

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

ACÁCIA LINS DE AGUIAR

**O SINTOMA SOMÁTICO E A PERSPECTIVA DE PAUL-
LAURENT ASSOUN: CONSIDERAÇÕES
METAPSICOLÓGICAS**

**FORTALEZA
2007**

ACÁCIA LINS DE AGUIAR

**O SINTOMA SOMÁTICO E A PERSPECTIVA DE PAUL-
LAURENT ASSOUN: CONSIDERAÇÕES
METAPSICOLÓGICAS**

Dissertação submetida à Coordenação do
Curso de Mestrado em Psicologia da
Universidade Federal do Ceará, como requisito
final para obtenção do grau de Mestra em
Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo L. Laranjeira
Barrocas

**FORTALEZA
2007**

"Lecturis saludem"

Ficha Catalográfica elaborada por

Telma Regina Abreu Camboim – Bibliotecária – CRB-3/593

tregina@ufc.br

Biblioteca de Ciências Humanas – UFC

A227s

Aguiar, Acácia Lins de.

O sintoma somático e a perspectiva de Paul-Laurent Assoun [manuscrito]
: considerações metapsicológicas / por Acácia Lins de Aguiar. – 2007.

95f. ; 31 cm.

Cópia de computador (printout(s)).

Dissertação(Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de
Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza (CE),
19/10/2007.

Orientação: Prof. Dr. Ricardo Lincoln Laranjeira Barrocas.

Inclui bibliografia.

1- ASSOUN, PAUL-LAURENT, 1948- 2- METAPSICOLOGIA. 3- SINTOMAS. 4- CORPO E
MENTE. I- Barrocas, Ricardo Lincoln Laranjeira, orientador. II- Universidade Federal do Ceará.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III- Título.

CDD(22ª ed.) 150.1952

59/09

ACÁCIA LINS DE AGUIAR

**O SINTOMA SOMÁTICO E A PERSPECTIVA DE PAUL-LAURENT
ASSOUN: CONSIDERAÇÕES METAPSICOLÓGICAS**

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito final para obtenção do grau de Mestra em Psicologia.

Aprovado em: 19 / 10 / 2007

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ricardo L. Laranjeira Barrocas – UFC
(Orientador)

Prof^ª. Dr^ª. Ana Maria Vieira Lage – UFC

Prof^ª. Dr^ª. Leônia Teixeira Cavalcante – UNIFOR

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela vida. E por tudo que representa.

Aos meus pais, Helena e Antônio, pelo carinho, dedicação e por sempre terem colocado minha educação acima de tudo. E pelos mais valiosos ensinamentos de humildade, simplicidade e amor ao próximo.

Aos meus irmãos, Acrísio e Aclécia, pela cumplicidade em meio a tantas diferenças.

Ao professor e amigo Ricardo Barrocas, pelo carinho, compreensão e ensinamentos. Por semear em mim, desde a graduação, a importância de todas as ciências, sem o desvalor de idéias pré-concebidas. Pelas palavras de conforto nos momentos difíceis que atravessei e pela confiança e força em mim depositados.

À professora Leônia Teixeira pelas valiosas interlocuções e carinhosa disponibilidade e à professora Ana Lage, pelo enriquecimento de meu trabalho, através de afetuosas sugestões, realizadas com o desejado rigor metodológico. Ambas injetaram entusiasmo em um momento crucial de minha trajetória.

Ao amigo Hamilton Viana Chaves, pelo afeto, apoio e constante disponibilidade em todos os momentos de necessidade.

À eterna amiga Mila, pelo carinho, atenção e encorajamento extremamente fundamentais para o sucesso desta empreitada. Amizade antiga, revigorada a cada provação de minha vida.

A todos os amigos, pelo apoio durante todo este período de grande crescimento profissional, e, principalmente, pessoal.

“Pasma sempre quando acabo qualquer coisa. Pasma e desolo-me. O meu instinto de perfeição deveria inibir-me de acabar; deveria inibir-me até de dar começo. Mas distraio-me e faço. O que consigo é um produto, em mim, não de uma aplicação de vontade, mas de uma cedência dela. Começo porque não tenho força para pensar; acabo por que não tenho alma para suspender. Este livro é minha cobardia.”

(Fernando Pessoa. *Livro do Desassossego*. Trecho 152).

RESUMO

Propôs-se a tratar, numa perspectiva metapsicológica, um assunto relativamente novo: o que o psicanalista francês Paul-Laurent Assoun chamou de sintoma somático ou fenômeno sinto(somá)tico. Os sintomas somáticos desafiam a ciência médica e são responsáveis pela criação de novas nosologias. A Medicina comumente distingue este fenômeno das moléstias com que lida habitualmente, devido à ausência de uma causalidade orgânica. A pesquisa teórica intencionou mostrar a diferença do sintoma somático dos: (1) sintoma expresso na linguagem, (2) sintoma orgânico e (3) sintoma psicossomático, enquanto extensão psíquica de um fenômeno somático. Para tal tarefa, a metapsicologia freudiana mostrou-se essencial. Sendo assim, este trabalho se edificou sobre uma perspectiva metapsicológica, ou seja, enfocou um determinado fenômeno sob os pontos de vista tópico (de sua localização em instâncias), econômico (da distribuição dos investimentos) e dinâmico (do conflito pulsional). Nossa pesquisa elaborou que a principal distinção entre a inteligibilidade do sintoma analítico expresso na linguagem e aquela do sintoma somático concerne aos seguintes postulados: (a) O sintoma somático implica uma alteração no funcionamento intersistêmico (Eu/Isso/Supereu), (b) Ele mostra outra ordem de conflito psíquico, pois é da ordem de derrocada das estratégias significantes, (c) O sintoma somático implica a desfusão pulsional, consequência da derrocada das estratégias significantes e da proximidade com o corpo físico. Concluiu-se que o sintoma somático é o impacto físico do real inconsciente, mostrando uma certa falha simbólica. Desta forma, o corpo tem modos de se significar; seja através de metáforas, como atestam os sintomas histéricos, seja através de desimbolismos, como manifestam os sintomas somáticos.

Palavras-chave: Sintoma Somático; Paul-Laurent Assoun; Metapsicologia; Psicossomática; Psicanálise.

RÉSUMÉ

Dans une perspective métapsychologique, on propose à traiter d'un sujet relativement nouveau: ce que le psychanalyste français Paul-Laurent Assoun a appelé de symptôme somatique ou phénomène sympto(soma)tique. Les symptômes somatiques défient la science médicale et sont les responsables pour la création des nouvelles nosologies. La médecine communément distingue ce phénomène des maladies, avec laquelle elle vit habituellement, de l'absence d'une causalité organique. La recherche théorique a eu par but montrer la différence du symptôme somatique des : (1) symptôme exprimé dans le langage, (2) symptôme organique et (3) symptôme psychosomatique, tandis que « rallongé psychéique » d'un événement somatique. Pour tel tâche, la métapsychologie freudienne s'est montrée essentielle. Alors ce travail s'est édifié sur une perspective métapsychologique, ou soit, a focalisé un déterminé phénomène sur le point de vue topique (de sa localisation dans les instances), économique (de la distribution des investissements) et dynamique (du conflit pulsionnel). Notre recherche a élaboré que la principale distinction entre l'intelligibilité du symptôme analytique exprimé dans le langage et celle du symptôme somatique concerne les postulations suivantes : (a) Le symptôme somatique implique un changement dans le fonctionnement intersystémique (Moi/Ça/Surmoi), (b) Il montre un autre ordre de conflit psychique, car c'est de l'ordre du dérèglement des stratégies significatives, (c) Le symptôme somatique implique la désintrication pulsionnelle, conséquence du dérèglement des stratégies significatives et de la proximité avec le corps physique. On a conclu que le symptôme c'est l'impact physique du réel inconscient, ce qui montre un certain défaut symbolique. Alors, le corps a les moyens pour se signifier, soit à travers les métaphores, comme affirment les symptômes hystériques, soit à travers les dyssymbolismes, comme manifestent les symptômes somatiques.

Mots-clés : Symptômes Somatiques; Paul-Laurent; Assoun; Métapsychologie; Psychosomatique; Psychanalyse.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 O SINTOMA SOMÁTICO E SUAS DELIMITAÇÕES	17
1.1 O sintoma somático	17
1.2 A diferença entre o sintoma somático e a idéia psicossomática de um prolongamento psíquico do evento somático.....	21
1.3 A diferença entre o sintoma somático e o sintoma médico do corpo	27
1.4 A diferença entre o sintoma somático e o sintoma expresso na linguagem: uma perspectiva metapsicológica.....	29
1.4.1 Freud e as neuroses atuais	35
1.4.1.1 A neurastenia	37
1.4.1.2 A neurose de angústia.....	38
2 PROBLEMÁTICA: PRESSUPOSTOS À GUIA DE HIPÓTESES E METODOLOGIA.....	40
2.1 Pressupostos a guisa de hipóteses.....	41
2.2 Metodologia.....	42
3 ANÁLISE DOS DADOS TEÓRICOS	44
3.1 O aspecto tópico do sintoma somático: a alteração das instâncias	44
3.2 Economia e dinâmica do sintoma somático: a desfusão pulsional e a derrocada das estratégias significantes.....	51
4 PERSPECTIVAS.....	72
4.1 Neurose atual e sintoma somático	72
4.2 Prazer do órgão e auto-erotismo: o efeito da saturação física.....	75
4.3 Sintoma Somático e estruturas clínicas	79
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
REFERÊNCIAS	90

INTRODUÇÃO

Propomo-nos a tratar, numa perspectiva metapsicológica, de um assunto relativamente novo: o que o psicanalista francês Paul-Laurent Assoun chamou de sintoma somático ou fenômeno sinto(somá)tico. Os sintomas somáticos desafiam a ciência médica e são responsáveis pela criação de novas nosologias. A Medicina comumente distingue este fenômeno das moléstias com que lida habitualmente, devido à ausência de uma causalidade orgânica (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1995). De fato, o sintoma somático concerne ao instante em que o corpo se faz presente, pelo surgimento de uma dor repentina, sem causa aparente.

A perspectiva metapsicológica de que falamos é aquela com que Freud trabalhou. Embora a obra freudiana tenha como pedra fundamental a abordagem clínica (tendo sua origem com o tratamento das histéricas), uma série de hipóteses, conceitos e princípios essenciais foram elaborados, sem os quais seria impossível explicar a experiência clínica. Estas hipóteses se referem à existência do inconsciente e de um aparelho psíquico, dividido em instâncias, e seus demais desdobramentos. Freud se utiliza da metapsicologia quando descreve um processo psíquico no triplo registro: dinâmico, tópico e econômico. Desta feita, podemos dizer que a metapsicologia é uma imposição epistemológica criada pelo seu autor para delimitar cientificamente seu objeto de estudo, emergido de suas observações empíricas.

Tentamos esclarecer algo proposto pelo próprio Assoun (1997a, p. 12) em suas *Lições psicanalíticas sobre Corpo e Sintoma, Tomo 1: Clínica do Corpo*:

Dever-se-ia ter considerado mais seriamente a «invectiva» de Freud: se o inconsciente fosse o «elo faltante» entre o psíquico e o somático? Assim sendo, seria preciso soldar os efeitos deste “inconsciente” em suas duas bordas e re-interrogar a metapsicologia ou o saber do inconsciente, quanto ao corpo, tanto o corpo quanto à metapsicologia¹.

Na pesquisa que empreendemos diferenciamos o sintoma somático daquele com o qual o psicanalista trata cotidianamente: o que é expresso simbolicamente na linguagem, daquele da perspectiva médica e daquele que é de ordem psicossomática.

¹ Todas as citações desta obra de Assoun foram traduzidas por nós.

O sintoma somático: primeiras aproximações

Para Assoun (1997a, p. 6), existe “uma posição do corpo recapturada pelo real² inconsciente, que é irreduzível à sua consideração no orgânico (posição médica do corpo) e à sua redução psicossomática”. Esta posição “recusa a confusão do psíquico com o orgânico”, assim como também refuta sua dissolução no psíquico, pois o real somático está “no cerne da experiência do inconsciente”. Isso implica o que Assoun chama de “impacto físico do real inconsciente”. Trata-se da eclosão de algo “que vai mal no corpo” e mostra certa falha: um “insucesso simbólico”, pois o que acontece no corpo é, irreduzivelmente, físico. Percebemos, assim, que o sintoma somático se revela como um momento físico do processo inconsciente.

Semanticamente, o corpo é concebido segundo os registros “do somático”, do “orgânico” e do “físico”. Tal advém de três fontes gregas: *physis*, soma e *organikos*.

O termo *physis* diz respeito à natureza do corpo: a fisionomia, o traço, porte, atitude. Ele guarda a idéia do “natural da individualidade, sua disposição ou seu estado natural.” Já o termo soma é definido por oposição à psique (a alma). É a matéria, o “objeto tangível – em relação ao que é inapreensível – o corpo sólido, o conjunto ou a massa” (ASSOUN, 1997a, p. 10).

O termo grego *organikos* se refere a um dispositivo instrumentalizado: os órgãos do corpo. Trata-se de uma referência ao corpo considerado como máquina, como dispositivo ou instrumento. A concepção médica do sintoma no corpo compreende este aspecto organicista do corpo. Neste sentido, o sintoma seria, *a priori*, lesão ou disfunção do organismo.

Uma vez que estas acepções dão origem a diferentes deslizamentos de sentido que podem comprometer todo o discurso sobre o corpo, concluímos, portanto, que o real corporal pode ser aprendido por esta tríplice semântica que exige do pesquisador certo cuidado.

Assim sendo, não utilizaremos a terminologia ‘sintoma psicossomático’ ou ‘fenômeno psicossomático’³ por ela ter sofrido, ao longo da história, distintas concepções, quer pelos

² Por real inconsciente, entendemos o impossível, aquilo que não pode ser simbolizado totalmente pela palavra, e que, por isso, “não cessa de não se escrever”. De acordo com a concepção de Lacan no *O Seminário XI*, teríamos que o real é aquilo que escapa à apreensão do simbólico. Como escreve Chemama ainda: “o simbólico, veiculado pelos significantes, permite que o sujeito expulse do campo de sua representação a realidade, esse real que está lá” (CHEMAMA, 1995, p. 182-183).

³ Destaque-se ainda, a referência a estes sintomas como transtornos somatoformes, preconizados pelo DSM-IV, o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1995). Dentro de uma orientação bastante pragmática, reuniram-se em um mesmo grupo, os “transtornos” cujas

discursos médico, psicopatológico e aquele da psicologia, quer por aquele da psicanálise, como mostraremos a seguir. Além do mais, veremos que o sintoma somático deixa transparecer uma concepção monista. De fato, como já foi dito, para Assoun, o Inconsciente é o elo faltante (*missing link*) entre o psíquico e o somático, evidencia o próprio conceito freudiano de pulsão.

