

O papel do símbolo na psicossomática psicanalítica

The function of the symbol in the psychoanalytical psychosomatic

Leonardo Tadeu Silva Souza Lima*

Resumo

Num artigo anterior, discuti as origens da psicossomática relacionada à medicina na Grécia antiga. Identifiquei que o resgate freudiano do símbolo e seu acesso pela interpretação, que estava presente em Hipócrates, foi levado às doenças orgânicas por Groddeck. Porém, o esquecimento das teses de Groddeck e a fundação da psicossomática por Alexander tiraram a importância do símbolo da ciência psicossomática. A presente pesquisa teve por objetivo investigar se os desdobramentos da psicanálise pós-freudiana permitem encontrar um papel para o símbolo na psicossomática. Para isso foi empregada uma investigação dos textos e do contexto de Pierre Marty e seus adeptos, Donald W. Winnicott, Lacan e Joyce MacDougall. Compreendeu-se que, embora os conceitos de pensamento operatório de Marty, Alexitimia de Sifneos, falso *self* de Winnicott e holofrase e afânise de Lacan apontem para uma ausência simbólica nos pacientes psicossomáticos, alguns indícios dos conceitos de Winnicott e Lacan e, especialmente, as teses de Joyce MacDougall apontam para registros pré-linguísticos que permitem uma compreensão do conteúdo das afecções psicossomáticas.

Palavras-chave: Simbolismo. Psicossomática. Sujeito.

Abstract

In my last article, I disserted about the origins of the psychosomatic in relation with the ancient Greece. I identified the Freudian rescued of the symbol and its access from the interpretation, which was present in Hippocrates and taken by Groddeck to the organic diseases. However, the forgetting of the thesis of Groddeck and the foundation of psychosomatic for Alexander have taken out the importance of the symbol from the psychosomatic science. This research intended investigates if the increases of the post-Freudian psychoanalysis let it find a function to the symbol in the psychosomatic. Therefore, it has done an investigation of the texts and context of Pierre Marty and his adepts, Donald W. Winnicott, Lacan and Joyce MacDougall. It figured out that even the concepts operatory thought of Marty, alexitimy of Sifneos, false self of Winnicott, holofrase and afanise of Lacan point to a missed symbol in the psychosomatic patients, some hints of the concepts of Winnicott and Lacan, and, specially, the thesis of Joyce MacDougall explain to pre-linguistic registers, which allow to comprehend the content of the psychosomatic diseases.

Keywords: Symbolism. Psychosomatic. Subject.

* Graduado em Psicologia, Universidade Paulista, São Paulo, SP, Brasil.

Num artigo anterior, discuti as origens da psicossomática moderna no intuito de encontrar suas conexões com a medicina praticada na Grécia antiga. Lá apresentei que

Em certo sentido, a Psicossomática não é uma novidade na Medicina, mas a sua própria origem, no sentido de que ela se constituiu a partir de uma noção integral de homem. (...) foi a partir do dualismo platônico que essa noção começou a se desfazer. Tal dissolução encontrou seu apogeu na epistemologia moderna, que culminou numa Medicina mecânica (SILVA, 2016, p. 70).

É a partir desse ponto que podemos compreender que a psicossomática que se pratica nos dias de hoje não é a que se iniciou com Hipócrates, uma vez que sua medicina foi obscurecida ao longo da história até chegar à noção de que o médico cuida do corpo e que a alma não é problema seu. Mas então o que aconteceu para que abandonássemos tal compreensão? Aqui entra a psicanálise que, já em Freud, começa a questionar essa noção.

O problema da histeria põe a medicina mecânica em xeque, uma vez que ela não era capaz de explicar ou intervir nessa patologia, o que a levou a denegrir a doença e negar-lhe atenção. Os hipnotistas franceses foram os primeiros a se dedicar a esses pacientes, e Freud se tornou um dedicado entusiasta dessa missão, mas, para além disso, levou sua contribuição às últimas consequências até criar uma nova ciência: a psicanálise (VOLICH, 2013, p. 69-73).

Com a inauguração desse novo método, ele realiza uma revolução na forma de pensar a consciência, a moral, a saúde e outros tantos aspectos perpassados por esses processos, inclusive as relações entre o psíquico e o somático (SILVA, *op. cit.*).

Lindenmeyer (2012) aponta que “o modelo da conversão é o modelo de dar forma ao interior” (p. 351), forma essa que se apresenta no corpo por uma dimensão econômica e simbólica: “A dimensão simbólica será o fato de que existem sempre associações entre a escolha do lugar no corpo e as fantasias recalçadas” (*ibid.*). Estaria, portanto, presente no pensamento freudiano o que Fedida (citado por LINDENMEYER, *op. cit.*) viria a chamar de “anatomia fantasmática”.

É este reconhecimento de um corpo fantasmático sobre um corpo biológico que, nos lembra Gantheret (1971), funda todo o dispositivo analítico, teórica e clinicamente. Quer dizer, um corpo que ganha um estatuto que rompe com o puramente biológi-

co e passa a ser pensado como lugar das inscrições pulsionais e fantasmáticas, e significado pelo processo do tratamento pela linguagem (LINDENMEYER, *op. cit.*, p. 351-352).

No caso Dora, Freud (1996b) fala a respeito de uma complacência somática, ou seja, de uma condição normal ou patológica na qual a neurose se apoiaria para desenvolver os seus sintomas (p. 48). Portanto, mais uma vez encontramos um fantasma psicológico que paira sobre o corpo biológico. Em 1910, no artigo sobre a perturbação psicogênica da visão, Freud (1996a) diz “que o psíquico se baseia no orgânico” (p. 29). Essa ideia se desenvolveria até a noção do Eu-corporal. Segundo nos explica Lindenmeyer (*op. cit.*).

Para Freud, o corpo é o lugar de inscrição das marcas presentes nas reminiscências das experiências precoces do infante, por onde o Eu poderá se constituir, sendo, assim, o lugar por onde emerge o pulsional, mas também o meio de chegar à sua satisfação, quer ela se dê no prazer ou no desprazer (p. 357).

Vemos que todas essas noções trazem a ideia de um corpo habitado simbolicamente. Considerando que a terapêutica dos sintomas desse corpo se dá por meio da interpretação, temos aí dois princípios hipocráticos: segundo Frias (2004), na Grécia antiga, as doenças não eram tratadas factualmente – “os sinais clínicos adquirem um caráter simbólico” (p. 41) e “os fenômenos observados precisam ser interpretados”¹ (p. 62).

Nesse sentido, há um inegável resgate dessa noção pela Psicanálise quando desenvolve seu constructo teórico a partir de um viés simbólico e sua terapia calcada na interpretação. Groddeck, além de dar especial ênfase ao simbolismo em seus textos, se vale dele para explicar também as doenças orgânicas e a interpretação para o alcance da cura integral (SILVA, *op. cit.*, p. 70).

Vemos que Groddeck é o responsável pela ampliação dessa compreensão às doenças orgânicas. Porém, encontramos aí dois problemas: o primeiro é que Groddeck não era nada sistemático nem institucionalizado, o que fez que com seus estudos fossem por muito tempo esquecidos. O segundo é uma consequência do primeiro: a medicina psicossomática não foi fundada por Groddeck, mas sim por Franz Alexander (1989), que deu a essa ciência um outro significado:

¹ Essa questão é mais detalhadamente explicada em meu artigo (SILVA, 2016).

