade auto-erótica de funcionamento do corpo, fracasso da metáfora paterna, falência da função da castração, estagnação de libido num certo órgão do corpo. Encontramos ainda o avanço disruptivo do real sobre o corpo, revelando um simbólico débil que fracassa em contê-lo e situá-lo na cadeia significante, estado de adoecimento que aponta para a falta da marca do Pai. Tudo isso é, também, facilmente confundível com o campo da psicose.

Entretanto, é preciso lembrar, para não confundir, que ao apresentar a série de casos que seriam conseqüência da ausência de intervalo entre S1 e S2, Lacan diz: “[...] temos o modelo de toda uma série de casos – **ainda que, em cada um, o sujeito não ocupe o mesmo lugar**” (Lacan, 1964/1988, p. 225, grifo nosso). Na psicose, a ausência de metáfora paterna torna o corpo submetido ao gozo do Outro, não permitindo a emergência do

sujeito. No fenômeno psicossomático, embora a localização do sujeito seja problemática, na medida em que os significantes primordiais estão holofroseados, esta falha incide apenas sobre uma parte do corpo, sobre um ponto específico do discurso do sujeito. Desta forma, apenas um ponto da realidade obedece à lógica foraclusiva<sup>7</sup>. Isto retira o sujeito do campo das psicoses, conforme observou Dunker (2002).

A lógica do fracasso da metáfora paterna que implica na colagem dos significantes é a mesma utilizada por Jean Guir (1988), psicanalista e médico francês, cujas formulações iniciais articulam o modelo freudiano sobre o sistema do trauma com teses oriundas do pensamento lacaniano. Conclui que o fenômeno psicossomático diz respeito a uma falha na função da Metáfora Paterna, resultando em uma arranhadura na operação de castração, que impede a emergência do objeto causa do desejo – objeto *a*. A referida separação ocorre no momento da amamentação, quando a demanda do Outro não responde com um desejo, mas com a necessidade. Desta forma, o ato de separação deixaria uma impressão como indução significativa, que ao ser recordado por um acontecimento exterior, leva o sujeito a adoecer. No fenômeno psicossomático haveria a repetição de um traumatismo subjacente. Posteriormente, o autor argumenta que a falha na função paterna institui o fenômeno psicossomático, explicando-o a partir das noções expostas acima, que levam a pensar na estrutura da psicose. Entretanto, ele afirma que, no fenômeno psicossomático, não se trata de foraclusão do Nome-do-Pai. Para ele, “o problema de fundo do fenômeno psicossomático é este: a metáfora paterna funciona em certos sítios do discurso e não em outros. Somente alguns momentos específicos do discurso provocam um desencadeamento no corpo” (Guir, 1988, p. 49). Assim, o significante S1 não é nem foracluído nem recalçado (p. 174), mas comprometido na montagem significativa.

Nasio (1993) igualmente sugere que na lesão de órgão, trata-se de uma “foraclusão local”, parcial. Neste caso, ao invés de condenar o sujeito à psicose, o autor pensa na estruturação de um fragmento de realidade segundo o processo de foraclusão. Ele afirma que o fenômeno psicossomático corresponde a uma formação do objeto *a* e não a uma formação do inconsciente. A doença orgânica estaria do mesmo lado das alucinações e da passagem



ao ato, onde o Nome-do-Pai não se mantém, não oferecendo consistência ao sujeito.

O estoque de teorias e de hipóteses sobre as causas e os desdobramentos do fenômeno psicossomático está longe de ser conclusivo: é a holófrase da primeira dupla de significantes (Lacan, 1964/1988); é a potência do Isso sobre a saúde e a doença (Groddeck, 1991); é o funcionamento mental arcaico que não utiliza a linguagem impelindo o sujeito a sofrer no corpo (McDougall, 1991); é o fracasso da metáfora paterna (Jean Guir, 1988, 1990; Nasio, 1993; Blancard, 1996).