Assoun (1997a, p. 94) acrescenta que “a pulsão seria o orgânico agindo psiquicamente”. Para ele, **“o sintoma é primeiramente a escavação de um desvio entre físico e orgânico – muito mais do que entre corpo e mente”** (Grifo nosso). Para tratar do assunto usaremos, como sinônimos, os termos “sintoma somático”, “sintoma físico”, “sintoma no corpo” ou ainda “fenômeno sinto(somá)tico”, equivalentes entre si e ratificadores de uma diferenciação que consideramos importante demonstrar.

Para Assoun, o *momento corporal* do sintoma vem assinalar a derrota das estratégias significantes e inscreve-se como um real, espécie de falência da simbolização. No sintoma somático ocorreria um dessimbolismo ocasionado pela desfusão pulsional. Esta é a “pedra fundamental” da teoria do autor. Dita em outros termos, as pulsões de vida e de morte não estariam trabalhando em conjunto. Assim, na ocasião da eclosão desta patologia no corpo, cada pulsão estaria procurando atingir seu objetivo de forma independente.

Neste trabalho, trataremos das condições que engendram essa desfusão pulsional. Investigaremos o que causa o impacto deste sintoma no sujeito somático, pela consideração das pulsões de acordo com a tese original de Assoun. De fato, em suas críticas à posição médica do corpo e do sintoma, Assoun (1993, 1997, 1997b) denuncia a medicalização e biologização do corpo, que mantêm a organicidade como únicas e constitutivas da corporeidade. Desta forma, ele critica a concepção de que a doença orgânica é a verdadeira doença e que corpo é sinônimo de organismo, visto como um conjunto hierarquizado e organizado de órgãos.

A concepção médica do corpo e do sintoma pode ser associada à Medicina, de um modo geral, ou a um ramo específico da Medicina, que se especializou enquanto Psicossomática. Nascida com Hipócrates, a Psicossomática diz respeito, simultaneamente, ao

principais características são: a) sintomas físicos que sugerem um transtorno orgânico e para os quais não há achados orgânicos demonstráveis ou mecanismos fisiológicos conhecidos e b) uma evidência positiva, ou, pelo menos, uma forte presunção, de que eles estejam ligados a fatores ou conflitos psicológicos.

corpo e ao espírito e, especificamente, à relação entre *psiquê* e *soma*. Ela descreve como as doenças orgânicas são provocadas por conflitos psíquicos.

O ponto de vista da Medicina implica que todo tratamento vise à eliminação do sintoma do sujeito. Assim sendo, em vez de ser percebido como expressão da doença, o sintoma é compreendido como algo sem nenhuma utilidade, como fenômeno diante do qual o doente deve-se livrar o mais rapidamente possível. Esse é o objetivo de todo o tratamento.

Existe, na Medicina, uma distinção importante entre sinal, sintoma e síndrome que esclarece um pouco mais este posicionamento. O sinal seria um dado sensível: a observação, a evidência objetiva de um estado mórbido (LEITE, 1992). Sintoma é qualquer fenômeno ou alteração provocada no organismo por uma doença, e que, descrito pelo paciente, facilita e direciona o estabelecimento de um diagnóstico. A organização de sinais e sintomas em síndromes implica em uma nosografia.

Leite (1992, p. 88) exemplifica didaticamente o que expusemos acima:

Assim, ao ver um indivíduo com pés inchados e olhos amarelados, posso articular uma coisa com a outra e deduzir que a causa de tais manifestações seria um fígado infectado. Teremos, a partir de evidenciações dos sinais, a possibilidade de uma extrapolação simbólica, que seria a articulação da vários sinais no que poderia ser um sintoma. A articulação de vários sintomas e sinais corresponderá à síndrome.

Percebemos aqui que os aludidos sinais dependem única e exclusivamente da percepção e leitura do médico, alguém que possui o arcabouço teórico necessário para interpretá-los. Os sintomas são percebidos pelo sujeito, que os descreve para o médico, conforme os sente e os compreende. Na concepção médica do sintoma, esta é a única participação (diríamos implicação) do sujeito em seu sintoma.

Vale ressaltar que nesta perspectiva, os conhecimentos teóricos vão ajudar a inscrever o sofrimento do paciente no discurso do médico que é quem dá ao sintoma um nome, um sentido e um prognóstico e almeja suprimir a demanda que gerou a consulta. Não raramente, no tratamento analítico, os pacientes somáticos também endereçam a seu analista a mesma demanda e esperam ver seus sintomas (seu sofrimento) inseridos em um discurso inteligível, e até mais **palpável**.

A compreensão de que a saúde é o equivalente de um bom funcionamento dos órgãos gera a percepção de que o corpo é orgânico, isto é, aparato regido por um mecanismo bioquímico e sob o qual repousariam os órgãos.

A Medicina Psicossomática é um tema recente no âmbito mundial, embora seus princípios existam desde os tempos hipocráticos. Dentro dos estudos médicos sobre o sintoma corporal identificamos uma forte corrente que se denomina Psicologia Médica e que merece uma sucinta conceituação. Recorremos a Júlio de Mello Filho para melhor esclarecê-la:

A relativa complexidade destas relações e destes conceitos – pois há uma Medicina Psicossomática e/ou Holística, ou Integral, etc. – se complica um pouco mais ainda quando surge a chamada “Psicologia Médica”, designação proposta na França por Pierre Schneider para este mesmo tipo de interface em Medicina e para seu ensino. Dando um sentido eminentemente prático – seguindo a vertente de Balint na Inglaterra – propõe Schneider que este seja o campo de estudo da relação médico-paciente. Ou “a Psicologia da Prática Médica”, designação ainda mais abrangente proposta por Alonso Fernandez. **Deste modo, a Psicologia Médica vem a ser o todo que contém o particular, a visão psicossomática da Medicina, neste caso.** (MELLO FILHO, 1992, p. 19, grifo nosso).

Para Mello Filho (1992, p. 33) e quase todos os quarenta colaboradores do livro *Psicossomática Hoje, a Psicologia Médica*:

[...] é o braço clínico da concepção psicossomática original, que se apoiou, em seu desenvolvimento, nas teorias básicas da psicanálise, admiravelmente aplicada nos grupos de discussão de tarefa clínica como Michael Balint e colaboradores desenvolveram na Tavistock Clinic de Londres, a partir de 1949.

Todavia, no mesmo texto, reconhecendo a dificuldade de delimitação entre os dois saberes em questão, Mello Filho (1992, p. 34) tenta diferenciá-los: “a Medicina Psicossomática estuda as relações mente-corpo e seu foco é a patogenia. Por sua vez, a Psicologia Médica estuda as relações assistenciais e seu foco é a terapêutica. No primeiro ressalta a questão diagnóstica; no segundo, atuação clínica.”

Acreditamos que as dificuldades de delimitação destes dois saberes comportam empecilhos de cunho epistemológico e questionamentos sobre possíveis dicotomias entre teoria e prática, por um lado, e pelo outro, entre diagnóstico e clínica. Estas se apresentam, para nós, como dignas do maior cuidado. Ademais, a novidade do campo da Psicologia Médica, atestada na própria exposição dos autores referidos, justifica um corte em nosso estudo cujo intuito é o da fixação de limites. Portanto, quando estudarmos o sintoma médico no corpo neste trabalho, utilizaremos apenas a leitura da Medicina Psicossomática, que é mais consolidada e representativa do saber médico.

De fato, o contraste entre o sintoma somático e a posição médica do corpo exige um estudo mais detalhado, um debate necessário para que possamos justificar o ponto de vista de Assoun (1997a, 1997b). É o que faremos no capítulo seguinte.

Feitas tais considerações, gostaríamos de lembrar a capacidade sintética e sistemática de Roudinesco (1998, P. 624) que afirma o seguinte:

[...] na história da psicanálise, diversas correntes da Medicina Psicossomática desenvolveram-se no mundo, inicialmente com George Groddeck, seu principal inspirador, e depois, em torno de Franz Alexander (Escola de Chicago) nos Estados Unidos, Alexander Mitscherlich na Alemanha, e Pierre Marty (1918-1993) e Michael de M'Uzan na França (Escola de Paris).

A autora destaca a relevância desta vertente da Medicina para a psicanálise, pois foi através dela que o saber freudiano se introduziu na Medicina, e, em particular nos grandes serviços hospitalares. Assim iniciaram-se os estudos psicanalíticos psicossomáticos. Além dos nomes citados pela consagrada autora, destacam-se ainda estudos diferenciados como os de Guir (1988, 1997), MacDougall (1991), Nasio (1993) e Laurent (1996)⁴.

Segundo Assoun (1997a, p. 14), os estudos psicossomáticos concretizam uma “redução”, não havendo, portanto, uma teoria que faça um exame “pelo viés do estatuto metapsicológico do Corpo”. De fato, para ele, “por mais diversificadas que sejam – e mesmo especialmente ciosas de suas diferenças – essas respostas jamais perderam de vista essas ‘necessidade’ de complementar a teoria freudiana, ou seja, pensar em um destino da somatização, para além da conversão histérica” (ASSOUN, 1997a, p. 13).

É neste sentido que Assoun retoma a teoria freudiana para demonstrar que, mediante a metapsicologia do Corpo, o sintoma somático pode ser pensado, sem a necessidade de suprir supostas “carências na teoria analítica” (ASSOUN, 1997a, p. 13). Isto implica o estudo da desfusão pulsional, da pulsão de morte, dos desinvestimentos libidinais, dentre outros aspectos que esclarecemos mais adiante.

Tentaremos, agora, delimitar sucintamente nossas primeiras referências entre o sintoma somático e o sintoma expresso na linguagem, este do qual trata a clínica psicanalítica

⁴ Em relação ao termo “psicossomático”, gostaríamos de frisar que é de pleno conhecimento que existe um amplo número de tendências (dentro e fora do âmbito psicanalítico) que demonstram a dificuldade “ou mesmo a impossibilidade de estabelecer um estatuto preciso para a Psicossomática. [...] Existe uma confusão conceitual em relação ao termo Psicossomática, embora isto não seja explicitado, o que possibilita a falsa idéia de que a noção de Psicossomática seja homogênea, quando na verdade não é!” (MELLO FILHO, 1992, p. 94).

‘cotidianamente’. Precisamos lembrar que foi através do sintoma de seus pacientes que Freud pôde construir a hipótese do Inconsciente. Tal se justifica porque ele iniciou seu trabalho se perguntando sobre o sentido do sintoma a partir do enigma trazido pelas pacientes histéricas que elegiam um órgão através do qual seu corpo falava.

Ao ouvir suas histéricas, Freud põe em destaque a idéia de um conflito inconsciente que remete a um desejo de ordem sexual. O corpo da histerica se afasta do corpo da anatomia (FREUD, 1893a) e se aproxima do que concerne à linguagem. È o que mostra Assoun quanto à anatomia imaginária da histeria (1997a, p. 26). O fenômeno da conversão histérica é essencial para entender a distinção entre sintoma com que trabalha o psicanalista e aquele da perspectiva médica.

Em suas *Conferências Introdutórias*, Freud define os caminhos da formação dos sintomas: eles são o resultado de um conflito, implicam uma nova maneira de satisfazer a libido e ocorrem como “atos prejudiciais, ou, pelo menos, inúteis à vida das pessoas. De fato, por vezes, estas últimas deles se queixam: os percebem como indesejados e causadores de sofrimento” (FREUD, 1916-1917b, p. 361).

Assim sendo, para Freud, o sintoma é uma formação de compromisso que poderia ser interpretada. O mesmo não acontece com o sintoma somático. Para Assoun (1997a, 1997b), ele não é uma formação de compromisso, assim como o sintoma histérico. Mas, como assim? Para entender este raciocínio, precisamos avançar um pouco mais em nossa discussão. Deixemos esta resposta em suspenso até o próximo capítulo.

Sobre a perspectiva metapsicológica de Freud

Nossa pergunta de partida é: **o que se passa nos sintomas somáticos?** Para respondê-la, acreditamos ser necessário pensar esse fenômeno clínico através da metapsicologia freudiana. Entendemos por metapsicologia a “parte da doutrina freudiana considerada como a que deve esclarecer a experiência, a partir de princípios gerais, muitas vezes constituídos como hipóteses necessárias, em vez de sistematizações a partir de observações empíricas” (CHEMAMA, 1995, p. 136). A metapsicologia sempre serviu a Freud, para o desenvolvimento da teoria oriunda das observações clínicas.

Freud disse: “proponho que se fale de apresentação *metapsicológica* quando se conseguir descrever um processo psíquico nas suas relações dinâmicas, tópicas e econômicas.” (FREUD, 1915b, p. 186). Assim sendo, a perspectiva metapsicológica concerne a uma descrição minuciosa dos processos psíquicos enfocados sob os pontos de vista: (1) tópico, a sua localização em instâncias psíquicas, (2) econômico, a consideração da distribuição dos modos de investimento libidinal e (3) dinâmico, a perspectiva dos conflitos entre as instâncias psíquicas. É somente quando estes três aspectos são aprofundados que podemos obter a descrição necessária do processo psíquico inconsciente.

Segundo a indicação de Barrocas (2006), visamos verificar como se dão as manifestações do inconsciente: suas diferenças e singularidades no sintoma expresso na linguagem e naquele que é propriamente somático. Além disso, supomos que através deste procedimento, poderemos refutar algumas questões, assim como confirmar outras mais.

A consideração do pensamento freudiano é necessária para entendermos a tese de Assoun (1997a) sobre o tema. Para este, a “brincadeira” histérica com o próprio corpo, desafiando o conhecimento médico-anatômico, é possível, devido a uma “propriedade somática inconsciente” (p. 16). É devido a esta que será possível apreender a diferença entre os aspectos físicos do sintoma somático e o que provém do mundo orgânico.

Trata-se da uma **ação plástica dos processos inconscientes**, ou seja, da possibilidade destes últimos de agirem sobre o corpo do sujeito que padece. Não sobre o corpo orgânico, mas sobre aquele no qual a histeria fomenta sintomas que instituem uma audaciosa anatomia. Referimo-nos ao corpo físico, no qual a geografia corporal é redesenhada para satisfazer as necessidades do sintoma. Eis uma questão nodal da clínica e da metapsicologia.

Tendo em vista o que até agora foi exposto, observamos que a consideração do sintoma somático permite esclarecer a problemática de nossa dissertação: o lugar do sintoma somático distinto dos: (1) sintoma expresso na linguagem, (2) sintoma orgânico e (3) sintoma psicossomático enquanto extensão psíquica de um fenômeno somático.

Com Assoun (1997a, p. 13), percebe-se, assim, que, mediante a metapsicologia do Corpo, pode-se tratar de um assunto novo, sem a necessidade de suprir supostas “carências na teoria analítica”, isto é, sem querer “completar” o pensamento de Freud.