Para formular sua tese, Alexander fez distinção entre dois tipos de doenças: aquelas que atingem a musculatura voluntária e os órgãos sensitivos e aquelas que atingem o sistema visceral. O que também poderia ser formulado como doenças sintomáticas (simbólicas) e doenças reais (teciduais). Groddeck, por outro lado, dispensa as distinções e aplica a lógica da simbolização à integralidade humana (SILVA, 2016, p. 68).

Neste sentido, optar por Groddeck ou Alexander pode significar, entre outras coisas, optar por atribuir ou não algum papel para o simbolismo nas afecções psicossomáticas. Ávila (1997) parece apontar algum caminho quando faz distinção entre a medicina psicossomática e a psicossomática psicanalítica. A primeira foi fundada por Alexander nos Estados Unidos e se define por uma medicina que apenas se vale de noções psicanalíticas, mas a segunda seria efetivamente uma psicanálise, e não se resumiria a um nome. Mas seria ingênuo tomarmos o partido dos “psicanalíticos” e simplesmente ignorar tudo o que se produziu na América, assim como as inúmeras pesquisas da psiconeuroimunologia que dela se originaram e se estabeleceram como concepção hegemônica na medicina e no senso comum (VOLICH, p. 135-141). Além disso, se procurarmos alternativas a esse modelo, um dos principais polos dessa nossa pesquisa é a França. Mas a desilusão é ainda maior quando se depara com autores como Marty e Lacan, e se percebe como esses autores identificam uma profunda falta simbólica nos pacientes psicossomáticos. Será então que não há espaço para o símbolo na psicossomática? Acredito que essa não seja a resposta, mas é preciso ir mais a fundo na questão, antes de resolver esse impasse.

A presente pesquisa tem por objetivo investigar se o desdobramento pós-freudiano da psicanálise nos leva a investigar uma função para o simbolismo nas afecções psicossomáticas. Para isso, foi feito um estudo bibliográfico das principais correntes psicanalíticas que abordam o assunto na França e na Inglaterra, considerando o contexto político e as inter-relações entre as escolas de psicanálise.

Pensamento operatório e alexitimia

Na França, as ideias de Alexander (1989) encontraram a crítica de Pierre Marty, que se tornaria referência primordial no assunto entre os psicanalistas. Casetto (2006) diz que “ao menos na França, não é possível falar de psicossomática sem fazer oposição às ideias de Marty” a não ser “tendo como referên-

cia essa teoria ‘negativa’ da psicossomática”. Os primeiros estudos de Marty sobre doenças somáticas tiveram influências do pensamento de Franz Alexander, mas, com o tempo, ele passou e se tornar crítico desse autor (*ibid.*). Com a fundação do *Instituto de Psicossomática de Paris*, em 1972, temos o primeiro referencial francês em psicossomática, sem esquecer que Marty e outros colaboradores do instituto já estudavam a economia psicossomática desde a década de 1950, “desenvolvendo um corpo teórico que busca compreender a função do aparelho psíquico e de suas funções como reguladores do funcionamento psicossomático (...) dos destinos das excitações no organismo” (VOLICH, 2013, p. 146). De modo geral, os estudos desenvolvidos revelam a importância do cuidado com o desenvolvimento das estruturas mentais (*ibid.*, p. 145-147).

Numa perspectiva biológica evolutiva, “Marty identifica o Eros de Freud, que visa conservar unidades vitais existentes (...) construir unidades mais englobadas, com a evolução, o movimento evolutivo, seja da espécie, seja do indivíduo” (VIEIRA, 2005, p. 22). Assim, o indivíduo evolui num processo que visa o aumento dos recursos de elaboração da realidade. Inicialmente ele é uma *célula* que se multiplica em outras células até se tornar um tecido, que por sua vez evolui para um *órgão*. Depois de formado, o indivíduo passa a ser capaz de *movimentações motoras* e então, a partir das relações com os objetos, entra em contato com a *linguagem*, que vai se tornando mais complexa até chegar às *elaborações psíquicas*. (VOLICH, *op. cit.*, p. 152-156). Mas

Independente desse movimento natural, Eros pode ser posto em xeque por traumatismos que a vida não deixa de apresentar. A impossibilidade de resolvê-los (mesmo custando uma patologia mental) leva a perda de funcionamento e, em seguida, um movimento no sentido contra evolutivo que tende a desfazer tudo o que foi construído e que teria *como consequência* a morte do indivíduo (VIEIRA, *op. cit.*, grifo do autor).

Essa concepção é consonante com o que postulam Reich (1998) e Winnicott (2000a), quando defendem que as patologias são frutos do bloqueio dos impulsos naturais à saúde. Tais problemas, para Marty, geram uma desorganização da qual o enfrentamento dependerá desses pontos de fixação que criam, “como na teoria freudiana, situações de regressão” (*ibid.*, p. 23). Esses pontos de fixação são, portanto: orgânico, motor e psíquico (VOLICH, *op. cit.*, p. 211). É nessa perspectiva que Pierre Marty vai desenvolver sua tese, de que a estrutura psicossomática é *fundamentalmente diferente da neurose clássica*, em contrariedade com a concepção de Alexander, em que tais problemas orgânicos

seriam decorrentes de conflitos psíquicos comuns (*ibid.*, p. 204-216). Marty chama de mentalização as funções neuróticas exploradas por Freud.

Freud nunca cogitou que a mente humana pudesse não assimilar um traumatismo, (...). A originalidade de Marty está na constatação de que a capacidade de assimilação mental tem limites e que estes são maiores ou menores conforme os indivíduos, e em um mesmo indivíduo, ao longo da vida (VIEIRA, *op. cit.*, p. 17).

Desse modo, em relação aos psicossomáticos, os neuróticos estudados por Freud seriam bastante saudáveis, na medida em que são capazes de utilizar recursos psíquicos bem elaborados para simbolizar seu sofrimento. Tais sujeitos que atingem o que Marty chama de boa mentalização estão no último estágio da evolução, que se caracteriza por riqueza metafórica, bom funcionamento da estrutura pré-consciente, afetos fluidos e diversidade das funções oníricas e fantasmáticas, bem como a presença predominante de mecanismos de defesa clássicos (VOLICH, *op. cit.*, p. 200-207). O psicossomático, no entanto, apresenta uma má mentalização:

Um empobrecimento de sua capacidade de simbolização das demandas pulsionais e da elaboração dessas demandas por meio da fantasia. Notamos, também, uma ausência quase absoluta de sonhos, de sintomas e mecanismos neuróticos, de lapsos, devaneios, ou de atividade criativa, pouco contato com seus desejos, uma utilização empobrecida da linguagem, com aderência extrema ao factual e à realidade material. Aparentemente bem adaptadas, às vezes de forma extrema, tais pessoas frequentemente apresentam, no lugar de manifestações psíquicas ou emocionais, expressões corporais, mímicas faciais, manifestações sensomotoras e dores físicas. As relações interpessoais são marcadas pela indiferenciação, por um rebaixamento dos investimentos objetivos, inclusive na transferência terapêutica (*ibid.*, p. 208).