Com toda essa profusão de teorias, embora tenhamos encontrado algumas explicações, não encontramos nas teses examinadas uma resposta para os impasses clínicos, diante de um sujeito entregue a um gozo mortífero, concentrado em seu corpo. O que Lacan nos ensina é que precisamos considerar uma perda de gozo, indicando a condição do sujeito como falta-a-ser, para que o sujeito exista nas entrelinhas da rede significante. Quando o sujeito está petrificado por sua doença, seu corpo se torna fonte ilimitada de gozo, apontando para um corpo onde a palavra desertou, não havendo uma escrita legível. Tomado desta maneira, o órgão funciona como sendo de um outro, feito para gozar como se pertencesse a esse outro. Pensamos, a partir daqui, a possibilidade de formular articulações entre corpo e gozo para encontrar, na direção da cura, a possibilidade de reduzir este gozo. Situiremos a seguir as elaborações lacanianas sobre o gozo, colocando-o numa perspectiva clínica, do lado oposto em relação ao desejo.

## **O retorno no real do corpo e a fixidez de gozo**

Para entender estes pontos de condensação de gozo, seguiremos a trilha de Lacan. Em suas primeiras incursões, Lacan funda o gozo a partir de uma referência a *das Ding*, à Coisa, numa situação anterior a todo significante. Assim, o gozo está do lado da Coisa, do que se perde, enquanto o desejo está do lado do Outro. Por isso o gozo não pode ser situável para o sujeito, posto que este só existe na sua relação à Coisa. Seu acesso é difícil ao sujeito, quase inacessível, “[...] uma vez que o gozo se apresenta não pura e simplesmente como a satisfação de uma necessidade

(*besoin*), mas como a satisfação de uma pulsão” (Lacan, 1959-1960/1997, p. 256).

Se o gozo se apresenta como satisfação de uma pulsão, trata-se de uma pulsão muito particular: a pulsão de morte. Acompanhando a leitura de Lacan de 1959, no seminário **A ética da psicanálise**, o gozo pode ser nomeado como a moção que marca o que está além do princípio do prazer. Como pensar esse gozo da pulsão de morte, na clínica, mais especificamente com pacientes que falam sobre os efeitos devastadores em seu organismo da satisfação de uma pulsão? Há aí uma moção de autodestruição, passando pelo acesso a um gozo no corpo, o que levaria Lacan a afirmar mais tarde: “[...] faltando significante, não há distância entre o gozo e o corpo [...]” (Lacan, 1969-1970/1992, p. 169). O que nos leva a afirmar que o que não foi simbolizado, ou simbolizado de forma precária, retorna no real do corpo, ocorrendo um congelamento, uma fixidez de gozo, fora da linguagem. Lacan se preocupa em apontar os indícios fundamentais que sugerem a constituição do sujeito a partir da moção de gozo que é extraído no nascimento do sujeito no campo do simbólico.

Em primeiro lugar, devemos considerar, pelo menos, duas manifestações de gozo: por um lado, o gozo que incide no corpo e, por outro lado, um que, por ser próprio da linguagem, está fora do corpo. Embora saibamos que todo gozo está condicionado a um corpo que goza, existe o gozo fálico, que se articula ao laço social, ao campo fálico, regido pelo tesouro de significantes. É somente por conta da linguagem, de nos situarmos no campo fálico, que nos mantemos afastados do gozo do Outro, não barrado, ao qual o sujeito está submetido. É nesse gozo que a lesão psicossomática se implica. Se o sintoma neurótico, como nos ensina Freud, vem no lugar de outra coisa, sendo resultado do processo de recalque, ele faz referência ao gozo fálico, resultado da castração. Aqui, os efeitos de gozo passam por uma referência ao significante, no campo fálico, onde o sujeito está inscrito. Portanto, o sintoma histérico fala, através de uma simbolização no imaginário, daí a possibilidade de interpretá-lo, pois a “histérica recalca (...) promove a castração ao nível do pai simbólico no lugar do qual se coloca como querendo ser, no último termo, seu gozo” (Lacan, 1968/1969, p. 298).

Posteriormente, Lacan sugere que um gozo absoluto implicaria o acesso à Coisa, por isso ele o denominou de gozo mítico<sup>8</sup>.