1 O SINTOMA SOMÁTICO E SUAS DELIMITAÇÕES

1.1 O sintoma somático

Para constatar a irredutibilidade do sintoma somático às concepções médica e psicossomática, iniciaremos com a observação do estatuto inconsciente do corpo. Assoun propõe que se reflita sobre qual corpo e qual sintoma a teoria freudiana nos autoriza a falar. Tal empreendimento requer que recuperemos a lógica que Freud encontrou na revelação do estatuto inconsciente do corpo, através do sintoma histérico. Por outro lado precisamos aprofundar a diferença entre o corpo físico e o orgânico. De fato, o que ocorre exemplarmente na histérica, nos permite constatar este outro corpo que pulsa como o “pano de fundo” da figura de um desafio: o corpo físico.

Estamos falando da “anatomia imaginária”, do modo como Assoun se refere àquilo que Freud identificou no seu artigo de 1983 *Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas*. Trata-se de algo com uma atualidade incomensurável, especialmente para nosso estudo.

Na época, Freud encontrou um problema muito semelhante ao que desenvolvemos atualmente. Ele tratava de afecções que não encontravam respaldo em um estudo anatômico-orgânico mais detalhado. A estratégia vislumbrada por ele foi a de descrever as distinções entre as duas classes de paralisia observáveis, percebendo elementos comparativos úteis para a elaboração de uma hipótese que explicasse a natureza da lesão na paralisia histérica.

De fato, no final do século XIX, particularmente sob a influência de Charcot, o debate sobre a histeria estava em voga.

Muitas esquematicamente podemos dizer que a solução era procurada em duas direções: ou, na ausência de qualquer lesão orgânica, referir os sintomas histéricos à sugestão, à auto-sugestão e mesmo à simulação (linha de pensamento que será retomada e sistematizada por Babinski), ou dar à histeria a dignidade de uma doença como as outras, com sintomas tão definidos e precisos quanto, por exemplo, uma afecção neurológica (trabalhos de Charcot). (LAPLANCHE, 2001, p. 211).

Segundo Laplanche (2001, p. 212), até então acompanhado por Breuer, Freud ousou superar o caminho de seu mestre Charcot para “ultrapassar esta oposição”. Freud elaborou

uma etiologia específica para a histeria e deu-lhe o estatuto de doença psíquica. Deste modo, ela não sofreria mais tentativas de enquadres neurológicos e/ou orgânicos, como insistiam aqueles que apostavam na histeria como doença e não enquanto um *teatro* (embora saibamos de todo o dom histérico para a teatralidade).

O ponto de partida da investigação freudiana implicou tanto o histérico quanto aquele paciente com uma lesão orgânica que tinham seu corpo paralisado de fato. Todavia, Freud conseguiu identificar, nestas paralisias, dois conjuntos de traços que são “sinais identificadores da neurose”. O primeiro diz respeito à histeria e à hemiplegia orgânica. Na paralisia histérica, por exemplo, o corpo trabalha em detalhe, fracionadamente. Na hemiplegia orgânica, ao contrário, sintomas como a paralisia dos membros superiores, inferiores e da parte inferior da face, operam em conjunto (FREUD, 1983). A histeria reproduz, muito freqüentemente, somente a paralisia dos membros, ou dissocia as paralisias dos braços e da perna. Este retalhamento se torna surpreendente, pois um membro pode estar completamente entorpecido, enquanto o outro se mostra íntegro em todas suas funções.

O segundo conjunto de traços se refere à intensidade excessiva das paralisias históricas. As anestésias e paralisias históricas são tão profundas e intensas que as lesões orgânicas parecem que “só conseguem reproduzir um pálido esboço”. O histérico se revela como o mais paralítico dos paralíticos e, no momento em que a paralisia histérica se mostra “mais verdadeira do que a natural”, Freud percebe que estas duas classes de sintoma já não parecem tão claramente sobrepostas (FREUD, 1983). Melhor dizendo, algo suspeito paira sobre tal paralisia, algo tenta se mostrar, confessando-se através de murmúrios aos ouvidos do ex-aluno de Charcot.

Estamos aí diante do que Charcot chamou de lesão dinâmica? Eis a pergunta que se fez Freud. Ele questionou o conceito de lesão dinâmica. Todavia, não se sentindo satisfeito com este entendimento, argumentou que uma lesão dinâmica não deixa de ser uma lesão orgânica; elas diferem apenas pela transitoriedade. De fato, “[...] por trás da ‘lesão dinâmica’ está oculta a idéia de uma lesão como edema ou anemia, que são de fato, afecções orgânicas transitórias. Eu, pelo contrário, afirmo que a lesão nas paralisias deve ser completamente independente da anatomia do sistema nervoso” (FREUD, 1983, p. 212). Entretanto, nesse caso, não foi verificado esse acordo com a anatomia, pois “nas suas paralisias e em outras manifestações, a histeria se comporta como se anatomia não existisse, ou como se não tivesse conhecimento desta” (FREUD, 1983, p. 212).

Segundo Assoun (1997a), o fato de Freud não se contentar com a mera semelhança fenomenológica destes sintomas constituiu um verdadeiro salto qualitativo. Embora tais paralisias parecessem semelhantes, Freud não confundiu o físico com o orgânico.

O que tudo isto nos mostra, impondo-se quase como uma revelação, é a distinção entre dois corpos: o corpo real, orgânico, de que trata a Medicina, e o corpo físico. É este último que, contradizendo e menosprezando a anatomia, é capaz de se redesenhar para expressar as necessidades do sintoma, segundo as leis do recalque.

De fato, as observações de Freud nos permitem avaliar que a paralisia histérica tenta copiar seu homólogo orgânico, nem que para isso ela tenha que modificar e/ou contrariar a anatomia de seu corpo real, para produzir, através do efeito plástico do corpo físico, seu sintoma.

Aliás, posso assinalar que a natureza própria da neurose que mencionei, explica de modo muito simples a importante característica da paralisia histérica da perna, para a qual M. Charcot, de acordo com Todd, chamou atenção – ou seja, o fato de que o histérico arrasta a perna como se esta fora uma massa inerte, em vez de executar com o quadril um movimento de circundação, como faz o hemiplégico comum. Na hemiplegia orgânica, a parte proximal do membro sempre está, em certo grau, livre de paralisia; o paciente consegue mover o quadril e utiliza-o para o movimento de circundação que traz a perna para a frente. Mas, na histeria, a parte proximal (o quadril) não goza de tal privilégio, a paralisia é tão completa nela como na parte distal e, por conseguinte, a perna deve ser arrastada inertemente, em bloco. (FREUD, 1983, p. 206).

O que está em jogo, então? Freud conseguiu responder a esta pergunta considerando os estudos de Pierre Janet:

Ele (o paciente) toma os órgãos pelo sentido comum, popular, dos nomes que eles têm: a perna é a perna até a inserção do quadril, o braço é o membro superior tal como aparece visível sob a roupa. Não há motivo para acrescentar à paralisia do braço a paralisia da face. Um histérico que não consegue falar não tem motivo para esquecer que compreende a fala, de vez que a afasia motora e a surdez para a palavra **não estão correlacionadas entre si na concepção popular**, e assim por diante. (FREUD, 1893a, p. 212).

Segundo Assoun (1997a, p. 26), o corpo da histérica se afasta do corpo da anatomia e se aproxima de uma **anatomia imaginária** de ordem histérica. Percebemos assim como a diferença entre o corpo de que a ciência pode falar e aquele expresso na linguagem, torna-se evidente, notadamente, no fenômeno da conversão histérica.

Como já foi dito, o corpo orgânico, o corpo biológico como preferem alguns, obedece às leis da divisão anatômica dos órgãos e dos sistemas fisiológicos e funcionais e constitui um conjunto em funcionamento: o organismo. O corpo psicanalítico obedece às leis do desejo inconsciente em sintonia com a história de vida dos sujeitos em questão.

Ora, se para Freud foi preciso abandonar a fisiologia e a anatomia para explicar o que se passava no corpo da histérica, o que dizer do sintoma somático? O evento da anatomia imaginária é extremamente ilustrativo para tornar palpável, para os leigos ou não, a cisão fundamental entre a concepção organicista de corpo e aquela do corpo físico. Este último, cuja existência causa problema a boa parte da comunidade médica, é que pode ser ‘modificado’ pelos processos inconscientes. É por isto que, geralmente, o sintoma somático só é diagnosticado depois que inúmeros laudos, tomografias, *scanners*, e outros procedimentos mostraram resultados negativos (APA, 2000).

Em relação à distinção entre os dois corpos aludidos, poderíamos dizer o seguinte: só se pode aprofundá-la quando se reconhece que eles não se sobrepõem. É por reconhecer a ‘maleabilidade’ que implica o sintoma no corpo, que Assoun identifica a prerrogativa do sistema Inconsciente, que justifica o fenômeno sinto(somá)tico ou corporal. Trata-se do **efeito plástico do ato inconsciente sobre os processos somáticos**. Tal implica também o que Assoun chama de derrota das formações inconscientes clássicas. **O sintoma somático não configura uma formação do inconsciente, tal como o sonho, o ato falho ou um chiste.**

São formações do inconsciente os atos falhos e os lapsos, os mecanismos psíquicos dos processos primários, tais como o deslocamento, a condensação e o simbolismo de que Freud fala em *A interpretação de sonhos* (1900). Todos esses fenômenos são equivalentes aos sintomas, pela sua estrutura de compromisso e pela sua função de “realização de desejo”. Por que acontece assim no sintoma somático? Considerando, com Assoun, que o sintoma físico é uma espécie de falência da simbolização, evidencia-se uma relação particular com o real, em oposição às formações do inconsciente.

Admitindo-se, portanto, a possibilidade de que nem sempre o corpo esteja vinculado ao sistema significante, abre-se a possibilidade de pensar o sintoma somático como uma descarga, um excesso (talvez) que, atravessando o aparelho psíquico, não se organiza necessariamente a partir da lógica da representação. Trata-se do intercruzamento com as questões do destino do afeto e das pulsões de morte que serão abordados em nossa investigação metapsicológica nos capítulos seguintes.

Como dissemos, Assoun também afirma que o fenômeno sinto(somá)tico equivale a uma derrota das estratégias significantes. Porque o termo ‘derrota’? Ele nos lembra a idéia de que alguma coisa estava para acontecer, ou melhor, iria acontecer, mas por alguma eventualidade, não pôde ocorrer. Sem dúvida, algo aconteceu que não possibilitou que um ato falho, sonho ou mesmo um sintoma pudesse permitir a expressão dos desejos inconscientes. Talvez houvesse qualquer coisa de outra ordem, mais violenta ou urgente para o sujeito em questão.

Na verdade, para Assoun, o sintoma somático seria a forma ‘animal’ de expressão da falta e da dor, um retorno à linguagem da necessidade, mais afetada forma da demanda, que recai sobre o corpo. “O sintoma físico seria situável num extremo, no lugar em que, alguém do falasser, ressurgem a animalidade. Momento físico onde, [...] precisamente, no limite – encarnado – da linguagem, o sujeito se ‘precipita’ em demanda ao Outro.” (ASSOUN, 1997a, p. 101). A linguagem da necessidade revela uma predominância do processo primário no sintoma físico, uma verdadeira transposição do registro do prazer para o da necessidade⁵.

Por fim, gostaríamos de fazer uma ressalva no que diz respeito a este a-simbolismo ou dessimbolismo, espécie de falência da simbolização concernente ao sintoma somático. Este fenômeno tem uma função distintiva primordial: não deve servir para afirmações e/ou conclusões de que não há um sentido no sintoma somático. Trata-se de um debate que exige muita cautela, como demonstraremos a seguir.

1.2 A diferença entre o sintoma somático e a idéia psicossomática de um prolongamento psíquico do evento somático

Para Assoun (1997, p. 14), os estudos psicossomáticos concretizam uma “redução” quanto ao sintoma corporal, eles não procedem a um exame “pelo viés do estatuto metapsicológico do Corpo”. Qual é o estatuto desta redução? O termo “Psicossomática” surgiu a partir do século XIX e foi introduzido na Medicina por Helmholtz, em 1818. Ele tinha, naquela ocasião, o sentido de designar as doenças somáticas cuja etiologia era explicada pelos fatores mentais. Na mesma época, em 1918, J. C. Heinroth também falou sobre a Psicossomática e criou a expressão somatopsíquica, em 1928. O movimento em torno da

⁵ Acreditamos que tais questões só podem ser explicitadas por ocasião de uma consideração mais aprofundada sobre os aspectos econômicos e dinâmicos envolvidos no sintoma no corpo. Tal será feito posteriormente.

Psicossomática só se consolidou, contudo, em meados do século XX, com Franz Alexander e a escola de Chicago (MELLO FILHO, 1992).

Vale destacar o papel de Alexander e de sua escola na contribuição sobre o tema. Em 1929, ele se fixou em Chicago, onde elaborou estudos que relacionavam a doença com os perfis de personalidade. A título de ilustração reproduziremos sua descrição do tipo de paciente coronariano:

(Trata-se) geralmente (de) uma pessoa permanentemente batalhadora, com grande controle e persistência, visando ao sucesso e à realização. Ele planeja a longo prazo; tem freqüentemente uma aparência distinta. Ele exibe um alto grau do que Freud chamou de ‘princípio da realidade’, a capacidade de adiar e subordinar ações a objetivos a longo prazo. (ALEXANDER, 1950 *apud* CASETTO, 2006, p. 126-127).

Interessa destacar que o próprio Alexander chegou a fazer uma crítica a estas observações, alegando que não foram obtidos dados estatísticos comprobatórios. Assim sendo, posteriormente ele remodelou suas observações e dedicou-se ao estudo dos estados emocionais e, mais especificamente, dos **tipos de conflitos** que seriam determinantes na formação da sintomatologia. Sua idéia era que, sendo reprimidos, os estados emocionais provocariam a cronificação de alterações fisiológicas que normalmente acompanham as emoções, alterações que se regularizam quando tais emoções expressam-se e se desfazem. (ROUDINESCO, 1998; CASETTO, 2006).

O que podemos dizer, quanto a tal abordagem, é que, embora Alexander tenha substituído a relação entre a doença e os tipos de personalidade por tipos de conflitos, a problemática sobre o tema permaneceu a mesma, pois Alexander partia de uma delimitação médica da doença, que, após isolada, era relacionada a tipos específicos de conflitos. Todavia, não existia espaço para uma concepção individualizada do sintoma. Este não seria percebido como aquilo de mais individual que poderia haver no sujeito, pois todos aqueles que padeceriam, por exemplo, de asma brônquica, seriam correlacionados ao mesmo conflito. É por isso que Casetto (2006, p. 128) afirmou que “bem mais distante da concepção de Groddeck, portanto, que propunha a decifração de cada um dos doentes, a medicina psicossomática⁶ é uma psicossomática da doença”.