A essa estrutura (ou falta de estrutura), P. Marty dá o nome de *pensamento operatório*, caracterizado por uma *depressão essencial*; essencial no sentido de que representa uma falta, que, no entanto, não é objeto; “uma queda do tônus vital para tudo, desde as alegrias até os sentimentos traumáticos” (VIEIRA, *op. cit.*, p. 21). Ele explica que desde Freud entende-se que as excitações corporais sempre buscam uma descarga, encontrando frequentemente nas ideias e representações tal via de descarga. No caso do psicossomático, pela escassez dos recursos psíquicos, a excitação buscará uma via corpórea, o que

produzirá descargas motoras ou alojamentos nos órgãos, ou seja, modos mais primitivos de relação com o mundo (VOLICH, *op. cit.*, p. 207-217).

Em 1973, em Harvard, nos Estados Unidos, Peter Sifneos desenvolveu o conceito de *alexitimia* para descrever pacientes que apresentam

(a) uma grande dificuldade para usar uma linguagem apropriada para expressar e descrever sentimentos e diferenciá-los de sensações corporais; (b) uma capacidade de fantasiar e imaginar extremamente pobre; e (c) um estilo cognitivo utilitário, baseado no concreto e orientado externamente, também conhecido como *pensamento operacional* (FREIRE, 2010, p. 18, grifo do autor).

Freire (*op. cit.*) apresenta estudos recentes de LeDoux e Damácio, especialistas em neurociências, em que eles apontam que para que uma emoção se torne consciente, é necessário que sejam acionadas outras áreas além daquelas responsáveis pela emergência das emoções, em especial a do córtex pré-frontal, e que essas emoções sejam representadas nessas áreas, o que só é possível ao ser humano devido ao nível da *evolução* neurológica alcançada (p. 16-18). Conclui que é

necessário que haja uma passagem, uma sequência entre as áreas subcorticais responsáveis pela emoção, e as áreas corticais pré-frontais, responsáveis pela cognição, para que a pessoa crie sentimentos conscientes (*ibid.*, p. 18).

A alexitimia se constitui numa falha nesse mecanismo, que Freire defende que tem como principal causa questões do desenvolvimento emocional e uma forte tendência a desenvolver doenças psicossomáticas (*ibid.*, p. 19-21).

Esses estudos vão ao encontro de P. Marty, ao conferirem importância para a evolução humana e reconhecer o empobrecimento psíquico dos pacientes psicossomáticos. Além disso, a posição de Freire em defesa de sua constituição a partir do fenômeno no desenvolvimento emocional também é concordante com Marty. No Instituto de Psicossomática de Paris foram feitos estudos que apontam que a função materna é essencial para a constituição de recursos psíquicos para lidar com o mundo. Freud (*apud* VOLICH, *op. cit.*) já apontava que, diante do desamparo ao qual a criança se encontra ao nascer, a mãe tem a função essencial de, além de lhe promover a satisfação das necessidades vitais, exercer a função de “película” protetora de estímulos com os quais o bebê ainda não é capaz de lidar sozinho, o que ele denomina de paraexcita-

ções. Além das paraexcitações, a presença não só física, mas afetiva da mãe, ajuda o bebê a desenvolver substitutos autoeróticos com relação à própria dependência materna, tais como representação objetal e fantasia. Importantes para a constituição da simbolização onírica, são formas de se relacionar com o mundo, de modo a suportar a não-satisfação imediata dos instintos (*ibid.*, p. 156-199), o que Winnicott (2000c) chama de fenômeno transicional. M. Fain observa que mães que atrapalham esse desenvolvimento produzem no sujeito uma economia psicossomática frágil, com grandes riscos de somatização na vida adulta. Isso pode ocorrer através da proibição das tentativas do bebê de criar substitutos autoeróticos, o estabelecimento da autoproposição como único objeto passível de satisfação, o estabelecimento no bebê da neonecessidade² e dos procedimentos autocalmantes, bem como a ausência afetiva, mesmo em caso de contatos físicos (*ibid.*, p. 182-185).

Até o momento, podemos perceber que o paciente psicossomático se diferencia de um neurótico comum por lhe faltar a capacidade simbolizante de um sujeito bem mentalizado. Agora começamos a nos deparar com a importância do ambiente no qual tal capacidade pode se desenvolver. A Inglaterra foi o país que mais desenvolveu a investigação da relação mãe-bebê. Por isso, esse parece o momento ideal para mudar a discussão de endereço.

Falso *self*

Donald W. Winnicott nasceu em Plymonth, no ano de 1896, num berço familiar afetivamente muito rico; tinha uma personalidade harmoniosa, o que lhe ajudou a desenvolver uma teoria do desenvolvimento menos preocupada com os aspectos patológicos (KHAN, 2000, p. 46). Interessou-se pela psicanálise, ao mesmo tempo em que se orientou para a pediatria. Dessa forma tornou-se, na Inglaterra, o fundador da psicanálise de crianças (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 783).

Um dia, em 1940, Winnicott afirmou em uma reunião da BPS³ que “Não existe isso que chamam de bebê. O que quero dizer, naturalmente, é que sempre que vemos um bebê, vemos também um cuidado materno, e sem o cuida-

² Quando produzem nos bebês a dependência de objetos desnecessários, como chupetas. O stress materno muitas vezes faz com que as mães façam uso exacerbado destes objetos para aliviar a angústia do bebe, mas principalmente a delas próprias.

³ British Psychoanalytical Society.

do materno não haveria bebê” (*apud* KHAN, p. 40). O que isso significa? Significa precisamente que, para o lactente, sua existência tem dependência absoluta dos cuidados da mãe; ele só passa a se tornar Sujeito a partir do cuidado materno a ele auferido.

Não existe qualquer possibilidade de que um bebê progrida do princípio do prazer para o princípio de realidade ou para e além da identificação primária (ver FREUD, 1923, p. 14) a não ser que exista uma mãe suficientemente boa. A “mãe” (não necessariamente a própria mãe do bebê) suficientemente boa é a que faz uma adaptação ativa às necessidades do mesmo, uma adaptação ativa que gradualmente diminui, de acordo com a crescente capacidade do bebê de suportar as falhas na adaptação e de tolerar os resultados da frustração (WINNICOTT, 2000c, p. 326).

É através do *handling* e do *holding*⁴ que a mãe suficientemente boa dá a seu bebê o suporte necessário para se desenvolver. Um ponto bastante interessante é que a “função que Winnicott chama de *handling*, isto é, da manipulação do corpo do bebê, permite à criança ir gradualmente se apropriando de seus limites corporais” (SANTOS, 2014, p. 458). Dessa forma, o conhecimento do próprio corpo é parte integrante da constituição do Eu na criança saudável. Cabe aqui lembrar o quanto Lindenmeyer (2012) enfatiza a noção freudiana da “construção do aparelho psíquico a partir do corpo”. É nesse sentido que Winnicott compreende que “a psique e o soma não devem ser distinguidos um do outro, exceto quanto à direção desde a qual estivermos olhando (...), a palavra psique, aqui, significa *elaboração imaginária* (imaginative) *dos elementos, sentimentos e funções somáticas*” (WINNICOTT, 2000b, p. 333, grifo do autor). Por outro lado, “A mente [que não equivale à psique] não existe enquanto entidade no esquema individual das coisas” (*ibid.*), ela surge num período posterior “como especialização da psique saudável” (*ibid.*).

Mas devemos ressaltar aqui a constituição de um modelo patológico desse processo. Nesse caso, Winnicott diz que, pressionado por um ambiente tantalizante,⁵ o bebê é forçado a reagir (*ibid.*, p. 334). É desse modo que se constitui o falso *self*. Aqui, ao contrário da teoria comportamental, um verda-

⁴ Esses dois conceitos são gerúndios conjugados a partir das palavras *handle* (derivado de *hand*=mão), que significa manusear, manipular, e *hold*, que significa segurar, dar suporte. São utilizados por Winnicott, respectivamente, para designar os cuidados básicos (como higiene, alimentação, trocas etc.) e a função que Freud chamava de paraexcitações.