Tomado na possibilidade de relação com a satisfação da pulsão, o gozo é assinalado em sua referência ao desejo inconsciente, lembrando que ele não pode ser concebido como satisfação de uma necessidade, trazida por um objeto que a preencheria, mas justamente pelo vínculo de oposição entre prazer e repetição. Freud, em **Mais além do princípio do prazer** (1920/1987), remete à oposição entre duas sílabas da linguagem (*fort-da*); com a repetição da perda e do desaparecimento do objeto desejado, jogo presença/ausência, prazer e dor. É nesta oposição princípio de prazer e repetição que se pode pensar o gozo. Ele traz, portanto, algumas premissas: é relativo a uma tensão, seja ela prazerosa, no caso da excitação sexual, seja ela desprazerosa, no caso do gozo associado à pulsão de morte que se encontra nos sintomas. O gozo tem a ver com a repetição, com o excesso e, conseqüentemente, com as pulsões, a ele há que se fazer alguma barreira, deverá ser circunscrito pelo significante, e o que faz limite entre prazer e gozo é a dor. O gozo do sintoma é o resultado de um imperativo superegótico. Poderíamos dizer que o super-eu transforma o que poderia ser experimentado como prazer, em gozo. Sentimento de culpa e necessidade de punição, termos amplamente utilizados por Freud, são os responsáveis pelo mandato: goza!

Pela via desta lógica, podemos afirmar que a lesão psicossomática resulta de uma formação do corpo da qual o Outro goza à custa do sujeito. Neste sentido, no lugar de termos uma formação do inconsciente, produto do recalque, com um significante articulado a uma cadeia, fazendo referência a outro significante, estaríamos diante de uma formação do objeto **a**, como definiu Nasio (1993), da ordem do real, de signo compacto, maciço, articulado a nada. A lesão aparece como vindo de fora, estranha ao desejo do sujeito, ficando este paralisado, congelado em apenas um significante, obstruindo, assim, a possibilidade de circulação na cadeia significante e impossibilitado de encontrar sentido no circuito da linguagem. A lesão psicossomática seria um grito que emudeceu, mantendo-se fora do simbólico, restando apenas a tentativa de imaginarizar o simbólico impossibilitado, não cedendo à simples interpretação. Na conversão histérica, que também

afeta o corpo, o que encontramos é a lógica do sintoma neurótico, apontando para a relação ao Outro significativo, ao desejo do Outro, havendo possibilidade de desaparecer com a interpretação, na transferência.

## As dimensões do corpo

A psicanálise tem nos mostrado que a existência de uma unidade funcional chamada corpo é uma ilusão. Por sua implicação em uma estrutura de discurso responsável pelo laço social, o corpo para este ser de fala e de sexo perde sua condição natural e fica submetido a uma estrutura discursiva. Para habitar esta estrutura o sujeito perde um pedaço de si mesmo ou paga com uma “libra de carne”, sofrendo mudanças radicais em sua constituição. Perde os instintos, deixa de fazer relação dual com os objetos e passa a ter suas realidades mediadas pela condição de semblante. Aquilo que é perdido entra na conta do Outro para fundar o campo do objeto, que Lacan designou com a letra **a**, minúscula. Conforme vimos acima, o objeto **a** vem se constituir na própria causa da divisão do sujeito, o que implica dizer que esse sujeito do inconsciente se realiza sob o estatuto lógico de uma função que se manifesta como não fixável, devendo ser concebido de forma pontual e evanescente, instituindo uma descontinuidade entre o Um e o Outro.

Ante um corpo emudecido, entregue ao gozo, perguntamos: como fazê-lo falar? Para responder, precisamos antes fazer algumas elaborações sobre o corpo. Em **Televisão** (1974/2003), Lacan desenvolveu teorizações a respeito do corpo afetado pelo significativo. Enuncia que, sobre o corpo do ser falante, qual monumento exposto em praça pública, o significativo deixa sua marca, a qual permanece à espera de leitura. Presa da linguagem, o homem tem seu corpo recortado pela insistência da pulsão, que Freud (1905/1987) definiu como “medida da exigência de trabalho feita à mente em função de sua ligação com o corpo” (p. 171). O corpo é, então, uma estrutura que deve advir de um trabalho mental que o sujeito realiza no enlaçamento de três dimensões: a da imagem em que nos reconhecemos, a do real do gozo e a do simbólico das marcas inconscientes que recebemos do Outro. É com a imagem que o homem faz seu corpo, configurando-o como uma totalidade antecipada, que se sobrepõe à carência e ao desamparo do

recém-nascido. Essa imagem tem a função de suprir a carência e traz a marca da dependência do Outro, permanecendo irreduzível na alienação do sujeito. O gozo implica numa dimensão do real como impossível, remetendo à pulsão, ao gozo do corpo. O corpo goza na superfície e nas bordas das chamadas zonas erógenas, goza com partes do corpo do outro. Ao gozo não se tem acesso pela representação ou idéia, nem se comunica nas palavras. Mas Lacan reconhece que os corpos são falantes e gozam porque falam.