⁶ Alexander é incluído, por alguns autores, na história da medicina psicossomática, assim como outros o incluem também na psicossomática psicanalítica.

Neste ato inaugural de Alexander⁷ estaria a origem de todo um estudo das **tipologias de caráter** dos sujeitos psicossomáticos. Assoun, entretanto, se mostra contrário a tais tipologias. De fato, este disse:

O ponto de vista freudiano recusa, nesse sentido, a crença em entidades psicossomáticas, das quais se deduziria alguma tipologia relativa a seu caráter. Não existe conflito-tipo asmático, de ulceroso ou de alérgico – restos de uma crença no tipo psico-orgânico. O que deve ser questionado é a escolha do órgão – respiratório, intestinal ou dérmico – que vai organizar a estratégia sintomática em torno de um *leit motif*. Nessa anatomia da dor, deveríamos reconhecer a antiga geografia da erogeneidade, tanto mais que o ponto de vulnerabilidade traumática, ponto de impacto da desfusão pulsional. (ASSOUN, 1997a, p. 82).

Que Alexander tenha enveredado por esta tipologia, é compreensível. Afinal, ele foi o precursor de uma nova área e agiu sob influência dos estudos de personalidade, bastante em voga na sua época, principalmente no território americano. O que se contesta, analiticamente falando, são certos desdobramentos atuais do que Alexander iniciou, onde se tenta, ainda, fomentar uma concepção tipológica semelhante.

O que não deve ser esquecido, contudo, é o mérito dos estudos psicossomáticos: atribuir aos sintomas algo específico do corpo, distinto do que já se atribuía à histeria, por exemplo. Isto não deve ser esquecido. De fato, mesmo sendo sintomas que *escolhiam* o corpo para se expressar, esses não eram da mesma ordem que aqueles da conversão. Percebendo esta especificidade, diversas vertentes Psicossomáticas surgiram, também dentro da teoria analítica, como as de Guir (1988, 1997), MacDougall (1991), Marty (1993), Nasio (1993), Laurent (1996), dentre várias outras. Já havia a influência analítica também nos percussores Groddeck, Alexander e Ferenczi⁸, geralmente considerados como pertencendo à vertente da Medicina Psicossomática.

Para Assoun, entretanto, todas estas abordagens tentam explicar o sintoma somático como um prolongamento do psíquico. Confundindo-se, aí, o Inconsciente com a psique, imagina-se um complemento para o inconsciente. Por isto, Assoun considera as aludidas abordagens um reducionismo. A idéia de uma extensão psíquica do Corpo não se sustenta

⁷ Apesar de algumas influências de Ferenczi, juntamente com Groddeck, Alexander pode ser considerado como pioneiro nos estudos mais ilustrativos sobre o sintoma somático. Groddeck não será abordado aqui. Sua obra merece um destaque todo especial que esperamos concretizar no futuro. Todavia, vale citar algo que resume bem o reconhecimento de Freud a Groddeck: Oscar Pfister escreveu que, após a publicação do *livro do Isso*, Freud teria declarado: “Groddeck decerto tem quarto quinto de razão quando atribui a doença orgânica ao Isso.” (CASETTO, 2006, p. 138).

⁸ Estes três foram contemporâneos de Freud e mantiveram, com ele, larga correspondência em que comentavam sobre suas teorias e descobertas (ROUDINESCO, 1998).

epistemologicamente, isto é, pela metapsicologia. Com efeito, “o sintoma é primeiramente uma escavação de um desvio entre físico e orgânico – muito mais do que entre corpo e mente” (ASSOUN, 1997a, p. 28). Assim como acreditamos que Freud tinha um posicionamento monista a respeito do assunto⁹, acreditamos que Assoun o tem, igualmente.

O pensamento de Fernandes se faz no mesmo sentido em que trabalha Assoun: **“não se pode [...] postular uma relação de causalidade direta entre o psíquico e o somático**, tal como supõe certa leitura da Psicossomática, nem tampouco restringir a complexidade dessas relações à questão da representação do corpo.” (FERNANDES, 2003, p. 83, grifo nosso).

Além de considerar que o Inconsciente é o elo faltante entre o psíquico e o somático, Assoun (1997a, p. 94) evita a identificação do Inconsciente psicanalítico com a psique. Como já foi dito, ele comprova a concepção de Freud sobre a pulsão: “conceito limítrofe entre o psíquico e o somático” e acrescenta, a este propósito: “a pulsão seria o orgânico agindo psiquicamente”.

Anteriormente, afirmamos que o sintoma somático sendo a-simbólico, não devia servir a afirmações e/ou a conclusões de que não há um sentido aí. Dissemos, também, que tal idéia produzira efeitos na Psicossomática que exigiam cautela. Tratemos desta questão agora, através da perspectiva de Assoun.

Começamos por dizer que mesmo com seus diferentes pontos de vista, os psicanalistas da Psicossomática firmaram-se em alicerces, ousaríamos dizer, comuns: a) afirmar a especificidade do sintoma psicossomático em relação ao sintoma conversivo e o sintoma neurótico em geral e b) questionar a ausência de sentido destes sintomas, sem que se trate de um sentido equivalente ao sintoma conversivos e/ou neurótico: “segundo uns, a doença teria um sentido a ser interpretado; segundo outros não teria sentido algum; conforme terceiros, a doença apresentaria uma demanda de sentido, um sentido a ser construído *a posteriori*.” (CASETTO, 2006, p. 136). Acreditamos que estes primeiros autores de que fala Casetto são, principalmente, Groddeck e Alexander, e que os terceiros se aproximam das concepções de MacDougall (1991) e de Christopher Dejours.

Pierre Marty é situável na segunda posição. Ele, juntamente com Michel de M'Uzan, em 1962, quanto aos pacientes somáticos, propuseram a noção de *pensamento operatório*. Resumidamente, tratava-se de um modo de pensamento consciente que parecia despojado de qualquer metáfora, ou seja, do processo simbólico: “Ligando-se esse pensamento, contudo, a

⁹ Para maior aprofundamento desta questão, consultar Aguiar (2004).

coisas, e não a conceitos abstratos, a produtos da imaginação ou a expressões simbólicas, sugere a precariedade de conexão com as palavras e sugere assim um processo de desinvestimento das palavras”. Uma suposta “carência funcional das atividades fantasmáticas” acompanhava a vida destes indivíduos. Em termos estruturais¹⁰, “o PO [pensamento operatório] não utiliza mecanismos mentais neuróticos ou psicóticos” (MARTY, 1993, p. 17).

Assim sendo, os pacientes psicossomáticos usariam a fala, mais para se livrar de tensões do que para significar suas experiências: “as trocas que eventualmente faziam dos nomes das coisas, que seriam lidas como atos falhos, resultavam de fato de uma ‘redução da capacidade de retenção da descarga motora’ (CASETTO, 2006, p. 129).

Há certa ‘semelhança’ entre o sintoma somático, aquilo que é a-simbólico segundo Assoun, e o pensamento operatório de Marty. Assoun, porém, refuta qualquer hipótese de ‘carência fantasmática funcional’, como podemos ver a seguir. Ele justifica sua idéia pela metáfora do papel de ‘marca-ponto’, com que compara a extenuação do fantasma sexual na vida dos pacientes ditos “psicossomáticos”.

Em uma peça teatral, o marca-ponto é aquela pessoa que fica por trás da cortina e é responsável por ‘soprar’ o texto para os atores, em caso de esquecimento das respectivas falas. O que acontece, então, naquilo **que se repete na, assim chamada, extenuação fantasmática dos pacientes ditos ‘psicossomáticos’?** (ASSOUN, 1997a) Em um nível de cronicização ocorre da voz deste *marca-ponto fantasmático* se esvanecer:

[Ela torna-se] quase inaudível, a ponto de fazer as testemunhas acreditarem que tais sujeitos perderiam a capacidade de fantasiar¹¹ (*phantasmation*). Tal acontece como se o inconsciente entregasse aos sujeitos um certificado de capacidade para fantasiar (*phantasmer*), uma capacidade desigualmente repartida e suscetível de desgaste!... Se tais sujeitos dão essa impressão – o que seria ingênuo aceitar – de não mais fantasiarem, se é verdade que eles solicitam de outra forma a atividade onírica, não é porque eles estejam espoliados de um imaginário como de uma graça criadora qualquer. **O que acontece é que eles trocaram a estrada do destino, simbolizado, do fantasma – o das ‘formações inconscientes’ por uma outra: aquela de pôr em ato o fantasma no e pelo corpo. Trata-se de outro destino da ‘letra’, talvez, como veremos, o mais radical.** (ASSOUN, 1997a, p. 56, grifo nosso).

¹⁰ Ver discussão sobre sintoma somático e estrutura em nosso capítulo 5, Leitura dos dados analisados e Perspectivas.

¹¹ Preferimos o termo do vernáculo ‘fantasiar’ do que forçar a tradução de *phantasmer* para fantasmarmos.

Assim concebido, o sintoma somático é um ‘pensamento’ que o corpo sugere ao fantasma e tem como grande função disfarçar o que o criou. Isto se relaciona com a desfunção pulsional que provoca a ação do fantasma no corpo. Voltaremos a este assunto mais adiante. O importante, no momento, é enfatizar bem a diferença da tese de Assoun em relação às teorias chamadas de psicossomáticas.

Todavia, não devemos deixar de assinalar que Marty (1993) se coloca contrário a idéia de Alexander de uma Psicossomática específica para cada doença, isto é, que respeita a individualidade de cada sintoma e é constituída a partir da história de vida. Isto constitui já um grande avanço da Escola de Paris em relação à concepção inicial da Escola de Chicago. Trata-se, aqui, de uma conquista que a psicanálise jamais deve perder, se quiser continuar a se distinguir da concepção médica do corpo.

A partir da década de 70, Marty chamou de mentalização o processo de derivar psiquicamente as excitações. A mentalização não é uma capacidade distribuída igualmente entre os todos os indivíduos. O autor estabelece o seguinte paralelo: “a melhor defesa para o organismo são as boas mentalizações” (MARTY, 1993, p. 25). As pessoas com menor mentalização, têm mais probabilidade de somatizar¹². Trata-se, porém, de uma relação de prolongamento entre o psíquico e o somático que Assoun considera discutível:

O verdadeiro nervo clínico do problema é o de ter como meta o centro de gravidade somática do processo inconsciente – e neste ponto, há em Freud, como que um tempo de espera e de suspensão, que obrigava a reexaminá-lo na perspectiva pós-freudiana. Mas esse reexame foi feito [pela psicossomática], **não pelo viés do estatuto metapsicológico do corpo** – com o risco de pensar em sua excentricidade – **mas** tentando ‘circundar’ o corpo inconsciente pelas indisposições do corpo visceral (tão determinante em Alexander) – e psicológico – **aquele da psique afetada pelo sintoma somático**. (ASSOUN, 1997a, p. 14, grifos nossos).

Eis a crítica de Assoun a este respeito: criou-se uma nova teoria para abarcar os sintomas somáticos, apêndice desnecessário que fomentou a idéia do sintoma ‘psicossomático’ como um prolongamento do psíquico no somático. Esta idéia é oriunda do dualismo refutado por Assoun, porque, como já foi dito, na sua concepção, **o Inconsciente é o missing link, o elo faltante entre o psíquico e o somático**¹³. De fato, “a metapsicologia

¹² Marty desenvolve também, na última fase de sua obra, uma nosologia psicossomática. Não nos deteremos nesta questão, por conta dos limites deste estudo. Para maior aprofundamento, pode-se consultar o próprio Marty (1993).

¹³ Frase freudiana dirigida a Groddeck na correspondência que Freud estabelecia com aquele (FREUD, 1917 apud ASSOUN, 1997a, p. 12).

freudiana se encontra muito bem equipada para produzir esse efeito clínico, sem as emendas de uma montagem teórica ‘psicossomática’ (ASSOUN, 1997a, p. 18).

1.3 A diferença entre o sintoma somático e o sintoma médico do corpo

Segundo Assoun (1997a, p. 6), a distinção entre estes dois discursos sobre o sintoma se pauta na tentativa de recuperar a “irredutibilidade do físico ao orgânico, distinção que se torna visível através da clínica do corpo”. Para entendermos um pouco do que seria o sintoma no corpo na concepção médica, retomaremos nossa discussão inicial sobre o DSM-IV¹⁴, principal manual de referência não somente para os médicos, mas também para alguns psicólogos. Realizaremos um confronto das idéias de Assoun com aquelas do DSM-IV.

O DSM-IV refere o sintoma somático aos transtornos somatoformes. Estes são caracterizados pela “presença de sintomas físicos que sugerem uma condição médica geral (daí o termo somatoforme), porém não são completamente explicados por uma condição médica geral, i.e., pelos efeitos diretos de uma substância ou por outro transtorno mental”. (APA, 2000, p. 425). Os sintomas somatoformes estão subdivididos em sete categorias: transtornos de somatização, transtorno somatoforme indiferenciado, transtorno conversivo, transtorno doloroso, hipocondria, transtorno dismórfico corporal e transtorno de somatização. Este último é nomeado sem qualquer especificação.

Ressalte-se que a histeria, categoria sobre a qual Freud tanto tratou, e que mostra uma sintomatologia e uma etiologia próprias, foi retirada deste manual. O transtorno de somatização é referido como o que “historicamente [foi] chamado de histeria”, enquanto o transtorno conversivo, que deveria fazer referência à histeria, simplesmente não o faz. Afirma-se, apenas, que “se presume uma associação de fatores psicológicos com os sintomas ou déficits” (APA, 2000, p. 425-426).

O que é paradoxal é a afirmação de que “não existe uma condição médica geral diagnosticável que explique plenamente os sintomas físicos”. De fato, como suspeitamos, não há um diagnóstico ‘diferencial’ que permita distingui-lo das demais patologias.

¹⁴ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders da American Psychiatric Association (APA).

Fica claro então que, na Medicina, o diagnóstico de tais doenças é realizado pela exclusão: quando a doença não encontra respaldo em exames investigativos e laboratoriais que constatem uma causalidade orgânica, levanta-se a hipótese de ‘presumir uma associação de fatores psicológicos’ (APA, 2000), ou seja, uma causalidade psíquica. A ciência médica, porém, não é capaz de dar conta dos fenômenos em que *não* há uma clara etiologia orgânica. Esses casos são geralmente encaminhados aos profissionais que trabalham a etiologia psíquica. Patrick Valas (1997, p. 70) ilustra este problema, partindo de um ponto de vista bastante incisivo:

Evidentemente a medicina, com razões de seu discurso, não suporta mostrar-se ignorante no seu campo exclusivo: por isso ela prefere, mas por tempo limitado, afastar de suas operações as doenças que escapam à sua ação. Este movimento de vaivém pôde ser sempre observado em sua história.