⁵ Inspirada no Mito de Tântalo, essa palavra é empregada aqui para representar a tortura exercida sobre o bebê pelas exigências desmedidas da mãe.

deiro *self* seria compreendido a partir da noção do gesto espontâneo (WINNICOTT, 1983, p. 133).

A mãe que não é suficientemente boa não é capaz de complementar a onipotência do lactente, e assim falha repetidamente em satisfazer o gesto do lactente; ao invés, ela o substitui por seu próprio gesto, que deve ser validado pela submissão do lactente. Essa submissão por parte do lactente é o estágio inicial do falso *self*, e resulta da incapacidade da mãe de sentir as necessidades do lactente (WINNICOTT, 1983, p. 133).

O falso *self*, portanto, surge com a finalidade de defender o verdadeiro *self*, que se mantém escondido das ameaças do ambiente.

É aí que chegamos à contribuição mais precisa de Winnicott a respeito das doenças psicossomáticas: o chamado transtorno “psico-somático” está precisamente no hífen, ou seja, na cisão do psicossoma. Para Winnicott, tal transtorno não se caracteriza pela afecção física, mas, antes, por essa dissociação entre psique e soma (WINNICOTT, 1994, p. 82). Cabe ressaltar que o que Winnicott chama de transtorno psicossomático é específico. Ele faz distinção entre os aspectos emocionais das doenças orgânicas e o caso psicossomático verdadeiro, sendo os primeiros “apenas a vida e faz parte do viver” (*ibid.*, p. 84), enquanto esse segundo se caracteriza pela cisão. Winnicott (*ibid.*) diz, ainda, que os pacientes fazem uso da “divisão” da equipe médica em especialidades em função de seu transtorno.

Nossa difícil missão é ter uma visão unificada do paciente e da doença, sem parecer fazê-lo de uma maneira que vá à frente da capacidade que o paciente tenha de alcançar uma integração em uma unidade (*ibid.*, p. 90).

Deve-se levar em conta, também, que “um dos objetivos da doença psicossomática é o de retomar a psique da mente, e levá-la de volta à sua associação íntima com o soma” (WINNICOTT, 2000b, p. 345), o que nos conduz ao princípio de que, apesar da despersonalização desses pacientes e da dificuldade em estabelecer a integração psicossomática, tal enfermidade “é o negativo de um positivo” (WINNICOTT, 1994, p. 88), qual seja, “a tendência herdada que cada indivíduo tem de chegar a uma unidade da psique e do soma, uma identidade experiencial do espírito, ou psique, e da totalidade do funcionamento físico” (*ibid.*).

Portanto, em Winnicott, começa a surgir uma pista de que existe algo por trás da operacionalidade desses pacientes. Como veremos adiante, existem ou-

tras propostas que nos apontam para a mesma direção, mas antes é preciso voltar à França.

Holófrase e Gozo do Outro

Se é difícil falar em psicossomática sem falar em Martyr, também é difícil falar em psicanálise francesa sem falar em Lacan. Segundo Roudinesco & Plon (1998) Lacan se constitui como “o único verdadeiro mestre da psicanálise na França” (p. 445). No entanto, isso não significa que ele tenha sido universalmente aceito. Sua vida foi marcada por controvérsias e rejeições, tanto pela sua família quanto pelas instituições analíticas.

Em seu período simbólico, é possível encontrar ideias comparáveis aos que acabamos de examinar em Winnicott, embora sua linguagem rebuscada dificulte a aproximação de seus conceitos com outros pensamentos. Isso ocorre tanto mais porque suas obras não são rigorosamente referenciadas, uma vez que Lacan é marcado pela oralidade, transmitindo seus conhecimentos através de seminários e conferências. Seu pensamento é extremamente complexo e dotado de uma intelectualidade visível, o que lhe confere o rigor de uma avaliação minuciosa da psicanálise freudiana que alimentou o chamado retorno à Freud (MEZAN, 2002, p. 203) e, posteriormente, a construção de um pensamento original. Renato Mezan (*op. cit.*) diz que, ao chegar à França, a psicanálise passou por um filtro cultural comparável a uma barreira alfandegária, de modo que os intelectuais franceses se valeram muito dela, mas separando, por assim dizer, o joio do trigo da teoria freudiana (p. 197-203), e continua: “sabemos que quem ‘galicanizou’⁶ de vez a psicanálise foi Jacques Lacan, e isso — paradoxalmente — sob a palavra de ordem do retorno a Freud” (*ibid.*, p. 203). Porém, “o sentido do retorno a Freud, dizia Lacan, era o retorno ao sentido de Freud, dinâmica e economia [rejeitados pelos filósofos] inclusive, textos maiores e menores, e se possível no original alemão” (*ibid.*, p. 204). Para cumprir essa missão, “reintroduziu na psicanálise o pensamento filosófico alemão, do qual Sigmund Freud se tinha voluntariamente afastado” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 445).

Em 1950, Lacan começou esse retorno aos textos de Freud, baseando-se, ao mesmo tempo, na filosofia heideggeriana, nos trabalhos da linguística saussuriana e nos de Lévi-Strauss. Da

⁶ O galicanismo é uma heresia do século XVII que defendia a autonomia dos bispos franceses em relação à autoridade do clero romano.

primeira, adotou um questionamento infinito sobre o estatuto da verdade, do ser e de seu desvelamento; da linguística, extraiu sua concepção do significante e de um inconsciente organizado como uma linguagem; do pensamento de Lévi-Strauss deduziu a noção de simbólico, que utilizou em uma tópica (simbólico, imaginário, real: S.I.R.), assim como uma releitura universalista da interdição do incesto e do complexo de Édipo (*ibid.*, p. 448).

Gostaria de dar especial atenção à sua tópica: Imaginário, Simbólico e Real. Embora sejam, segundo Cukiert (2004), desde o início inseparáveis, correspondem a três fases do pensamento lacaniano (p. 225-226); são precisamente nesses três momentos que podemos encontrar as três contribuições de Lacan em relação à psicossomática (SILVA, 2009, p. 47). Começaremos pela segunda fase, a do simbólico.

Interessante que esse seminário tenha ocorrido exatamente no momento em que Lacan se desligava da SFP⁷ e era proibido de exercer a função didática de psicanálise pela IPA⁸. É nesse momento que vai desenvolver o conceito do gozo do Outro como fruto de uma relação alienante, à qual teria de se sujeitar para ser aceito pelos ingleses, que detinham o controle internacional. Antes de introduzir o tema, Lacan (1985a) coloca uma questão em *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*: “em que estou eu autorizado?” (p. 9, grifo do autor). Essa pergunta fomenta a discussão a respeito da autoridade institucional e da verdade científica. Nessa conferência introdutória, Lacan explica as implicações de seu desligamento, que ele nomeia de “excomunhão” (*ibid.*, p. 11). A Sociedade Francesa de Psicanálise (SFP) foi fundada pelos psicanalistas liberais saídos da Sociedade Psicanalítica de Paris (SPP), pois eles não suportaram as imposições dos partidários da ordem médica da SPP. Durante dez anos, a SFP esteve negociando o reconhecimento da IPA, mas em 1964 foi decretada a decisão final de negar o reconhecimento, em especial pelas abordagens clínicas de Lacan e Françoise Dolto. Foi então que houve a cisão da instituição na Associação Psicanalítica da França (APF) e na École Freudienne de Paris (EFP). A primeira finalmente recebeu o seu reconhecimento, enquanto Lacan fundou a segunda (ROUDINESCO; PLON, *op. cit.* p. 252). Lacan (*op. cit.*) considera cômico ser “negociado” por seus colegas e mesmo alunos e analisandos, e afastado da função que ocupou, oficialmente, durante dez anos (p. 10-14).