O corpo afetado pela histeria se estrutura, em Lacan, pela falta, sendo atravessado pelo Édipo e construído sobre o vazio, real do corpo, gozo sobre o qual se erguem as imagens e sua determinação simbólica. Isso implica que o corpo, como sede das pulsões, vai sofrer efeito de fala. Para Lacan, a psicanálise não se sustenta sem o corpo, mas este está submetido à ordem simbólica e à lei do desejo.

Em **Psicanálise e Medicina** (1966/1985), Lacan retoma a diferença que Freud faz entre o corpo para a psicanálise e o corpo para a medicina, acrescentando a este corpo o gozo e o desejo. Portanto, o gozo não pode ser compreendido senão a partir da relação estabelecida pela dinâmica desejante, referida na *Spaltung* (cisão, divisão). Quando o gozo insiste em se encarnar, em se manifestar no corpo, como excesso, o significante perde sua capacidade de encadear a metonímia do desejo. Por isso, só o significante é capaz de fazer borda ao gozo. Para articular gozo e significante, podemos tomar o corpo como referência simbólica, no ponto onde ele fica fora da linguagem, no ponto de retorno. Ocorre que há disparidade entre Lei e gozo, até mesmo uma incompatibilidade. Mas, embora campo de gozo e Lei do desejo sejam distintos, é possível conectá-los, passando por uma referência ao significante, no campo fálico, no qual o sujeito está inscrito. A Lei da linguagem faz com que o sujeito encadeie aquilo que do gozo se manifesta como gozo fálico, articulado ao laço social. Com isso o corpo, fonte de gozo, aos poucos se esvazia.

Em um trabalho onde articula corpo e gozo, Nicolau (2001) afirma que uma das coisas que se pode dizer do corpo é que ele é uma substância gozante. No sentido do gozo, ter um corpo resul-

ta de um imaginário diferente do especular, esse que faz com que o sujeito atribua a si próprio uma imagem que, na verdade, vem do outro como configurada em sua totalidade. Ao investir prematuramente nessa imagem, o homem fica aprisionado por ela, que não é sua, mas do outro semelhante. A importância desta imagem explica a relação que o homem mantém com seu corpo, uma relação imaginária, que o apreende.

Assim, ao falarmos do corpo em psicanálise, devemos abordá-lo segundo as três vertentes que são a da pulsão, a da imagem especular e a do gozo, às quais podemos fazer corresponder às dimensões do Simbólico, do Imaginário e do Real, que são os três registros da realidade humana atados em nó pela epopéia edípica<sup>9</sup>. Com a escritura dos nós borromeanos, Lacan renovou a noção de corpo, dizendo que este passava a ser concebido com o estatuto de uma realidade que se fundamenta no Real, Simbólico e Imaginário, enodados de uma maneira solidária, como espaço-tempo que vem fundar o nó borromeu<sup>10</sup>. Embora a noção de corpo continue a ser concebida à imagem do outro, ele deixa de ser apenas do registro do imaginário. Ele passa a ser concebido como aquilo que faz conjunto, passando a importar a sua consistência e não a sua aparência. O certo é que, com a escritura borromeana, o corpo deixa de ser uma unidade harmônica, para se constituir em consistências de gozo: gozo fálico, gozo do Outro, gozo do sentido e o gozo do objeto.

Resumindo, o corpo está submetido à ordem simbólica e à lei do desejo, mas é também corpo anatômico concebido no sentido de uma consistência, ou seja, como algo que sustenta o conjunto RSI, vindo se constituir como um elemento operativo para o discurso analítico. O corpo sofre, portanto, a ação de uma trama simbólica, corpo que é determinado e submetido ao desejo. Neste sentido, são três as dimensões do corpo: dimensão simbólica (pulsão), dimensão real (gozo) e dimensão imaginária (imagem especular). O corpo pertence a essas três ordens, sendo suportado por uma linha de consistência, que implica não apenas coesão, mas a manutenção das três juntas. A topologia lacaniana do Nó borromeano (Lacan, 1974-1975), mostra a equivalência entre real, simbólico e imaginário.