Embora, nos transtornos de somatização, se observem múltiplas e recorrentes queixas, “cl clinicamente significativas”, os resultados dos testes laboratoriais, em nada ilustram o que de subjetivo existe aí (APA, 2000). Quando Assoun (1997 a, p. 11) afirma que “o modelo do sintoma corporal é o dano corporal, instituído como ‘paradigma’”, ele considera o que falta à perspectiva médica.

A concepção médica de que a saúde é o equivalente de um bom funcionamento dos órgãos, faz perceber o corpo somente como **orgânico**, isto é, um aparato regido bioquimicamente, sob o qual repousam os órgãos. Trata-se de um corpo que se resume a um conjunto organizado e hierarquizado de órgãos. Para Assoun, na Medicina, portanto, a verdadeira doença seria a doença orgânica, “aquela que se vê ao primeiro olhar – por auscultação – ou, ao último olhar, através de dados: no *scanner*” (ASSOUN, 1997a, p. 11).

Quando surge uma dor intempestiva, com causas desconhecidas que trazem vários prejuízos sociais, pode-se suspeitar, então, que o corpo do sujeito tem também outra vida que parece “desafiar” o que há de orgânico em si, para “*dar-lhe sua verdadeira significação*”. Deste resto, o médico fará espontaneamente um fator... psicológico” (ASSOUN, 1997a, p. 11).

Sob o ponto de vista médico, o tratamento almeja a eliminação do sintoma. A **expressão subjetiva da doença**, assim, é compreendida como algo sem nenhuma utilidade; algo que não fará falta nenhuma e de que se deve livrar o mais rapidamente possível. Pelo contrário, na psicanálise, acredita-se que o sintoma sustenta um desejo, embora, para o doente, este só pareça sofrimento. Trata-se de uma contradição aparente que a psicanálise

sabe explicar e demonstrar na clínica. De fato, pela introdução do inconsciente freudiano, recusa-se todo dualismo e se abrem perspectivas “cl clinicamente decisivas” para além do discurso organicista e de suas “superstições” psicológicas e funcionalistas¹⁵ (ASSOUN, 1997a).

A classificação destes sintomas diversos como “transtornos” de única categoria se fundamenta mais na “utilidade clínica”: “em uma necessidade de excluir condições médicas gerais ocultas ou etiologias induzidas por substâncias para os sintomas físicos, do que em premissas envolvendo uma etiologia ou mecanismo comum” (APA, 2000, p. 425).

Em vez de encontrar respaldo num viés de relação natural que o corpo estabeleceria com os objetos que o cercam, a psicanálise instiga a pesquisar sobre o que é habitado pela linguagem. Trata-se, aí, do corpo do pecado, segundo alguns, ou do corpo da dor, das amarguras, das paixões, que em nada se assemelha ao corpo da anatomia. Com efeito, o homem não é uma máquina perfeita, completa e acabada, que sofre, em alguns momentos de falhas de funcionamento.

Podemos concluir, destarte, que a proposta de Assoun (1997a, p. 16) se configura como um campo legítimo da psicanálise, isto é, campo do inconsciente pelo prisma da sexualidade:

[...] [De fato] a experiência analítica implica, para além da função biológica esta espécie de ação interna do sexual em toda manifestação corporal – o que as ânsias pulsionais e o interesse narcisista traduzem. É pelo sexual que se desmembram os dois destinos do somático: o orgânico e o físico.

1.4 A diferença entre o sintoma somático e o sintoma expresso na linguagem: uma perspectiva metapsicológica

A diferença entre o sintoma somático e aquele com que o psicanalista trabalha cotidianamente, o que é posto em palavras, isto é, é expresso simbolicamente, requer uma consideração metapsicológica. Tentaremos ilustrar a questão, tal como Assoun a anuncia, de acordo com o pensamento de Freud.

¹⁵ Assoun (1997a, p. 11) também critica a visão de doença funcional, aquela que afirma que o sintoma somático seria uma disfunção que não afeta um órgão determinável, pois não acarretaria lesão: “esse desejo da explicação orgânica que remete ao *mistério* de uma ‘disfunção’, sem afetar um órgão determinável.”

Freud já formalizara a descoberta de que os sintomas dos pacientes histéricos estavam relacionados com as experiências vividas e não com uma lesão somática ou funcional. Ele afirma tal, muito claramente, na abertura de sua conferência *O Sentido dos Sintomas*:

Na última conferência, expliquei-lhes que a psiquiatria clínica atenta pouco para a forma externa do conteúdo dos sintomas individualmente considerados, que a psicanálise, entretanto, valoriza precisamente este ponto e estabeleceu, em primeiro lugar, que os sintomas têm um sentido e se relacionam com as experiências do paciente. (FREUD, 1916-1917e, p. 265).

Freud realiza, assim, algo inédito. Até então, a histeria era muito estudada por profissionais da psiquiatria, dentre os quais se destacam as idéias de Breuer e de Charcot no que se refere aos primórdios da psicanálise freudiana. A estes dois atribuímos as primeiras influências e os primeiros rompimentos com o discurso médico da época no que diz respeito ao conceito de sintoma.

Nos *Estudos sobre a histeria*, Freud, em parceria com Breuer, inicia um distanciamento de Charcot. Este último teve o mérito de iniciar um método de classificação que distinguia a crise epilética da crise histérica e permitia à doente histérica se livrar da alcunha de dissimuladora. Roudinesco afirma que Charcot fez da histeria uma doença nervosa e funcional, de origem hereditária e orgânica. Ela relembra ainda, que o médico fez uso da hipnose, para distinguir a histeria, de uma vez por todas, da simulação (acusação constante dentro do meio científico). O médico adormecia, então, as mulheres e “fabricava sintomas histéricos experimentalmente, fazendo-os desaparecer imediatamente, provando assim o caráter neurótico da doença.” (ROUDINESCO, 1998, p. 110).

Ao invés de apenas descrever os ataques histéricos e, qual num espetáculo, apresentá-los à comunidade científica, Freud inaugura a perspectiva de explicar os sintomas. Assim, a histeria foi por ele reinterpretada, sua etiologia pautada na sexualidade e no inconsciente.

Freud mostrou o papel da fantasia¹⁶ na formação dos sintomas. No texto *Os caminhos da formação dos sintomas*, ele propõe a seguinte definição para “fantasia”:

[...] [Trata-se da] atividade psíquica, segundo a qual todas as fontes de prazer e todos os meios de adquirir prazer, aos quais se renunciou, continuam existindo sob uma forma que os põem ao abrigo das exigências da realidade e daquilo que denominamos ‘prova de realidade’ (FREUD, 1916-1917b, p. 373-374).

¹⁶ O termo ‘fantasia’ é aquele que Freud utilizou para aquilo que os lacanianos costumam chamar de ‘fantasma’.

Interessa-nos enfatizar, nesta passagem, a indicação de que a fantasia é a atividade substitutiva de uma realização pulsional abandonada. O fato de esta se referir a uma experiência de satisfação não deixa de implicar a noção freudiana do **sintoma como “satisfação substitutiva”**. Como a fantasia relativa ao desejo, todo sintoma pode ser lido, decifrado. Na verdade, trata-se de uma forma de realizar a fantasia, mas acarretando consigo um obstáculo. O sintoma neurótico é, assim, uma formação de compromisso entre as exigências da realidade (do eu ou do supereu) e os desejos inconscientes. Ele se expressa, de forma figurativa, como “mal-estar”, aquilo que as fantasias representam enquanto satisfação da pulsão.

Ademais, “as fantasias possuem realidade psíquica, em contraste com a realidade material. É só gradualmente que aprendemos a entender que, no mundo das neuroses, a realidade psíquica é a realidade decisiva.” (FREUD, 1916-1917b, p. 370).

O “mal-estar” aludido acima pode parecer contraditório com a idéia de uma satisfação substitutiva. Todavia, o sintoma repete uma forma de satisfação anterior, distorcida pelo processo de recalque por ele transformada em uma sensação de sofrimento. Assim, “o sujeito sente a suposta satisfação como sofrimento e se queixa dele. Essa satisfação é função do conflito psíquico sob pressão, do qual o sintoma veio a se formar.” (FREUD, 1916-1917b, p. 368).

Resumamos enfim: para a psicanálise, o sintoma é um “fenômeno subjetivo que constitui [...] não o sinal de uma doença, mas a expressão de um conflito inconsciente” (CHEMAMA, 1995, p. 203). Diferentemente do que acontece na concepção médica, na psicanálise original (aquela de Freud), considera-se que o sintoma é expressão de uma realização de desejo. Trata-se de uma formação de compromisso, tal como aquela do sonho, por exemplo.

O sintoma psicanalítico é efeito do recalque. Deste último, ele carrega as exigências defensivas. O que se expressa, então, enquanto recalcado, é um desejo inconsciente que, de outra forma, seria insuportável para o sujeito, insuportável para ser elaborado conscientemente. O sintoma, destarte, revela primordialmente, o resultado de um conflito intersistêmico.

Conflito psíquico também há no **sintoma somático**, mas este carrega uma marca diferencial importante. Para explicá-lo, tomemos como exemplo o sintoma conversivo. Ele

está presente na estrutura histérica e também usa o corpo como lugar de “expressão”. Trata-se do sintoma *sui generis* da psicanálise, a grosso modo.

O histérico faz do corpo uma metáfora. No sintoma conversivo, temos um corpo de representação. Aí, as pulsões de vida e de morte trabalham conjuntamente para expressarem simbolicamente, o conflito em que se encontra o sujeito. Não é o corpo que fala, entretanto. Falam através dele, as representações recalçadas.

Tal não é o que se passa no sintoma no corpo, pois o sintoma somático é a-simbólico. Segundo Assoun (1997a), este dessimbolismo é ocasionado pela desfusão pulsional. Em outros termos, as pulsões de vida e de morte não estariam trabalhando em conjunto, tal como esclarece Laplanche no verbete fusão-desfusão de seu dicionário: “Cada uma estaria procurando atingir seu objetivo de forma independente” (LAPLANCHE, 2001, p. 206).

O termo desfusão pulsional foi usado por Freud na sua última teoria das pulsões para descrever as relações das pulsões de vida e das pulsões de morte. A grosso modo, na teoria analítica, a pulsão seria a energia fundamental do sujeito, força necessária ao seu funcionamento. Por se apresentar de muitas formas, é conveniente falar de pulsões, em lugar de pulsão. Na psicanálise, as diferentes pulsões foram reunidas em dois grupos, que fundamentalmente se confrontam: as pulsões de vida e as pulsões de morte. “Desta oposição nasce a dinâmica que suporta o sujeito, ou seja, a dinâmica responsável por sua vida.” (CHEMAMA, 1995, p. 177). A desfusão seria um processo que, levado ao extremo, redundaria num funcionamento separado das duas espécies de pulsões, em que cada uma procuraria atingir o seu objetivo de forma independente.

Como foi dito anteriormente também, o **sintoma somático é o impacto físico de real inconsciente**. Entendemos por real, o impossível, aquilo que não pode ser simbolizado totalmente pela palavra, e que, por isso, “não cessa de não se escrever”. Ou seja, trata-se daquilo que escapa à apreensão do simbólico, como escreve Chemama (1995, p. 182-183): “O simbólico, veiculado pelos significantes, permite que o sujeito expulse do campo de sua representação a realidade, esse real que está lá.”

O real é sempre aludido pela negativa: seria aquilo que, carecendo de sentido, não pode ser simbolizado, nem integrado imaginariamente. Na metapsicologia, trata-se da base pulsional do *isso*, sob a qual se organiza o aparelho psíquico.

Não seria exatamente isto que indica Assoun, quando nos mostra que o sintoma físico é a-simbólico? Ele mostra a relação do sintoma somático com o real não ordenado pelo

simbólico e em oposição às formações do inconsciente: os atos falhos, os lapsos, por exemplo, equivalentes aos sintomas pela sua estrutura de compromisso e pela sua função de ‘realização de desejo’.

Todas estas formações resultam dos mecanismos do deslocamento, da condensação e do simbolismo, constitutivas do processo primário. Uma vez que o sintoma somático não está ordenado pelo simbólico, fazemo-nos estas perguntas: que implicações surgem ao se considerar o sintoma somático um efeito de uma desfusão pulsional? Existem alterações no aparelho psíquico, topológica, econômica e dinamicamente falando?

Para Assoun, só uma investigação metapsicológica é capaz de mostrar a singularidade do sintoma somático. Mas há outra característica que demarca bastante a diferença entre o sintoma expresso na linguagem e o sintoma somático: **este apresenta uma plasticidade que aquele não possui.**

Para entendê-la é necessário considerar **a quinta característica que Assoun acrescenta ao sistema Inconsciente.** Retornemos ao pensamento de Freud para aprofundar o de que se trata. O Inconsciente, em um sentido sistemático, é visto como uma instância psíquica independente e com leis próprias de funcionamento. Em seu texto *O Inconsciente*, Freud fala sobre quatro características do aludido sistema.

A primeira é **a isenção de contradição mútua:** ou seja, representantes pulsionais distintos podem conviver sem maiores problemas. Freud afirma também o seguinte:

Quando dois impulsos carregados de desejos, cujas finalidades são aparentemente incompatíveis, se tornam simultaneamente ativos, um dos impulsos não reduz ou cancela o outro, mas os dois se combinam para formar uma finalidade intermediária, um meio-termo (FREUD, 1915b, p. 191).

Existe, portanto, uma ausência de contradição entre os representantes pulsionais. Se dois desejos são incompatíveis do ponto de vista da consciência, eles não se eliminam, pelo contrário, se combinam para atingir seu objetivo.

A segunda característica do Inconsciente é o **processo primário de mobilização de investimentos.** No processo primário, a energia psíquica tende a se escoar livremente, passando de uma representação para outra, procurando a descarga do modo mais rápido e direto possível, enquanto, no processo secundário, essa descarga é adiada de modo a possibilitar um escoamento controlado. Por isso, prevalece no Inconsciente uma mobilidade muito maior das intensidades de investimento que no sistema Pcs-Cs. Este sucessivo deslizar

de investimento, de uma representação para outra, confere ao processo primário o caráter aparentemente absurdo tal como acontece nos sonhos, por exemplo.

A terceira característica do sistema Inconsciente é a **intemporalidade**, ou seja, a ausência de noção ou ordenação temporal sobre os conteúdos deste sistema. Como não existe noção de tempo no Inconsciente, seus conteúdos não sofrem a ação do desgaste. Esta característica justifica, por exemplo, casos onde eventos temporalmente tão distantes da vida do sujeito surgirem nos sonhos ou nos lapsos.