⁷ Sociedade Francesa de Psicanálise.

⁸ International Psychoanalytical Association.

É nesse momento de exclusão oficial que se dá o seminário. Nele, Lacan demonstra que o Sujeito, na concepção psicanalítica, é um resultado linguístico; um significante fruto de outros significantes que são impostos ao indivíduo desde seu nascimento. Portanto, “o nascimento de um ser humano e a constituição de um Sujeito são coisas distintas” (SILVA, 2009, p. 50), na medida em que esse Sujeito só se constituirá como tal pela introdução na linguagem, constituindo-se como objeto de desejo do Outro (*ibid.*). Lacan prossegue dizendo que o Outro, a partir do qual o Sujeito se constitui, espera que o Sujeito corresponda às significações que lhe foram impostas. Porém, diz Lacan (1985b):

O primeiro Outro com o qual ele tem que lidar, ponhamos, para ilustrá-lo, a mãe, no caso. É no que seu desejo está para além ou para aquém do que ela diz, do que ela intima, do que ela faz surgir como sentido, é no que seu desejo é desconhecido, é nesse ponto de falta que se constitui o desejo do sujeito (p. 207).

Lacan faz uso do conceito *afânise*, forjado por Ernest Jones, para designar um “medo fundamental, que decorre, segundo ele, de uma angústia ligada à abolição do desejo ou da capacidade de desejar” (ROUDINESCO; PLON, *op. cit.* p. 8-9), porém dá ao termo um significado diferente. Se o desejo inaugura o Sujeito enquanto aquele que deseja o que não deseja o primeiro Outro, a *afânise* se constitui no significante binário, na indistinção entre o Sujeito por vir e o Outro. Portanto, na *afânise* há um desaparecimento do Sujeito (LACAN, *op. cit.*, p. 207-208). Os significantes (S1) que agem na constituição desse Sujeito só têm sentido a partir dos outros significantes possíveis (S2), como é natural na linguagem. É nesse sentido que o Outro será sempre incompleto, pois sempre precisará de outro significante para fazer sentido. Por esse motivo, o Sujeito não é capaz de satisfazer o desejo do Outro por completo e também é, por esse motivo, faltoso e desejante; e o desejo do Sujeito passa a ser o desejo do desejo do Outro, e o S1 passa a ser a base para a busca de significações constantes (SILVA, *op. cit.* p. 50-53). Essas dinâmicas constituem a vivência do Sujeito neurótico, o qual se relaciona com o seu corpo pelas marcas deixadas pelo significante (CUKIERT, *op. cit.* p. 226). No entanto, no que diz respeito à psicossomática, Lacan (*op. cit.*) afirma:

A psicossomática é algo que não é um significante, 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, grifo do autor).

A partir dessas concepções, Lacan postula que não se pode falar em um Sujeito psicossomático, pois nesse caso há um congelamento entre S1 e S2. Pegando emprestado da linguística o conceito de Holófrase, ele explica que deixa de existir o intervalo entre S1 e S2, e com ele a falta do Outro. Com a relação entre S1 e S2 se constituindo como uma Holófrase, o primeiro não pode se desmembrar do segundo para se tornar referência para o Sujeito. Desse modo, a estrutura psicossomática se distancia da neurose, e se torna mais próxima de uma psicose, com a diferença de que a primeira, pela falta de referência de significação, se incrusta no corpo (SILVA, *op. cit.* p. 55). Dessa forma, para fazer uma comparação, se o Sujeito se molda a partir da transgressão das imposições do Outro, ou, nas palavras de Winnicott, do gesto espontâneo, essa cristalização do período afanisiaco constitui a máscara do falso *self*, de modo que a mente não se constitui como evolução do psicossoma, mas como reflexo do desejo materno.

Percebemos, portanto, que há uma concordância geral em dizer que o paciente psicossomático difere-se do neurótico, uma vez que apresenta uma pobreza simbólica resultante da falha da função materna. Marty fala em um pensamento operatório, Winnicott em falso *self* e Lacan na holófrase.⁹ Creio que seja o momento de retomar a discussão que propus entre Groddeck e Alexander. Devemos dar razão a esse segundo? Joyce McDougall encontrou um caminho alternativo. Porém, antes de seguirmos por esse caminho, é importante apontar as outras contribuições lacanianas para a questão.

No seminário 2 de 1955, *A constituição do eu na técnica psicanalítica*, analisando uma contribuição de Parrier que diz que as reações psicossomáticas são o resultado de uma relação direta com o objeto, Lacan (1992b) diz:

Se algo é sugerido pelas reações psicossomáticas como tais, é justamente por elas estarem *fora do âmbito das construções neuróticas*. Não se trata de uma relação ao objeto. Trata-se de uma relação a algo que está sempre no limite de nossas elaborações conceituais, em que se pensa sempre, de que se fala por vezes, e que propriamente falando não podemos apreender e que, no entanto, está aí, não se esqueçam disto – estou-lhes falando do simbólico, do imaginário, mas há também o real. *As reações psicossomáticas estão no nível do real* (p. 127, grifo nosso).

⁹ Diria que a noção de caráter elaborada por Reich (1998) vai numa direção parecida, embora menos específica. Ele fala em uma couraça de caráter construída por um bloqueio do desenvolvimento natural do indivíduo pelas normas culturais. Essa couraça se caracteriza por um enrijecimento do ego, que passa a agir em oposição à fluidez natural dos impulsos, reproduzindo para consigo mesmo o gesto dos pais na infância.

Nesse seminário, Lacan (*op. cit.*) é enfático ao dizer que do real “não sabemos porra nenhuma” (p. 126). Silva (2009) diz que isso se dá porque, nesse seminário, Lacan carrega a concepção do *estádio do espelho*, em que para escapar da distinção pós-freudiana entre sintoma e fenômeno psicossomático baseado unicamente na afecção orgânica, constrói a tese de que o segundo se constitui como um movimento imaginário em que “investindo o próprio corpo o acaba ferindo” (p. 49). Cukiert (*op. cit.*) diz que nesse período Lacan ainda olha para o corpo como imagem (p. 226). É na intenção de não escapar ao campo psicanalítico que Lacan se concentra numa explicação pela “via do endereçamento simbólico e do investimento libidinal” (SILVA, *op. cit.*) nessa imagem corporal, sem pretender, portanto, uma explicação “real” do fenômeno. Foram necessários vinte anos para que o real fosse posto em pauta.

O Seminário de 1975,¹⁰ em Genebra, sobre o Sinthoma, marca o fim da segunda fase lacaniana, preocupada com o simbólico (que examinamos anteriormente) e introduz uma investigação a respeito do real, articulando o corpo ao gozo (CUKIERT, *op. cit.* 226). Com essa terceira transformação de seu pensamento, Lacan (2007) desenvolve uma investigação além dos limites linguísticos, graças à formulação da expressão nó borromeano¹¹. O real continua sendo enigmático, porém Lacan (*op. cit.*) encontra um caminho de acesso:

A escrita me interessa, posto que é por meio desses pedacinhos de escrita que, historicamente, entramos no real, a saber, que paramos de imaginar. A escrita de letrinhas matemáticas é o que suporta o real (p. 66).