Esse período, no qual Lacan propõe algumas idéias novas com a escritura dos nós borromeanos, vai transformar o corpo em algo difícil de ser reconhecido pelos anátomo-fisiologistas. Assim, embora o corpo ainda continue concebido no registro do imaginário, definido como um saco de peles com órgãos no interior, ele passa a ser olhado como aquilo que faz conjunto, que resiste à dissolução e adquire uma consistência de “corda”, que, no francês, faz homofonia com *corps*. A partir deste momento, o corpo vai ser tratado pela própria escritura do nó borromeano e dos operadores RSI. O corpo deixa de ser um conceito para se constituir num elemento operativo que dá consistência a estes outros elementos que fundamentam o discurso analítico.

Assim, propomos pensar o corpo como respondendo ao enodamento do real, simbólico e imaginário, como matéria e substância gozante, que não mente, e do qual cada sujeito na análise tem que aprender como se desembaraçar de seus efeitos. Questionamos, então: será que a lesão não poderia fazer sutura entre real e simbólico, atenuando as perdas da dissolução imaginária? Se o fenômeno psicossomático puder funcionar como um “arremedo de articulação da função fálica”, como queria Guir (1996, p. 48-49), produzindo um efeito de um dos Nomes-do-Pai, talvez ele pudesse sustentar precariamente a junção RSI, ou seja, manter juntos os três registros da realidade humana com os quais o sujeito tem de se haver.

## A lesão no real: uma escrita ilegível?

Por ocasião de uma conferência sobre o sintoma, a **Conferência de Genebra**, Lacan (1975) trará novos elementos para a concepção da psicossomática, indicando que as lesões são traços escritos no corpo, que não são da ordem do signo, mas da assinatura, não tendo, portanto, valor de significante. Isso que faz traço sobre o corpo é pré-significante, não sendo passível de uma cifração de sentido, como o sintoma. Lacan nos diz que tal escrito é semelhante a verdadeiros hieróglifos que não podemos ler. Assim, o que se escreve, Lacan chama de “hieróglifo”, “traço unário”, “assinatura”, “selo”, “corpo como cartucho revelando o nome próprio”, “marcas” etc. Seriam estes permeáveis à ação da palavra? Como, se eles situam-se no limite da estrutura da linguagem?

Referindo-se às lesões como traços escritos sobre o corpo, que não são da ordem do signo, mas da assinatura, Lacan remete a psicossomática à dimensão do enigma. Os traços são verdadeiros hieróglifos que ainda não se sabe ler, ou seja, traços escritos concebidos como “não-a-ler”, porque é um escrito indecifrável. Aí o corpo se deixa levar a escrever qualquer coisa da ordem do número. É questão, portanto, de um ciframento, que não passa pela significação da letra, pela subjetivação do desejo, mas que está do lado do número, como uma contagem absoluta do gozo. Diferente do sintoma, que é uma formação do inconsciente, como uma cifração de sentido, não se trata, na clínica, de lidar com o equívoco significante jogando com sua parte de *non sense* para reduzi-lo. O trabalho analítico nos dá esperança de realizar esta leitura, mesmo com seus limites, pois a palavra significante pode operar. Propondo situar o fenômeno psicossomático na esfera do hieróglifo, Lacan retira radicalmente este do campo do sintoma neurótico, uma vez que se apresenta a partir de uma linguagem alfabética, enquanto aquele evocaria a linguagem hieroglífica. A psicossomática pode ser considerada uma solução encontrada para um defeito de filiação simbólica, uma falha do Nome-do-Pai, constituindo-se como signos bizarros sobre o corpo, uma vez que as lesões são traços inscritos, mas pré-significantes. Este sem sentido do fenômeno psicossomático está marcado por um certo sofrimento, um gozo específico. É um sofrimento preso ao corpo, em que sobressaem as diversas formas de somatização.

Lacan refere-se ao gozo que se encontra no psicossomático, dizendo: “[...] se evoquei uma metáfora como a do congelado é porque há efetivamente essa fixação [...] é porque o corpo se deixa levar a escrever algo da ordem do número” (Lacan, 1975, p.139). O que é da ordem do número não faz série, mas atua como pura frequência, um sinal unívoco da cifra, contagem do gozo, que aponta para uma possível escrita do real. Esse gozo é denominado específico, pois é fixado, fora do simbólico. O que se espera, na direção da cura, é dar-lhe um sentido. Não um sentido imaginário, desdobrável, nem um sentido simbólico enquanto significação, efeito da cadeia significante, mas o sentido que não se desloca, não desliza, mas que aponta para um gozo específico, sustentado por um significante indutor, ao qual o sujeito está aprisionado.