A quarta e última característica diz respeito à **substituição da realidade externa pela psíquica**. No sistema Inconsciente, o prazer é soberano. É por isso, que Freud atribuiu o nome de **princípio do prazer** ao princípio que governa este sistema. Este princípio tem como missão escoar o nível da tensão interna, o mais depressa possível, para atingir a descarga de energia, isto é, para satisfazer as pulsões e, conseqüentemente, obter o prazer. O princípio do prazer desconsidera as exigências da realidade, mas como não age sozinho, a ele se opõe o princípio da realidade, que rege o sistema Pcs-Cs e procura adiar as satisfações visadas.

Tendo em vista estas quatro características do sistema inconsciente, podemos agora falar sobre a quinta, que é aquela que Assoun (1997a) propõe para tratar o sintoma somático. Assoun se inspira na seguinte nota de rodapé do texto *O Inconsciente*: “reservamos para um contexto diferente, a menção de um outro privilégio marcante do Ics” (FREUD, 1915, p. 192).

Este pequeno comentário diz respeito a uma característica que Freud opta por desenvolver em outro momento. O editor das obras de Freud comenta que esta nota pode se referir a um dos artigos metapsicológicos perdidos¹⁷. Em obra anterior, Assoun (1993) já havia levantado a hipótese de que um dos artigos perdidos trazia a temática do **corpo**.

Segundo Assoun, então, esta quinta característica do sistema inconsciente Freud confiou a Groddeck por correspondência: “**o ato inconsciente exerce sobre os processos somáticos uma ação plástica intensa que o ato consciente não exerce jamais**” (FREUD, 1917 *apud* ASSOUN, 1997a. p. 16, grifo do autor).

¹⁷ Deste modo, podemos entender esta opção de Freud por não abordar esta outra característica do Ics: ser-lhe-ia oferecido um texto metapsicológico que pudesse explorá-la ao máximo, ou, que fosse capaz de dar-lhe a devida atenção. É possível inclusive presumir que Freud traria novas contribuições ao sintoma no corpo e/ou sobre o efeito plástico do ato inconsciente. Entretanto, devemos lembrar que são conjecturas, o que não retira seu aspecto fascinante.

Esta ação particular do inconsciente sobre os processos somáticos é motivada, não por uma concessão ou por uma eventualidade. Trata-se de uma **propriedade**, uma prerrogativa que apenas o Inconsciente possui e que o distingue do sistema Consciente.

Na verdade, trata-se de uma prerrogativa **estética** do ato inconsciente que in-forma os processos somáticos. Ela diz respeito à possibilidade do inconsciente de agir sobre o corpo do sujeito que padece. A aludida ação plástica não recai sobre o corpo orgânico, mas naquele sobre o qual a histeria fomenta seus sintomas, aquele de uma audaciosa anatomia. Referimo-nos ao corpo físico cuja geografia é redesenhada para satisfazer as necessidades do sintoma.

Assoun afirma, portanto, que é na “coincidência do ato (inconsciente) e da ação (plástico-corporal), que se pode situar o efeito físico” (ASSOUN, 1997a, p. 17), ou seja, **um efeito plástico ativo sobre os processos somáticos**. Podemos concluir, então, sobre o que fez Assoun. Ele retomou as idéias capitais de Freud sobre o tema e extraiu daí uma propriedade inédita.

1.4.1 Freud e as neuroses atuais

Gostaríamos de fazer, aqui, uma complementação ao tema proposto. Acreditamos poder encontrar, no que Freud sugere sobre as neuroses atuais, as primeiras observações específicas sobre as manifestações somáticas. Em seus estudos sobre as neuroses, Freud as divide em dois grupos: as neuroses atuais e as psiconeuroses de defesa. Trata-se, então, da tentativa de estabelecer uma oposição etiológica e patogênica entre uma série de afecções (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

No grupo das neuroses atuais se enquadram os estados de angústia (neurose de angústia) e a neurastenia. A hipocondria foi introduzida neste grupo em 1914. As psiconeuroses formam, sem dúvida, o campo privilegiado das pesquisas de Freud. Nelas estão incluídas as neuroses de transferência e as neuroses narcísicas, ou seja, a histeria, a neurose obsessiva, a fobia e algumas psicoses alucinatórias. (CHEMAMA, 1998; ROCHA, 2000; LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

O termo “neurose atual” aparece pela primeira vez em um texto de 1898, *A sexualidade na etiologia das neuroses*. Freud o utilizou para designar uma nosologia que

englobava a neurose de angústia e a neurastenia. Entretanto, a idéia da especificidade destas patologias, bem como da distinção entre ambas, surgiu anos antes.

Para Freud, as neuroses chamadas atuais são aquelas que têm origem no presente: sua etiologia é procurada em uma desordem da vida sexual atual. As psiconeuroses, por sua vez, têm seus sintomas como expressão simbólica de conflitos infantis, tendo, portanto, relação com acontecimentos importantes da vida passada.

Pela distinção etiológica, podemos dizer que as neuroses atuais apresentam uma causalidade somática e não psíquica. Trata-se, portanto, da psicogênese de tais afecções e não de uma origem orgânica. De fato, segundo Laplanche:

[...] o mecanismo de formação dos sintomas seria somático (por exemplo, transformação direta da excitação em angústia), e não simbólico. **O termo atual vem, exprimir aqui a ausência daquela mediação que encontramos na formação dos sintomas das psiconeuroses – deslocamento, condensação, etc.** (LAPLANCHE, 2001, p. 300, grifo nosso).

Assim, sendo, na histeria (um tipo das psiconeuroses), ocorreria uma excitação psíquica conduzindo a reações de ordem somática, enquanto que na neurose de angústia (ou neurose atual), haveria uma tensão física que não alcançaria a mediatização simbólica. Por não haver tal mediação, os sintomas das neuroses atuais são a-simbólicos, a nosso ver.

De fato, para Freud (1916-1917a, p. 388), estes sintomas “não têm nenhum ‘sentido’, nenhum significado psíquico”. São algo que se manifesta principalmente no corpo, e que resulta diretamente da ausência ou da inadequação da satisfação sexual, diferentemente do que ocorre nas psiconeuroses. Freud atribuía, a estas últimas, sintomas substitutos da satisfação sexual, que se apresentavam como formações de compromisso entre as instâncias recaladoras e as recalcadas. No caso das neuroses atuais, por outro lado, “o sofrimento psíquico não pode ser atribuído, primariamente, ao conflito entre defesa e desejo.” (DUNKER, 2002, p. 192).

Esta idéia pode ser reiterada pelo trecho seguinte:

[...] 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 substitutos da satisfação sexual ou como conciliações entre impulsos pulsionais opostos, como é o caso dos sintomas psiconeuróticos (ainda que os últimos talvez possam ter a mesma aparência). (FREUD, 1912, p. 314).

O que é preciso enfatizar na concepção de Freud é que os sintomas das neuroses atuais não se configuram como um retorno do reprimido, e sim como uma transformação direta (sem mediação) da libido não satisfeita. Consideremos, então, o que Freud elaborou sobre a neurastenia e as neuroses de angústia, os dois principais tipos de neuroses atuais que utilizam o corpo como palco sintomatológico.

1.4.1.1 A neurastenia

A neurastenia foi uma das formas de apresentação de sofrimento psíquico que mais chamou a atenção de psiquiatras e neurologistas na virada do século retrasado para o século passado. Foi descrita primeiramente por *Beard*, em artigos datados de 1881 e 1884 (ROUDINESCO, 1998; LAPLANCHE; PONTALIS, 2001). Segundo Freud (1895), a sintomatologia típica da neurastenia inclui: a pressão intracraniana, a irritação espinhal, a dispesia com flatulência e constipação. São também recorrentes: a fadiga física, a acefaléia, as parestesias espinais e um empobrecimento da atividade sexual (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

Cremos ser impossível não associar, fenomenologicamente, tais características com aquelas dos sintomas somáticos. Vale ressaltar que Freud (1895) destaca o surgimento de angústia nesta patologia, mas de modo diverso que na neurose de angústia. Sobre a angústia, vista unicamente sobre o ponto de vista econômico, ele entende que “[...] trata-se de uma grande quantidade de energia sexual que invadiu o sujeito, de um grande acréscimo de excitação que se aliviaria por meio da descarga desta energia sexual” (JORGE, 2004, p. 25).

O surgimento de afetos desta natureza, em ambas as patologias, favorecia a retirada da neurose de angústia do quadro nosográfico psiquiátrico, pois eles eram sempre atribuídos à neurastenia, diagnóstico muito em voga na época. Deixamos, pois, registrado o mérito de Freud em sistematizar a neurose de angústia. Tal possibilitou a diferenciação entre este quadro e a neurastenia.

De fato, a relação entre a neurastenia e a sexualidade foi muito enfatizada por Freud¹⁸. Para ele, a neurastenia era um resultado de funcionamento sexual incapaz de resolver de

¹⁸ Esta relação com a sexualidade foi inclusive apontada por Beard, assim como por Preyer cujo título de um de seus artigos é “As relações sexuais incompletas, coito interrompido ou onanismo conjugal e suas conseqüências

forma adequada a tensão libidinal porque a soma de excitação descarregada não alcançava um ‘determinado patamar’. Em outras palavras, não é possível ao sujeito neurastênico, adiar a satisfação ou conter a excitação de forma que esta se realize sem uma plena tramitação psíquica.

Para Freud, adiar a satisfação ou conter a excitação seria fruto de práticas como a masturbação, ejaculação precoce ou poluções noturnas. Todas estas possibilidades se referem a situações onde a satisfação sexual foi abreviada. O efeito disso seria uma angústia diluída, caracterizada pela impaciência e pela irritação em vez de grandes ataques de angústia.

1.4.1.2 A neurose de angústia

Sobre a neurose de angústia, começamos dizendo que ela não pode ser confundida com a histeria de angústia, também conhecida como fobia, tampouco com a histeria de conversão, apesar das semelhanças estruturais. Segundo Freud, os sintomas da neurose de angústia são: a espera ansiosa crônica, os acessos de angústia com equivalentes somáticos como sobressaltos, inquietude, vertigens, expectativa ansiosa, opressão no peito, desmaios, falta de ar, urgência por urinar, pavor noturno e agorafobia, dentre outros. Como se pode constatar, os sintomas são diversos. Freud fez deles um verdadeiro catálogo, bem ao estilo de sua época. Podemos falar sobre as características gerais, isto é, unificadoras destes sintomas? Destacaremos três destas: a excitabilidade geral, a expectativa ansiosa e os acessos de angústia.

A excitabilidade geral evidencia um aspecto da perturbação econômica do quadro clínico. Ela traduz o **acúmulo de excitação diante de que o indivíduo se revela incapaz de suportar** (LAPLANCHE, 1987). Pode-se falar, em segundo lugar, da *expectativa ansiosa*: um estado de ansiedade permanente, que está sempre na iminência de se centrar: se fixar em qualquer objeto, sob qualquer pretexto. O objeto desencadeante pode ser qualquer fato, por isso verificam-se referências a situações, lugares, aglomerações, geralmente vagas associadas ao ataque. Esta expectativa ansiosa constitui o sintoma nuclear dessa neurose. Do ponto de

no homem: estudo baseado na observação clínica”. (LAPLANCHE, 1987, p. 16-18). Freud constatava, então, eventos clínicos observados igualmente por outros psiquiatras de sua época. O que ele aprofundou foi a idéia de que a neurastenia é sinal de esgotamento de energia sexual, ligado a uma atividade sexual anormal.

vista teórico, pode-se dizer que “existe aqui um *quantum* de angústia livremente flutuante” (FREUD, 1895 [1894]a p. 95).

Os *acessos de angústia* podem estar desprovidos de conteúdos representativos e surgem sem o sujeito dar-se conta do que os gerou. Porém, podem igualmente estar ligados a uma idéia ou a uma sensação somática, constituindo esta última, a situação de nosso principal interesse.

O acesso de ansiedade geralmente surge ligado a um distúrbio de uma função corporal: cardíaca, respiração, excretora, digestiva, função vasomotora, etc. Muitas vezes é tal aspecto somático que se destaca deste grupo sintomatológico. Como tal se distingue de algo sentido apenas como um simples mal-estar, a angústia aqui estaria ligada a aspectos somáticos, e seria bastante próxima do que identificamos como um fenômeno sinto(somá)tico.

Portanto, o aludido acesso de ansiedade ligado a aspectos somáticos sinaliza uma proximidade destas nosologias freudianas com os sintomas somáticos. Parecem igualmente sinalizar que o estudo sobre a angústia é importante para nosso tema de estudo. O estudo da angústia, tal como o iniciamos aqui, remete-nos a questões econômicas extremamente pertinentes: ao estudo metapsicológico dos sintomas somáticos.

2 PROBLEMÁTICA: PRESSUPOSTOS À GUIA DE HIPÓTESES E METODOLOGIA

Como já foi explicado, o problema de que tratamos implica em distinguir o sintoma somático dos: (1) sintoma expresso na linguagem, aquele da clínica cotidiana da psicanálise (2) sintoma orgânico da perspectiva médica e (3) sintoma psicossomático tal como Assoun o considera: extensão psíquica de um fenômeno somático. Tendo em vista o que até agora foi exposto, o que permite esclarecer esta distinção é aquilo que Assoun chamou de **efeito plástico do ato inconsciente** sobre os processos somáticos.

Repetimos, trata-se daquilo que Assoun (1997a, p. 17) acrescenta às quatro características principais do sistema Inconsciente: “ausência de contradição, processos primários (mobilidade dos investimentos), atemporalidade e substituição da realidade exterior pela realidade psíquica”.

A distinção de que falamos acima só é possível através de uma consideração metapsicológica do sintoma somático, tal como assinala Assoun). O fato de ele retomar a teoria freudiana para fomentar uma metapsicologia do Corpo, mostra suficientemente que não é necessário suprir supostas “carências na teoria analítica” (ASSOUN, 1997a, p. 13).

Entendemos por metapsicologia a “parte da doutrina freudiana considerada como a que deve esclarecer a experiência, a partir de princípios gerais, muitas vezes constituídos como hipóteses necessárias, em vez de sistematizações a partir de observações empíricas” (CHEMAMA, 1995, p. 136).

Um estudo metapsicológico, tal como o que pretendemos elaborar aqui, visa a apresentar uma descrição minuciosa de qualquer processo psíquico pela perspectiva de sua localização em instâncias (ponto de vista tópico), da distribuição dos investimentos libidinais (ponto de vista econômico) e do conflito das forças pulsionais (ponto de vista dinâmico).