É esse caminho que Lacan vai trilhar para entrar no real. Em resposta à pergunta sobre o acesso pelo psicossomático do registro simbólico, Lacan responde que a psicossomática é:

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 dada como um enigma. (*apud* SILVA, 2009, p. 60¹²).

¹⁰ Quatro anos após a morte de Winnicott.

¹¹ O símbolo da família Borromeu é constituído de três anéis que se conectam de uma tal maneira que é impossível um se desconectar dos demais sem que toda a cadeia seja desfeita. Lacan faz uso desse símbolo para demonstrar a conexão das três instâncias.

¹² A fonte de acesso ao seminário de Genebra no texto de Silva está em uma edição diferente da que aqui referencio.

Lacan compara esse fenômeno a um Hieróglifo para demonstrar a complexidade do trabalho analítico, ressaltando a importância de compreender que, diferente do sintoma, relacionado por Freud ao gozo do sujeito, nas afecções psicossomáticas, não é o sujeito que goza, é o Outro que goza. Esse gozo do Outro que Lacan chama de gozo específico, está fora do simbólico, e por isso consome o corpo, um gozo mortífero (*ibid.*, MORAIS *et. al.*, *op. cit.*).

Interessante que Lacan tenha usado a palavra registro e a comparação com o hieróglifo, pois isso nos leva a compreendê-lo como um fenômeno indizível, mas compreensível, sendo que, embora a nossa linguagem simbólica não o alcance, existe a possibilidade de se avaliar, perscrutar, como um arqueólogo, sua história.

Histeria arcaica e elementos beta

Joyce McDougall tem a enorme capacidade de conciliar ideias, pois se preocupa mais com a sua clínica do que com sua razão. Nascida em 1920, na Nova Zelândia, seu mundo era muito diferente da Europa; em 1950 já estava casada, era mãe de dois filhos e formada em psicologia quando, apaixonada pelas obras freudianas e acompanhando as transmissões de Winnicott pela BBC, decidiu mudar-se para a Inglaterra para fazer a sua formação em psicanálise (VOLICH, 2013b, p. 90). Para Volich (*op. cit.*) o vasto campo daquele

País sem fronteiras terrestres, cem mil quilômetros de seu vizinho mais próximo, dividido ao meio pelo mar, é um convite ao isolamento, à solidão, à desconfiança. Ou ao sonho, à fantasia, à busca pelo outro. Foi essa a escolha de McDougall (*ibid.*).

Poderíamos nos perguntar por que, para Joyce McDougall, esse ambiente isolado propiciou o desejo de buscar o outro ao invés de aquietar-se. Em sua cidade natal talvez tenha sido importante o seu “interesse pela literatura, pela pintura e pelo teatro, praticado em família desde os tempos de criança” (*ibid.*). Essa tendência foi uma base importante para que na grande Londres não se isolasse em uma das escolas já bastante cristalizadas quando de sua chegada (*ibid.*). Com a chegada de Melanie Klein na Inglaterra, deu-se início a vários conflitos, que acabariam culminado nas *grandes controvérsias* no interior da BPS após a chegada da família Freud e do grupo dos vienenses, refugiados do nazismo. Klein tinha o apoio diplomático de Ernest Jones, a pedido de quem veio à Inglaterra, e de seus seguidores, e era combatida por Anna Freud, Melit-

ta Schmeideberg (sua própria filha, que analisou na infância), e pelos conservadores da psicanálise inglesa, liderados por Edward Glover (analista de Melitta) (ROUDINESCO; PLON, *op. cit.*, p. 314-315).

Adeptos de uma concepção dita ortodoxa (ou continental) da psicanálise, os annafreudianos pretendiam ser os porta-vozes da tradição do pai fundador: um freudismo clássico, centrado na primazia do patriarcado, no complexo de Édipo, nas defesas e na clivagem do eu, na neurose e numa prática da psicanálise de crianças ligada à pedagogia.

Frente a esse freudismo, que já deslizava para o annafreudismo, os freudianos chamados kleinianos eram os artífices de uma clínica moderna das relações de objeto, centrada nas psicoses e nos distúrbios narcísicos, nos fenômenos de regressão, nas relações arcaicas e inconscientes com a mãe e na exploração do estágio pré-edípico (*ibid.*, p. 314).

Diferentemente da França, a escola inglesa (e consequentemente a associação internacional que se instalou na Inglaterra) buscou impedir a dispersão dos psicanalistas em função das controvérsias, e acabou por firmar um acordo quanto à formação dos novos adeptos. Foi criado o *Traininig Committee* (*ibid.*, p. 315), no qual os analistas em formação poderiam escolher seguir a linha dos kleinianos ou annafreudianos desde que se “fizesse uma segunda supervisão conduzida por um supervisor não pertencente a nenhum dos dois grupos” (*ibid.*, p. 379). Nisso se constituiu o *Middle Group*, do qual um dos membros era Winnicott. Ele também se inseriu na instituição psicanalítica no meio desse fogo cruzado, a partir do qual se organizou, posteriormente, um terceiro grupo chamado de independentes. Embora acabassem se aproximando mais das ideias kleinianas, que predominaram na Grã-Bretanha (*ibid.*), os independentes “aceitavam tanto o freudismo quanto o kleinismo, mas recusavam a se curvar a quaisquer dogmas” (*ibid.*, p. 315).

McDougall fez sua formação em psicanálise infantil com Anna Freud, mas também nutria profunda admiração por Melanie Klein. Em virtude de uma proposta de emprego feita a seu marido, ao final de 1953 mudou-se para Paris, em plena cisão da SPP (*ibid.*). Renato Mezan (2014) diz que as fronteiras entre as escolas de psicanálise começam a ser rompidas em meados dos anos 70, sendo que antes disso eram “tão erçadas e impenetráveis quanto na esfera política as que se instalaram durante a Guerra Fria” (p. 519). McDougall, por outro lado, já apresentava uma abertura a diferentes correntes desde sua che-

gada à Europa. Talvez isso se deva ao fato de ela, tanto em Londres quanto em Paris, ter encontrado partidos já formados.

Portanto, a estimulação precoce dos “teatros internos” (MCDOUGALL, 2013), como ela gosta de dizer, contrastando com o clima de guerra civil encontrado nas grandes metrópoles, fez de McDougall uma pioneira dos diálogos interescolares. Quando chegou à França, demonstrou enorme capacidade de reflexão objetiva, algo difícil de encontrar nos franceses, e mesmo nos ingleses.

Ao que os autores apontam como uma ausência de símbolos, McDougall (*op. cit.*) chama de *desafetação* (p. 26). Forja esse conceito a partir de uma noção resgatada dos textos de Freud; diante de uma representação insuportável, a criancinha pequena tende a se esforçar para se desvencilhar da experiência: a *Verneinung* (negação) e a *Verleugnung* (recusa) seriam mecanismos relacionados ao recalçamento, mas McDougall (*op. cit.*) chama especial atenção para o *Verwerfung* (repúdio), em que o “ego rejeita (*verwirft*) a representação insuportável e se conduz como se a representação nunca tivesse chegado ao ego” (FREUD, *apud* MCDOUGALL, 2013, p. 115).