O hieróglifo representa sempre, antes de qualquer deciframento, uma escritura. O ciframento do significante escrito na pedra do monumento maia e na pirâmide do deserto faz suposição de sujeito. O inconsciente é uma escritura dessa ordem efetuada pelo recalque originário, a operação que representa o sujeito por um significante para outro sem com isso revelar ao sentido a cifra do desejo. Quando destacamos em psicanálise o trabalho de cifrar do inconsciente, estamos indicando o lugar vazio do qual o sujeito emerge. Como no diz Eduardo Vidal (1993), no enraizamento do sujeito ao significante encontra-se o número. A palavra faz brecha que resulta em escrito do que denominamos cifra. O corpo, tomado no significante, torna-se traço que é Um. A dimensão do escrito repousa sobre esse traço, chamado por Lacan de unário, porque se sustenta no número. Os fenômenos psicossomáticos demonstram que algo da ordem do número escreve o corpo. A inscrição do sujeito é efeito de uma marca contável como traço. O traço se conta, sendo diferente a outro traço e também a si-mesmo. O Um está em questão, pois se conta um a um e não faz um todo. Saindo do Outro, o Um é obstáculo ao estabelecimento de um universo de discurso. Implica dizer que consiste na emergência do Um do gozo e não do Um do significante, manifestando-se em impulsos sucessivos como uma contagem de gozo, que não é uma repetição significativa.

Esse Um é um ponto de real, de ausência de relação. O inconsciente estruturado como linguagem, responde ao real do número com o ciframento. O saber inconsciente é cifrado e demanda ser decifrado. Decifrar acarreta efeito de sentido, de não correspondência com o 2 e, portanto, escreve a inacessibilidade do 2.

A partir destas formulações podemos afirmar que, no discurso analítico, o sintoma neurótico se encontra no simbólico e a psicossomática no real. É este que vem causar diferentes experiências de gozo, onde o sujeito está excluído. Sendo assim, é da ordem da escrita, via pela qual o sujeito deve ser interrogado. É na forma de escrita que algumas manifestações clínicas se apresentam, resistindo à interpretação. Como dissemos, a escrita no corpo se distingue da dimensão significativa. A escrita está no real e o significante está no simbólico. Ao estabelecer este percurso teórico somos necessariamente levados a pensar a clínica não somente

como um trabalho do significante ou da letra, mas também como a intervenção que recorta, destaca, faz cair o que Lacan chamou de “pedaços de real”, isto é, o mais de gozar, que guarda sempre uma extimidade com o sujeito.

Se não estamos na dimensão do significante, mas na dimensão da escrita, do real, como dirigir a cura se isto se escreve para não se ler? Ou seja, como reduzir uma lesão corporal, quando ela resiste ao sentido?

Quando o corpo é a grande referência do sujeito que sofre, a lesão que se apresenta ao analista, muitas vezes previamente nomeada pelo saber médico, coloca-se como ponto de estofo, regulando a vida e os pensamentos do paciente, atormentando-o. O sujeito é tomado de assalto por esse gozo avassalador, é capturado por ele e revela uma grande dificuldade em dar novo sentido ao seu sofrimento, em constituir um novo significante que venha dar sentido à sua dor. O gozo faz com que o corpo fique numa relação de exclusão com a cadeia da linguagem. Nesse caso, o que faria uma borda, uma barreira a esse gozo que a-sujeita seria o campo da linguagem, a restituição do significante aprisionado, fixado à nada ao circuito de significantes.

Portanto, é na topologia do nó borromeano que podemos formular a noção de escritura, para indicar elementos operativos do discurso analítico sustentado pelo nó. A partir dos anos 70, quando o real se consolida no centro da experiência analítica, ocorrem modificações fundamentais na direção da cura. A psicanálise renova-se com uma nova terminologia, busca-se uma redefinição dos gozos e o corpo constitui-se no suporte do discurso analítico. Assim, podemos pensar a clínica não somente como um trabalho do significante ou da letra, mas também como a clínica dos nós, onde a intervenção do analista exige um trabalho de passagem do Um inicial a uma conjunção-disjunção, estabelecendo-se o e/ ou da separação, que permita que algo da escrita ilegível passe à ordem da palavra falada.