Todavia, tentamos esclarecer um ponto desta consideração, o que cremos não tornar a leitura cansativa. Existe uma idéia bastante recorrente, como verifica Gurfinkel, de que a metapsicologia seria um conjunto de modelos conceituais mais ou menos distantes da experiência clínica. Sendo, por demais especulativa, sua “aplicabilidade” pouco serviria à prática clínica.

Em verdade, a metapsicologia é o resultado de um árduo, lento e tortuoso processo de construção do método e da prática da psicanálise. Para Gurfinkel (1995, p. 11), “a cisão metapsicologia/clínica – [...] herança da cisão teoria/prática que está presente na tradição científica na qual fomos formados – é uma característica ainda muito marcante na psicanálise”.

Vale considerar o que este psicanalista desenvolve sobre esta discussão:

Ora, é bastante comum encontrarmos a idéia de que todo trabalho escrito em psicanálise deve trazer relatos clínicos de sessões –como prova das hipóteses apresentadas - correlata a uma certa atitude de desconfiança e desvalorização da atividade de teorização. Um dos principais argumentos que sustenta esta posição é o de que a metapsicologia nos afasta da experiência real do paciente. Bem, o risco que a metapsicologia sirva como resistência no processo analítico é bem conhecido, mas pouco se fala como ela está presente em cada sessão como um instrumento de pensamento, um elemento essencial no ‘processo de produção’ do trabalho psíquico na análise (a perlaboração). (GURFINKEL, 1995, p. 11-12).

Partimos do pressuposto de que a clínica e a metapsicologia estão profundamente conectadas e que esta relação significa uma mútua determinação. Sendo assim, embora reafirmemos que nosso trabalho é de cunho teórico, acreditamos nas várias reflexões que este ele pode ter para a clínica analítica.

A consideração metapsicológica do sintoma somático que desenvolvemos aqui privilegia os seguintes pontos: a segunda tópica freudiana do aparelho psíquico, a perspectiva dinâmica do conflito que acarreta o sintoma somático e a consideração econômica do *quantum* de afeto que concerne aos investimentos e desinvestimentos libidinais e à desfusão pulsional.

2.1 Pressupostos a guisa de hipóteses

Como a distinção entre o sintoma médico do corpo e sintoma psicossomático (visto como extensão psíquica de um fenômeno somático) já foi elaborada a partir dos elementos discursivos de Assoun, nos deteremos mais detalhadamente na **distinção principal entre o sintoma expresso na linguagem e aquele do sintoma somático**. Baseamo-nos, aqui, no que

nosso orientador (BARROCAS, 2006) sugeriu para aprofundar segundo o que diz Assoun. O que tentamos verificar se enuncia assim:

O efeito plástico ativo do ato do ato inconsciente sobre os processos somáticos implica três aspectos correlatos:

- (a) uma alteração no funcionamento das instâncias: Eu/ Isso/Supereu e, conseqüentemente:
- (b) outro tipo de conflito psíquico, pois é da ordem de derrocada das estratégias significantes que, esta que por sua vez, acarreta:
- (c) a proximidade com o corpo físico: o corpo dos afetos e a desfusão pulsional.

2.2 Metodologia

A pesquisa que realizamos foi exclusivamente teórica. A estratégia metodológica para a verificação do que foi enunciado a guisa de hipótese concerniu à investigação do efeito plástico ativo do ato inconsciente sobre os processos somáticos através da análise dos aspectos metapsicológicos tópico, dinâmico e econômico. Considerando o aludido efeito como a principal característica do sistema Inconsciente nos fenômenos sinto(somá)ticos ou sintomas somáticos, visamos a distinguir estes últimos de todas as outras formas do sintoma já mencionadas, repetimos: a que se expressa simbolicamente, isto é, na linguagem, aquela da Psicossomática e aquela da perspectiva médica.

Em relação à Psicossomática, utilizamos tanto as considerações críticas de Assoun, quanto as teorias de autores como Pierre Marty e Franz Alexander. O que intentamos, a este respeito, foi mostrar a diferença entre a concepção de Assoun sobre o fenômeno sinto(somá)tico e a idéia psicossomática de um prolongamento psíquico do evento somático. Para a demarcação da diferença entre o sintoma somático e o sintoma orgânico do corpo, consideramos o DSM-IV (APA, 2000), principal manual de referência médica.

A distinção maior entre a inteligibilidade do sintoma somático e aquela do sintoma expresso na linguagem requereu uma investigação metapsicológica em conformidade com Assoun, que, aliás, justifica seu raciocínio no próprio Freud.

Consideramos a “segunda tópica freudiana” em que Freud fez intervir três instâncias ou lugares psíquicos: o isso, o eu e o supereu. Através das idéias desenvolvidas por Assoun sobre o tema, e de uma pesquisa na literatura freudiana, tentamos verificar ou refutar o que mencionamos a guisa de hipótese: uma alteração nas instâncias psíquicas por ocasião do sintoma somático.

Ao examinarmos o aspecto dinâmico, aprofundaremos a perspectiva do conflito, investigando que tipo de conflito psíquico o sintoma somático acarreta. Assim, averiguaremos o pressuposto de que o sintoma somático mostraria outra ordem de conflito psíquico, pois implicaria em uma derrocada das estratégias significantes. Tal conflito o distinguiria do sintoma que é expresso simbolicamente.

Ao pesquisarmos o aspecto econômico, por fim, analisaremos a perspectiva do *quantum* de afeto, o investimento e o desinvestimento libidinal, além e principalmente, do evento da desfusão pulsional no sintoma somático. Assim, poderemos investigar a hipótese de uma desfusão pulsional correlativa a este sintoma. Assim, cremos que nosso objetivo será cumprido: o de realizar uma extensão da metapsicologia de Freud ao tema que Assoun propõe, o sintoma somático.

3 ANÁLISE DOS DADOS TEÓRICOS

A tarefa maior que nos cabe aqui é a de demonstrar a diferença entre o sintoma que se expressa na linguagem e aquele que é propriamente sintó(somá)tico. Apesar de, anteriormente, já termos ilustrado suficientemente a diferença entre este último e as formas do sintoma nas perspectivas orgânica e psicossomática do corpo, voltaremos a este tema sempre que for necessário para ilustrar a aludida tarefa maior desta análise.

3.1 O aspecto tópico do sintoma somático: a alteração das instâncias

Por avançar contra a economia psíquica dos sujeitos, as manifestações somáticas demandam alternativas de apreensão teórica que não se restrinjam à concepção do corpo como organismo. Compreendemos que a concepção orgânica do sintoma se apresenta insuficiente, e acreditamos na necessidade de reconhecer dois “corpos”: o corpo orgânico, de que trata a Medicina e o **corpo físico**. É este último que, contradizendo e menosprezando a anatomia, é capaz de se redesenhar para expressar as necessidades do sintoma, segundo as leis do recalque.

Freud sinalizou, no estudo dos fenômenos das paralisias histéricas, uma nova geografia corporal, que contradiz a anatomia dos órgãos: “nas suas paralisias e em outras manifestações, a histeria se comporta como se anatomia não existisse, ou como se não tivesse conhecimento desta” (FREUD, 1893a, p. 212).

De fato, as observações de Freud nos permitem avaliar que a paralisia histérica tenta “copiar” seu homólogo orgânico, ainda que para isso ela tenha que modificar e/ou contrariar a anatomia de seu corpo real, produzindo, através da plasticidade do corpo físico, seu sintoma. Por não se contentar com a mera semelhança fenomenológica destes sintomas, Freud balizou a distinção entre o sintoma histérico e seu homólogo orgânico; fato configurador de um significativo salto de cunho qualitativo. Embora tais paralisias parecessem semelhantes, ele não confundiu o físico com o orgânico, e sim avançou nos debates sobre o dualismo corpo e mente:

Freud (1895), ao abrir as portas da investigação clínica ao corpo doente, interroga as convicções dualistas soma-psique, ao afirmar que os sintomas psíquicos exercem função na economia subjetiva manifestando-se no substrato corporal. Aliás, ele fez mais que isso, instituindo o conceito de pulsão entre o somático e o psíquico, como operador da organização e dinâmica subjetivas. (TEIXEIRA, 2006, p. 24).

Desta forma, somos adversos à concepção de que a doença orgânica é a verdadeira doença, bem como à de que corpo é sinônimo de organismo, compreendido como um conjunto hierarquizado e organizado de órgãos.

Este novo desenho da geografia corporal somente é possível devido à característica inédita do sistema Inconsciente. Assoun acrescenta a esta: o efeito plástico do ato inconsciente sobre os processos somáticos. Esta característica é responsável pela “plasticidade” do sintoma somático; ela permite que se compreenda esses fenômenos para além da lógica da representação.

A lógica da representação é aquela que rege o sintoma expresso na linguagem, como o sintoma histérico, por exemplo. Neste, temos um conflito intersistêmico entre Isso/Eu/Supereu. Trata-se de uma constatação do ponto de vista tópico deste sintoma, ou seja, da diferenciação do aparelho psíquico em sistemas dotados de características e funções diferenciadas, dispostos em uma certa ordem em relação a outros. Por isso, podemos, metaforicamente, considerar tais sistemas como “lugares psíquicos”, “pontos virtuais” do aparelho psíquico¹⁹. Fala-se em duas tópicas freudianas: a primeira distinguia o psiquismo em Consciente, Pré-Consciente e Inconsciente. A segunda, fez intervir três instâncias ou lugares: o Isso, o Eu e o Supereu.

Segundo Assoun, no sintoma somático há uma alteração das instâncias psíquicas (Isso/Eu/Supereu) que não é evidenciada no sintoma analítico, expresso na linguagem.

Este autor nos lembra que o Isso está aberto, no seu extremo, a influências somáticas. O Isso não possui a “sabedoria” do Eu, ou seja, a capacidade de mediação através da realidade, que objetiva a satisfação das pulsões. Ele não possui uma organização, não expressa uma vontade coletiva, e sim se contenta em satisfazer as necessidades pulsionais em conformidade ao princípio do prazer. O princípio do prazer, um dos processos que regem o funcionamento da vida mental, é, resumidamente, o objetivo que tem a atividade psíquica,

¹⁹ A teoria tópica baseia-se na premissa de que a diferenciação do psiquismo tem um significado funcional: uma mesma parte do aparelho psíquico não pode desempenhar funções contraditórias como, por exemplo, a recepção de estímulos e a conservação de seus traços no psiquismo.

como um todo, de evitar o desprazer e proporcionar o prazer ao sujeito. Sobre a relação entre o isso e o princípio do prazer, Freud ([1933]1932, p. 79) afirma:

Naturalmente, o isso não conhece nenhum julgamento de valores: não conhece o bem nem o mal, nem a moralidade. Domina todos os seus processos o fator econômico, ou, se preferirem, o fator quantitativo, que está intimamente vinculado ao princípio do prazer. Investimentos pulsionais que procuram a descarga – isto, em nossa opinião, é tudo o que existe no isso.

Para Assoun, o Isso, enquanto instância psíquica, é o “candidato mais sério” para encarnar o gozo corporal. O autor acredita que Freud visualizou alguma coisa que aproximaria o Isso do gozo corporal em sua máxima intensidade, quando considerada a perspectiva metapsicológica. Para Assoun, é sob o regime místico que este evento se acha evocado. Este autor relembra a definição freudiana: “Místico: a obscura auto-percepção do reino do isso, para além do eu” (FREUD, 1941 [1938], p. 318).

A partir desta concepção freudiana e dos estudos sobre as instâncias psíquicas, Assoun assinala que, na experiência mística, o Isso gozaria de uma capacidade fora de seus limites, de uma disposição para a auto-percepção, fora dos limites do Eu - que é a instância psíquica responsável pela percepção e captação de estímulos por excelência. Freud (1923, p. 39) em *O eu e o isso* esclarece: “A percepção desempenha para o eu o papel que, no isso, compete à pulsão. O eu representa o que podemos chamar de razão e bom senso, em oposição ao isso, que tem por conteúdo as paixões.”

Sobre o gozo místico conhecemos suas referências espirituais. Assoun, o refere como um *orgasmo espiritual*, fruto de longas práticas de oração, dizendo tratar-se de *auto-gozo do isso*, algo como um momento em que “parece só existir o isso”. Assoun se pergunta sobre o que acontece às instâncias do eu e do supereu nesse momento. De fato, o que pode ter acontecido com o eu para renunciar à sua função de percepção?

Antes de tentarmos responder a esta pergunta, convém interrogar: qual a relação da experiência mística com o sintoma somático? Para Assoun (1997a, p. 95), a experiência mística “atinge o gozo corporal quase em direto” e este ponto interessa na medida em que este fenômeno “questiona a dimensão ‘mística’ da experiência física, quando o corpo torna-se sintoma”. Barrocas (2002, p. 357) estudou a relação entre a experiência mística e o sintoma somático e constatou que: “Quanto mais [João da Cruz] busca o prazer para livra-se do sofrimento, mais ele mergulhará [...] **além do próprio limite entre percepção e consciência** [...]” (grifo nosso). Para Barrocas, isso terá como consequência o sintoma

somático correlativo à desfusão pulsional, como foi evidenciado em João da Cruz. Na concepção de Barrocas, grandes modificações psíquicas acometeram João da Cruz, resultado de uma condição de extrema de inibição da finalidade sexual da função erótica, que impediu a descarga da energia sexual. Como consequência deste processo, se produziu o crescimento da tensão psíquica interna, a angústia²⁰.

A questão de Assoun repousa sobre a constatação de que esse *auto-gozo do isso* é possível graças a um momento de fraqueza do eu, motivada por uma perturbação corporal. Trata-se de **um desarranjo das relações habituais das instâncias**. Essa elaboração do autor é justificada na obra freudiana, como por exemplo, na conferência XXXI sobre *a Dissecção da Personalidade Psíquica*, onde Freud (1933 [1932], p. 84) afirmava que:

Também é fácil imaginar que determinadas práticas místicas possam conseguir perturbar as relações normais entre as diferentes regiões da mente, de modo que, por exemplo, a percepção pode ser capaz de captar acontecimentos, nas profundezas do ego e no id, os quais de outro modo lhe seriam inacessíveis.

Este saber, esta captação de acontecimentos profundos dos quais fala Freud, é conectada por Assoun (1997a) ao gozo somático. Ele afirma que “Se o ‘eu das superfícies’ é o ponto de passagem do ‘dentro’ e ‘fora’ das excitações internas e externas, pólo regulador e instância de domínio, nesse momento de anarquia, esse eu é destituído de seu frágil domínio e é em direção ao interior que a face do eu se volta, tomado como testemunha do isso.” (p. 97).

A perturbação corporal sob a qual o sujeito da mística está submetido atesta a fraqueza do eu e tem relação com a vida pulsional no isso: no que concerne ao gozo do isso, a iniciativa é indiscutivelmente da pulsão.