Foi por isso que tentei acrescentar aos destinos do afeto inacessível ao consciente descrito por Freud um quarto destino no qual o afeto seria congelado e a representação verbal que o conota, pulverizada, como se nunca tivesse tido acesso ao indivíduo (MCDOUGALL, 2013, p. 27).

McDougall (*op. cit.*) diz ainda que esse mecanismo é considerado por Freud como “uma manifestação tipicamente psicótica” (p. 115). Para diferenciá-lo da repressão, utiliza o termo lacaniano Forclusão. Isentos de sintomas, os indivíduos forcluídos do afeto frequentemente parecem não ter conflitos, por isso McDougall os denomina de *normopatas*¹³. Num sentido próximo ao da formação do caráter apontado por Reich¹⁴ (1998, p. 151-152), “esses indivíduos inconscientemente despertam, nos outros, através de seu modo de falar e agir, os sentimentos que repudiaram em si mesmos” (MCDOUGALL, *op. cit.*, p. 117), o que faz com que ao mesmo tempo que resistam à interpretação dos seus dramas insuportáveis tentem “fazer surgir esses afetos no outro” (*ibid.*). Desse modo é reconhecida a tendência que, para McDougall (*op. cit.*), é o cer-

¹³ Aqui, mais uma vez, há uma proximidade com o caráter de Reich, valorizado socialmente como integridade moral, mascarando a patologia.

¹⁴ Em especial na transferência.

ne de todas as manifestações dos pacientes, “tentativas de curas de si mesmo”¹⁵ (p. 41). No caso dos pacientes psicossomáticos, considera-se que “algumas expressões somáticas tendem a surgir no lugar de terrores e desejos psicóticos não reconhecidos” (p. 51).

Desse modo, McDougall (*op. cit.*) percebe que há, para além da falta de sentido de seus pacientes, uma gama de experiências pré-linguísticas: “não se trata aqui de histeria clássica. (...) no máximo, é possível formular a hipótese de uma ‘histeria arcaica’” (p. 39). No mesmo sentido, mais adiante, ela se pergunta se “seria possível falar em uma *psicose atual*” (p. 52, grifo do autor). Do que se tratam todas essas experimentações conceituais de McDougall?

Bion (*apud* FOCHESTATTO, 2013) construiu uma teoria do pensar a partir de uma reflexão a respeito do início do que Melaine Klein denominava como posição depressiva¹⁶. Para Bion, “O pensar passa a existir para dar conta dos pensamentos” (*ibid.*), entendendo pensamentos como invasores do aparelho psíquico e não elaborações psíquicas posteriores ao exercício mental. Bion classifica a evolução do pensamento em três estágios: pré-concepção, concepção e conceito, sendo que a pré-concepção é um certo desejo inato de uma realização ainda não definida que passa a ser concepção a partir do momento em que é realizada. O ponto de evolução para o conceito só é possível a partir de uma frustração (*ibid.*).

O modelo que proponho é o de um bebê cuja expectativa de um seio se une a uma “realização” de um não-seio disponível para satisfação. Essa união é vivida como um não seio, ou seio “ausente”, dentro dele. O passo seguinte depende da capacidade de o bebê tolerar frustração. Depende de que a decisão seja fugir da frustração ou modificá-la (BION *apud* FOCHESTATTO).

“E modificá-la nesse contexto é abrir caminho para o universo simbólico e, conseqüentemente, para a capacidade de pensar” (FOCHESTATTO, 2013). Mas o que nos interessa no momento é o que Bion apresenta como fuga. A capacidade de pensar é chamada por ele de *função alfa*, que leva à transformação das “primeiras impressões emocionais (prazer, dor) em *elementos alfa*”

¹⁵ Essa é uma das influências de Groddeck. Segundo Philippe Porret (*apud* VOLICH, 2013b), foi através do Livro d’Isso, de Groddeck, que ela decidiu estudar psicologia.

¹⁶ Na teoria kleiniana são definidas duas posições: a posição esquisoparanoide se caracteriza por uma fusão ilusória entre a mãe e o bebê, onde a criança reage “às angustias arcaicas” com mecanismos alucinatórios; a posição depressiva é o momento em que a criança é obrigada a vivenciar o luto da separação para se tornar um sujeito individual rumo à vida adulta.

(*ibid.*, grifo do autor), ou seja, a representação das coisas no nível consciente e inconsciente, os símbolos, a linguagem. Quando a criança não é capaz de suportar a frustração, surgem os *elementos beta*:

Os *elementos beta*, ao contrário, se proliferam de forma caótica e constituem o que Bion chamou de *pantalha beta*, não possibilitando uma diferenciação entre consciente e inconsciente, entre fantasia e realidade, não permitindo a elaboração dos sonhos. Bion (1994) mostra que nos pacientes psicóticos prevalece a formação da *pantalha beta*, bem como há uma prevalência da posição esquizoparanoide sobre a posição depressiva. Dessa forma, o pensamento adquire uma concretude, uma dureza, capaz de causar danos reais e que precisam ser expulsos imediatamente. Não há possibilidade de simbolização. Referindo-se aos pensamentos que ainda não adquiriram um sentido, tampouco um nome, Bion coloca que nos psicóticos predomina o *pensamento vazio*, por isso nas situações de angústia ele vem acompanhado de um estado psíquico que ele chamou de *terror sem nome* (FOCHESATTO, 2013, grifo do autor).

A concretude do pensamento (operatório?), a impossibilidade de simbolização, as fusões in/consciente realidade/fantasia, nos permitem relacionar essa tese com os autores aqui discutidos, mas uma leitura atenta leva a perceber que a falta simbólica aqui representada não significa uma ausência de conteúdos. Isso nos permite compreender o que McDougall pretende com o uso da histeria arcaica.

Para explicar o surgimento, pela primeira vez depois de sete anos de análise, de um significado oculto (poderíamos dizer encubado) por trás de uma alergia a frutos do mar de uma paciente, McDougall (*op. cit.*) cita os elementos beta e os “pictogramas” de Aulagnier (*apud* McDougall, *op. cit.*), que vão no mesmo sentido. Numa sessão, a paciente chega à seguinte compreensão:

“Eu, que me acreditava tão independente desde sempre, começo a compreender que vivia como um feudo de minha mãe. *Era-me impossível desejar algo que não fosse o desejo dela*. Esse ódio que sinto em relação a ela ainda me surpreende... mas já me assusto menos do que antes. Como se eu não tivesse mais medo de que os meus sentimentos de raiva possam destruir o amor que também sinto por ela” (p. 179, grifo nosso).

Após essa elaboração, Georgette, a paciente, teve um sonho em que surgia a figura de seu pai para salvá-la dos perigos. McDougall (*op. cit.*) continua:

A introdução tardia do pai em seu mundo interno era altamente significativa. Havia anos eu tentava chamar sua atenção para a ausência dele, mas sem resultado. Foi preciso esperar que o objeto materno fosse vivenciado em sua dupla polaridade sem medo de perdê-lo. Essa abertura levou-nos a uma primeira percepção da organização edípiana de Georgette. Até aqui, *o sofrimento edípiano nesses dois níveis, mas sobretudo em sua dimensão primitiva, só podia exprimir-se em eclosões arcaicas, somatopsíquicas* (p. 180, grifo nosso).