## Notas

1. De 1999 a 2001 realizamos, na Universidade Federal do Ceará, com o apoio do CNPq, a pesquisa intitulada “Sobre a Angústia e sua Relação com o Corpo que Adoece”. Integramos em 2006 o grupo de pesquisa “O Sintoma do Corpo”, coordenado pelo Prof. Ricardo L. Barrocas, da UFC.
2. Pesquisa intitulada “O Sintoma do Corpo. Uma contribuição ao estudo dos mecanismos subjetivos e da lógica que engendra as manifestações sintomáticas do corpo”, iniciada em agosto de 2007.
3. A noção de gozo trabalhada por Lacan (1959/1988) toma diversas configurações ao longo de sua obra. Mas, no geral, podemos dizer que Lacan chama de gozo um prazer que comporta um sofrimento, implicando a moção que marca o que está **além** do princípio do prazer, consubstancial a um masoquismo primário. Partindo da idéia de um prazer que se tira do objeto sexual, Lacan refere-se ao gozo como a satisfação de uma pulsão, assinalando aí o desejo inconsciente. Esta noção foi elaborada a partir da idéia de Freud (1920/1987) de que existe um prazer na dor, manifestado em fenômenos repetitivos que podem ser remetidos à pulsão de morte.
4. Psicoanálisis y Medicina (1966).
5. Estudos Sobre a Histeria: Sobre o Mecanismo Psíquico dos Fenômenos Históricos (1893/1987), Fragmentos de Análise de um Caso de Histeria (1905/1987).
6. Lacan precisa o conceito de objeto **a** no seminário **A angústia** (1962-1963/2005), onde indica que na constituição do sujeito dividido algo é destacado, perdido, que é o objeto **a**, da falta, causa do desejo.
7. Referimo-nos ao mecanismo da forclusão, mecanismo de defesa próprio da psicose, que em termos freudianos significa negação (da castração).
8. Esse gozo mítico não existe e, segundo Lacan, é por isso que falamos (Lacan, 1969-1970/1992).

9. Ver Seminário **Livro 22: R.S.I.** (1974-1975). Inédito.
10. O nó borromeano é um tipo de escritura em que real, simbólico e imaginário estão atados de forma a não se ligarem de dois a dois, mas em três e de uma só vez. Sua propriedade é que se qualquer um dos anéis se separa, o nó se desfaz. Conferir **Seminário 22: R.S.I.** (1974-1975) e **Seminário 23: O Sinthoma.**

## Referências

- Alexander, F. (1952). *La medicine psychosomatique*. Paris: Payot.
- Assoun, P.-L. (1997a). *Corps et symptôme: Clinique du corps* (Tome 1). Paris: Anthropos.
- Assoun, P.-L. (1997b). *Corps et symptôme: Corps et inconscient* (Tome 2). Paris: Anthropos.
- Ávila, L. A. (2002). *Doenças do corpo e da alma: Investigação psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Escuta.
- Beauchesne, H. (1989). *História da psicopatologia* (A. Cabral, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Birman, J. (1980). *Enfermidade e loucura*. Rio de Janeiro: Campus.
- Blancard, M.-H. (1990). Escolher o sofrimento... para ter o amor. In R. Wartel (Coord.), *Psicossomática e psicanálise* ( pp. 31-38). Rio de Janeiro: Zahar.
- Cerchiari, A. (2000). Psicossomática: Um estudo histórico e epistemológico. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 20 (4), 64-79.
- Dunker, C. I. L. (2002). *O cálculo neurótico do gozo*. São Paulo: Escuta.
- Freud, S. (1987a). *Mais além do princípio do prazer* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 18). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1920).
- Freud, S. (1987b). *Sobre os critérios para destacar da neurastenia: Uma síndrome particular intitulada neurose de angústia* (Edição

- Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 3). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1895).
- Freud, S. (1987c). *Contribuições a um debate sobre a masturbação* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 12). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1912).
- Freud, S. (1987d). *Sobre o narcisismo: Uma introdução* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1915).
- Freud, S. (1987e). *Os instintos e suas vicissitudes* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1915).
- Freud, S. (1987f). *Estudos sobre a histeria* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 2). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1893).
- Freud, S. (1987g). *Fragmentos de Análise de um caso de histeria* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 3). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1905).
- Freud, S. (1987h). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago (Originalmente publicado em 1905).
- Freud, S. (1987i). *As neuropsicoses de defesa* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 3). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1894).
- Guir, J. (1988). *A psicossomática na clínica lacaniana*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Guir, J. (1990). Fenômenos psicossomáticos e função paterna. In R. Wartel (Coord.), *Psicossomática e psicanálise* (pp. 47-56).