A partir de então, o significado da alergia começou a surgir, concomitantemente a seu desaparecimento. Os frutos do mar se revelaram como paixões do pai, das quais a paciente havia se esquecido, ao mesmo tempo em que seu cheiro remetia às experiências da união sexual dos pais antes dos seus três anos. Porém, com a separação dos pais (e dela com o pai), e a completa ausência afetiva da mãe, tirou-se dela a possibilidade de construir uma integração saudável, resultando num “Édipo capenga” (*ibid.*, p. 186). “Além disso, não havia nenhum modelo de casal se amando e tendo prazer em fazer amor” (*ibid.*). Assim, o horror infantil a levou a repudiar os “sabores e odores impregnados para ela de percepções primitivas das quais o corpo trazia memória” (*ibid.*). “Conseqüentemente, cada transgressão oral do amor se exprimia por uma expressão somática (e sádica) contra seu próprio corpo, a fim de manter fora do circuito esse feixe de angústias” (*ibid.*).¹⁷

Assim, podemos conceber que, em tais circunstâncias afetivas, o psiquismo não envia qualquer sinal de angústia, transmitindo apenas um sinal somatopsíquico primitivo que logo é traduzido por uma explosão somática (*ibid.*, p. 187).

Considerações finais

A presente pesquisa teve o objetivo de investigar qual o papel do símbolo na psicossomática. Essa questão se complicou em função da observação da constante ausência simbólica nessas afecções. O que se constatou é que a somatização está relacionada a experiências primitivas anteriores à aquisição da linguagem. Marty fala de uma regressão ao orgânico, esse orgânico que estaria aquém da elaboração mental. Seguindo esse caminho, estaríamos diante de

¹⁷ O caso completo de Georgette pode ser conferido em McDougall (2013), cap. 10 e 11.

um símbolo sem função, a elaboração mental seria abandonada por um corpo inanimado, inabitado. Mas, passando por outros autores, começa a se esclarecer que o símbolo não é abandonado, mas trancafiado, congelado, junto ao afeto. O falso *self* protege um verdadeiro, o Sujeito por vir está à espera de desprender-se da holófrase imposta pelo Outro, que goza às suas custas. O símbolo, nesse sentido, não seria o símbolo clássico, que Lacan enquadra no âmbito da linguagem, mas um registro totalmente excluído da cadeia linguística, um código criptografado que precisa ser traduzido, talvez nomeado pela primeira vez, para encontrar acesso ao mundo do Sujeito.

Casetto (2014) acredita que há um movimento dialético quando se distribuem tais autores no tempo, de modo que

a somatização transita de um modelo mais estritamente conversivo para a sua negação, e em seguida para um terceiro estado em que se apresenta como um horizonte de significações ainda irrealizado.

Joyce McDougall representa a concretização desse terceiro estado, que reconhece esse significado oculto a ser desenterrado do corpo para dar a luz ao sujeito.

Talvez essa mesma estrutura que leva o psicossomata ao corpo possa explicar como é possível aos sociopatas estar totalmente aquém de qualquer empatia. Mas essa é uma pesquisa para outra ocasião.

Autor

Leonardo Tadeu Silva Souza Lima. Psicólogo/Universidade Paulista (Unip).

E-mail: ltls15@hotmail.com

Tramitação

Recebido em 04/12/2017

Aprovado em 10/09/2018

Referências

AVILA, L. A. A doença na alma: Groddeck e a psicossomática psicanalítica. *Revista Percurso*, São Paulo, n. 19, p. 43-48, 1997.

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

CASSETTO, Sidnei José. Sobre a importância de adoecer: uma visão em perspectiva da psicossomática psicanalítica no século XX. *Psyche*, São Paulo, v. 10, n. 17, jun. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382006000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 nov. 2014.

CUKIERT, M. Considerações sobre corpo e linguagem na clínica e na teoria lacaniana. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 15 n. 1/2, p. 225-241, 2004.

FOCHESATTO, Waleska Pessato Farenzena. Reflexões sobre a “teoria do pensar”, de Bion. *Estudos Psicanalíticos*, Belo Horizonte, n. 40, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372013000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 ago. 2015.

FREIRE, L. Alexitimia: dificuldade de expressão ou ausência de sentimento? Uma análise teórica. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, Feira de Santana, v. 26. n. 1, p. 15-24, 2010.

FREUD, S. *Concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão*. Rio de Janeiro: Imago, 1996a, p. 223-230. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 11).

_____. *Fragmentos da análise de um caso de histeria*. Rio de Janeiro: Imago, 1996b, p. 19-107. (ESB, 12).

FRIAS, I. *Doença do corpo, doença da alma: medicina e filosofia na Grécia clássica*. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004.

LACAN, J. A excomunhão. In: _____. *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985a.

_____. Freud, Hegel, e a máquina. In: _____. *O seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica psicanalítica*. 4. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992a, p. 86-102.

_____. Introdução ao Entwurf. In: _____. *O seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica psicanalítica*. 4. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992b, p. 123-133.

_____. O espírito dos nós (parte I). In: _____. *O seminário, livro 23: o sinthoma*. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

_____. O sujeito e o outro (II): a afânise. In: _____. *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985b.

LINDENMEYER, Cristina. Qual é o estatuto do corpo na psicanálise? *Tempo psicanal.*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382012000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 nov. 2014.

MCDUGALL, J. *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. 3. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2013.

MEZAN, Renato. A recepção da psicanálise na França. In: _____. *Interfaces da psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002, p. 196-220.

_____. *O tronco e os ramos: estudos de história da psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

MORAIS, J. L.; NICOLAU, R. F.; PEREIRA, A. C. S.; REI, V. A. F (2008). *Os fenômenos psicossomáticos: um substituto para as neuroses?* São Paulo: Associação Universitária de psicopatologia fundamental. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/iii_congresso/temas_livres/os_fenomenos_psicossomaticos.pdf>. Acesso em: 7 jan. 2014.

REICH, W. *Análise do caráter*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

ROUDINESCO, E; PLON, M. *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SANTOS, Lucas Nápoli. Heterodoxos, mas atuais: um diálogo entre Winnicott e Groddeck. *Arq. bras. psicol.* Rio de Janeiro, v. 65, n. 3, p. 470-486, jul. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180952672013000300010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 17 abr. 2014.

SILVA, Leila B. G. da. *A depressão essencial e o gozo específico*. 2009, 75f. Dissertação (mestrado em Psicanálise Saúde e Sociedade). UVA, Rio de Janeiro, 2009.

SILVA, Leonardo Tadeu Lima da. Origens da psicossomática e suas conexões com a medicina na Grécia antiga. *Analytica*, São João del Rei, v. 5, n. 8, p. 49-79, 2016.

VIEIRA, W. C. A psicossomática de Pierre Marty. In: Ferraz, Flavio Carvalho; VOLICH, Rubens Marcelo (orgs.). *Psicossoma I: psicanálise e psicossomática*. v. 1, 2. ed., São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005, p. 17-24.

VOLICH, Rubens Marcelo. *Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise*. 7. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013a (Coleção Clínica Psicanalítica).

_____. Remotas paisagens: Joyce McDougall e os destinos do psicossoma. *Revista brasileira de psicanálise*, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 89-102, 2013b.

WINNICOTT, Donald W. A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000a, p. 288-304.

_____. A mente e sua relação com o psicossoma. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000b, p. 332-346.

_____. Distorções do ego em termos de verdadeiro e falso self. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983, p. 128-139.

_____. Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000c, p. 332-346.

_____. Transtorno psicossomático. In: _____. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 82-93.