Rio de Janeiro: Zahar.

- Groddeck, G. (1991). *O livro d' isso*. São Paulo: Perspectiva.
- Josselin, F. (1990). A identificação na doença psicossomática. In R. Wartel (Coord.), *Psicossomática e psicanálise* (pp. 39-46). Rio de Janeiro: Zahar.
- Kaltenbeck, F. (1990). A complacência somática. In R. Wartel (Coord.), *Psicossomática e psicanálise* (pp. 57-68). Rio de Janeiro: Zahar.
- Keller, P. (1995). Teorias psicossomáticas: Modelo médico ou modelo psicológico? Uma reflexão epistemológica. *Revue Française de Psychosomatique*, (8), 3-19.
- Lacan, J. (1966). *Conferência Psicanálise e Medicina*. Não publicado.
- Lacan, J. (1974-1975). *Seminário: Livro 22: RSI*. Não publicado.
- Lacan, J. (1975). *Conferência de Genebra*. Não publicado.
- Lacan, J. (1985a). *O Seminário: Livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar (Originalmente publicado em 1978).
- Lacan, J. (1985b). *Seminário: Livro 20: Mais, ainda*. Rio de Janeiro: Zahar (Originalmente publicado em 1975).
- Lacan, J. (1988a). *Seminário: Livro 7: A ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar. (Originalmente publicado em 1986).
- Lacan, J. (1988b). *O Seminário: Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar. (Originalmente publicado em 1973).
- Lacan, J. (1992a). *Seminário: Livro 3: As psicoses*. Rio de Janeiro: Zahar. (Originalmente publicado em 1981).
- Lacan, J. (1992b). *Seminário: Livro 17: O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar. (Originalmente publicado em 1991).
- Lacan, J. (1995). *O Seminário, Livro 4: A relação de objeto*. Rio de Janeiro: Zahar. (Originalmente publicado em 1994).
- Lacan, J. (2003a). Televisão. In *Outros escritos* (pp. 311-315). Rio

- de Janeiro: Zahar. (Originalmente publicado em 1974).
- Lacan, J. (2003b). Nota italiana (1953). In *Outros escritos* (pp. 311-315). Rio de Janeiro: Zahar. (Originalmente publicado em 1973).
- Lacan, J. (2005). *O seminário: Livro 10: Angústia*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (2007). *O Seminário: Livro 23: O sinthoma*. Rio de Janeiro: Zahar. (Originalmente publicado em 2005).
- Lacan, J. (2008). *Seminário 16: De um Outro ao outro*. Rio de Janeiro: Zahar (Originalmente publicado em 2006).
- Marty, P. (1993). *A psicossomática no adulto*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Marty, P., & M'uzan, M. (1994). O pensamento operatório. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28 (1), 165-174.
- McDougall, J. (1991). *Teatros do corpo: O psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Miller, J.-A. (1990). Algumas reflexões sobre o fenômeno psicossomático. In R. Wartel (Coord.), *Psicossomática e psicanálise* (pp. 87-97). Rio de Janeiro: Zahar.
- Nasio, J.-D. (1993). *Psicossomática: As formações do objeto a*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Nicolau, R. F. (2000). A angústia e sua relação com o corpo que adocece. Fortaleza: *Revista do Laboratório de Psicanálise da UFC*, 1, 18-24.
- Nicolau, R. F. (2001). Corpo e gozo. *Revista a' Linha, Psicanálise & Transmissão*, (2), 83-90.
- Souza, M. L. (1997). Psicossomática, uma "saída" fora da estrutura. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 1 (1), 141-150.
- Valas, P. (1990). Horizontes psicossomáticos. In R. Wartel (Coord.), *Psicossomática e psicanálise* (pp. 69-86). Rio de Janeiro: Zahar.

Valas, P. (2004). Um fetiche para os ignorantes: A psicossomática.  
*Revista Escola Letra Freudiana*, 23 (33), 113-126.

---

*Recebido em 25 de junho de 2008*

*Aceito em 25 de novembro de 2008*

*Revisado em 4 de dezembro de 2008*