Assim, tal como nomeia Assoun, os fenômenos “depressão egóica”, seguido por uma “subida do isso” devem ser interrogados, pois atestam uma perturbação generalizada da economia orgânica. Esta perturbação da economia orgânica é patente, principalmente, nas patologias somáticas. Nelas, o corpo se torna palco de um sintoma singular, que desregula suas funções habituais e gera sofrimento ao sujeito que padece de sintomas que lhe parecem inexplicáveis.

²⁰ Recomendamos a leitura da tese de doutoramento de Barrocas (2002) que aprofunda esta temática e apresenta idéias inovadoras quanto ao sintoma somático a as práticas místicas, relacionando-os à modalidade de gozo *sui generis* envolvida, assim como ao papel da tensão psíquica e da sublimação excessiva.

Freud (1915b) já considerava a possibilidade destas alterações dos sistemas psíquicos quando acometido de patologias, como deixa claro em *O Inconsciente*: **“Devemos estar preparados para encontrar no seres humanos possíveis condições patológicas sob as quais os dois sistemas [Pcs-Cs e Ics] alteram, ou mesmo permutam, tanto seu conteúdo, como suas características.”** (p. 194, grifo nosso). De fato, para Assoun, no sintoma somático atesta-se uma característica a mais do sistema inconsciente. Além das quatro características presentes no sintoma expresso na linguagem, repetimos: ausência de contradição, processo primário, atemporalidade e substituição da realidade exterior pela realidade psíquica, temos o efeito plástico ativo do ato inconsciente sobre os processos somáticos.

No ponto de vista de Assoun, o fenômeno do auto-gozo do isso está relacionado com a desfusão pulsional. Desfusão (*Entmischung*) e fusão (*Mischung* ou *Vermischung*) pulsional são termos que Freud utiliza na sua última teoria das pulsões. Em *Além do princípio do prazer*, ele demonstrou o impasse em que se encontrava sua tese a respeito dos dois princípios de funcionamento psíquico: o princípio do prazer que regia o funcionamento das pulsões sexuais, e o princípio da realidade, que predominava no campo das pulsões do eu (FREUD 1920). A partir de então, Freud descreve a necessidade de substituição do dualismo pulsional, o qual se deu pelo surgimento de eventos clínicos que indicavam e exigiam uma reformulação teórica²¹, dentre eles as neuroses traumáticas. A primeira dualidade pulsional é modificada. As pulsões de autoconservação e as pulsões sexuais são unificadas no que Freud denomina agora de pulsões de vida, contrapostas às pulsões de morte, isto é, à tendência inerente a todo ser vivo de voltar ao estado inorgânico com a eliminação completa das tensões.

O conceito de pulsão de morte é aquilo que estaria para além do princípio do prazer, pois é postulado a partir de fatos que põem em xeque tal princípio. Tal pulsão também é referida como pulsão de destruição, quando orientada para o exterior. Sobre esta pulsão e sua relação com as pulsões de vida, Freud (1940 [1938], p. 161) afirma no *Esboço de psicanálise* que a meta de Eros é “estabelecer unidades cada vez maiores e assim preservá-las – em

²¹ O artigo *Sobre o narcisismo: uma introdução*, de 1914, no qual Freud fez uma distinção entre libido do eu e libido objetual marcou o início desta reformulação. Os fenômenos clínicos da compulsão à repetição, assim como as citadas neuroses traumáticas, também foram responsáveis pelas mudanças no pensamento freudiano, como afirma Freud: “Se abarcarmos no seu conjunto o quadro composto pelas manifestações do masoquismo imanente de tantas pessoas, a reação terapêutica negativa e o sentimento de culpa dos neuróticos, já não poderemos agarrar-nos à crença de que o funcionamento psíquico é exclusivamente dominado pela tendência para o prazer. Estes fenômenos indicam, de uma forma que não podemos desconhecer, a presença na vida psíquica de um poder a que chamamos, conforme suas metas, pulsão de agressão ou de destruição, e que fazemos derivar da pulsão de morte originária da matéria inanimada.” (FREUD, 1937, p. 259).

resumo, unir; o objetivo do segundo [da pulsão de destruição], pelo contrário, é desfazer conexões, e, assim, destruir coisas”.

Estas pulsões não são boas, nem más; ambas são necessárias à vida. Em *Mal-estar na cultura* (1930), Freud ressalta que Eros (conjunto das pulsões de vida) e Thanatos (conjunto das pulsões de morte) se apresentam fusionados, podendo se misturar em proporções variáveis. Todavia, não se atinge o ponto extremo de completa desfusão, o que representaria uma absoluta autonomia das pulsões. Usualmente, o que se observa no aparelho psíquico é a manifestação de Eros e Thanatos através de uma ação conjunta e antagônica.

O novo dualismo pulsional fez Freud encarar as relações de forças entre pulsões antagônicas. Assim, às forças destruidoras é atribuído o mesmo poder que à sexualidade: esta atuação pode ser vista nos comportamentos sadomasoquistas, por exemplo, em instâncias (supereu) e em tipos de relação de objeto (ousaremos dizer que a drogadição pode ser um exemplo)²². Interessante a observar que quando Freud fala de desfusão é para designar o fato da agressividade ter conseguido quebrar todos os laços com a sexualidade (LAPLANCHE, 2001).

A fusão pulsional pode ser verificada em alguns sintomas expressos na linguagem, aqueles que são formações de compromisso entre as instâncias em conflito (Eu/Supereu/Isso). No sintoma somático não há esta formação de compromisso. Tal caracteriza uma situação de modificação das relações habituais entre as instâncias psíquicas, correlativa à desfusão pulsional. Trata-se da presença física (afetiva) do conflito que vive o sujeito. Este é um importante aspecto que nos permite diferenciar metapsicologicamente os dois tipos de sintomas.

Laplanche comenta a opinião freudiana de que, das diversas noções envolvidas na definição de pulsão. “A convergência de duas pulsões, isoladas na sua dinâmica, em um mesmo e único objeto não parece definir por si só a fusão”. E completa afirmando que é “necessário uma harmonização das metas, uma espécie de síntese, cuja coloração específica cabe à sexualidade.” (LAPLANCHE, 2001, p. 206).

Assim, a desfusão poderia ser considerada como uma situação onde cada uma das pulsões conseguiria a autonomia de suas metas. Freud considera a possibilidade da desfusão

²² GURFINKEL(1995) e COSTA (2005) explanam com propriedade a o fenômeno drogadição, trazendo contribuições extremamente pertinentes sobre a temática, razão pela qual recomendamos sua leitura para conhecimento e aprofundamento sobre o tema.

pulsional, mas esta surge como um evento que traz consigo muitas complicações para o sujeito, pois teríamos cada pulsão procurando atingir seu objetivo de forma independente. Ele afirma que:

Uma vez que tenhamos admitido a idéia de uma fusão das duas classes de pulsões uma com a outra, a possibilidade de uma desfusão – mais ou menos completa – se impõe a nós. [...] Percebemos que, para fins de descarga, a pulsão de destruição é habitualmente colocada a serviço de Eros; suspeitamos que a crise epilética é produto de uma desfusão pulsional e o surgimento pronunciado da pulsão de morte exige consideração específica entre os efeitos e algumas neuroses graves, tais como, por exemplo, as neuroses obsessivas. (FREUD, 1932, p. 54-55)

Conforme Assoun, para o sujeito cujas pulsões se comportassem desta maneira, seria como se houvesse uma total ‘anarquia’ no funcionamento psíquico, sem ‘líderes’, sem ‘mediadores’, quase um ‘salve-se-quem-puder’ pulsional. A crise epilética suscita a violência deste desligamento, como uma descarga pulsional (*Triebabfuhr*). Assoun, inclusive, questiona se essa descarga não seria uma tentativa de desviar para o exterior uma moção de pulsão de morte e tentar ligá-la libidinalmente (ASSOUN, 1997a).

Freud (1923) acrescenta também que a ação da pulsão de morte poderia até ser percebida em estado puro quando tende a desimbrincar-se da pulsão de vida, por exemplo, no caso do melancólico, cujo supereu surge como uma “cultura de pulsão de morte”.

Após este panorama, torna-se mais compreensível a hipótese lançada por Assoun de uma desintração pulsional no sintoma somático. Ele se pauta nas observações freudianas de que a pulsão de morte habita o orgânico (se ocupando por destruir sua própria morada), com a finalidade de atribuir o sintoma somático à uma desfusão pulsional. Assim, ele relaciona os efeitos corporais do sujeito doente à pulsão de morte que age desimbricada da pulsão de vida e exerce sua destruição em seu lar orgânico: o corpo.

A pulsão não exerce seu trabalho destrutivo em nenhum outro lugar a não ser em seu cercado orgânico (o organismo). [...] Mas o lugar mesmo do desintração pulsional seria a divisão do orgânico com ele mesmo: nós não podemos achar uma forma mais radical de morbidez física inconsciente. (ASSOUN, 1997a, p. 98).

Uma das hipóteses deste autor é que “O ‘ápice’ da patologia orgânica seria essa ferida intra-orgânica que, em um corpo singular, reativa-se, sob efeito de um trauma desintração.” (Ibid). O sintoma somático seria um ponto de apelo de uma desintração ou desfusão pulsional.

3.2 Economia e dinâmica do sintoma somático: a desfusão pulsional e a derrocada das estratégias significantes

Quando Assoun (1997a) realiza sua crítica à Psicossomática, qualifica-a de reducionista. Para ele, as diferentes concepções psicanalíticas sobre a Psicossomática avaliam o sintoma pelo viés de uma “extensão psíquica do evento somático” (p. 14). Nesta concepção, considera-se que o Consciente e o Inconsciente freudiano seriam complementares. Tal implicaria a perspectiva de uma extensão psíquica do corpo, o que é metapsicologicamente insustentável. Como acrescenta Teixeira:

Entretanto, observamos que a visão preponderante [nas abordagens que enfatizam os aspectos psicológicos, ou emocionais destas patologias] é **a de que as relações entre o estado psicológico e o soma se estabelecem linearmente**. As idéias de psicogenicidade e de somatogênese (ibid.), que correspondem ao estudo da gênese dos sintomas ou das patologias a partir de causas psicológicas, não possui, a nosso ver, o lugar de importância conceitual que tinha nas primeiras décadas do século XX com a Medicina Psicossomática. (TEIXEIRA, 2006, p. 23, grifo nosso).

De fato, como denuncia Teixeira, entendemos que não se somatiza devido a uma extensão psíquica de um fenômeno somático, mediante uma relação linear entre o “estado psicológico” e o “soma”. O que ocorre se deve a uma propriedade inédita do sistema Inconsciente: o efeito plástico do ato inconsciente sobre os processos somáticos. Trata-se de um resultado do singular conflito psíquico em que se encontra envolvido o sujeito somático. A formação desse sintoma atesta uma ‘falha simbólica’, imperceptível no sintoma expresso na linguagem. Ela pode ser observada nos exemplos clínicos freudianos:

Freqüentemente, só encontramos o que se pode descrever como uma relação simbólica entre a causa determinante e o sintoma histórico. [...] Uma paciente, por exemplo, sofria de dores penetrantes entre as sobrancelhas. A razão era que uma vez, quando criança, sua avó lhe dirigira um olhar inquisitório, ‘penetrante’. A mesma paciente sofreu por algum tempo dores violentas no calcanhar direito, para as quais não havia explicação. Essas dores, ficou-se sabendo, estavam ligadas a uma idéia que ocorrera a paciente quando esta aparecera pela primeira vez em sociedade. Ficara com medo de ‘não acertar aquele passo’ naquele meio. Tais simbolizações foram empregadas por muitos pacientes com um enorme conjunto de nevralgias e dores. É como se houve a intenção de expressar um estado mental através de um estado físico; e o uso lingüístico fornece uma ponte para o qual isso pode ser efetuado. (FREUD, 1893b, p. 42-43).

Este simbolismo é igualmente verificado em outros sintomas expressos na linguagem, tais como os sintomas fóbicos da histeria de angústia, uma psicose:

Caso 11. Misofobia (medo de sujeira) – Uma mulher lavava suas mãos constantemente e só tocava os trincos das portas com os cotovelos. Reinstauração: é o caso de Lady MacBeth. A lavagem era simbólica, destinada a substituir pela pureza física a pureza moral que ela lastimava ter perdido. Atormentavam-na os remorsos pela infidelidade conjugal, cuja lembrança ela resolvera banir da mente. Além disso, costumava lavar seus órgãos genitais. (FREUD, 1985 [1984]b, p. 83).

Tal não é averiguado por Freud (1912, p. 314) em outros sintomas não-históricos que surgem no corpo:

[...] 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 substitutos da satisfação sexual ou como conciliações entre impulsos pulsionais opostos, como é o caso dos sintomas psicossomáticos (ainda que os últimos talvez possam ter a mesma aparência).

Estes dados clínicos confirmam o entendimento do Inconsciente como o elo faltante, jamais reencontrável, entre o psíquico e o somático. Afinal, esta percepção da amplitude do conceito de inconsciente, que só pode ser alcançada através da metapsicologia, esta possibilita distinguir a inteligibilidade do sintoma somático, tal como abordamos, das concepções psicossomáticas que se referem a estes fenômenos.

Não obstante, uma relação puramente linear entre o “estado psicológico” e o “soma” não leva em consideração o efeito físico do ato inconsciente sobre os processos somáticos. A compreensão meramente linear do prolongamento psíquico de um evento somático (ASSOUN, 1997a, p. 6) é encontrada na teoria de Pierre Marty. De fato, a leitura de sua teoria e as observações clínicas utilizadas nos deixam a impressão de que falta algo na explicação do fenômeno somático. Especificamente, ele deixa de elucidar como se faz a passagem de um “evento mental” para a “chegada no domínio somático”. Ao falar dessa passagem, ele não hipotetiza o que permite que a mesma ocorra:

Do ponto de vista econômico, quaisquer que sejam as origens aparentes (acontecimentos externos ou novas disposições, fisiológicas ou patológicas internas), as situações traumáticas provocam um afluxo de excitação instintual (pulsional no nível do aparelho mental) ou uma queda do índice de excitações, ou uma composição dos dois fenômenos. É assim que os traumatismos correm o risco de desorganizar os aparelhos funcionais que atingem, já que a desorganização tem tendência a se propagar (em um sentido globalmente inverso àquele do desenvolvimento) enquanto não

encontrar um sistema que possa contê-la. Normalmente, os traumatismos atingem em primeiro lugar o aparelho mental, que procura então negociar em si mesmo a variação das excitações que elas provocam. **Dessa maneira, o aparelho mental bloqueia, obstrui e modera ou não, os movimentos de desorganização, antes de sua chegada no domínio somático.** (MARTY, 1993, p. 30, grifo nosso).

A comprovação do efeito plástico do inconsciente nos permite confirmar que o sintoma somático é muito mais fonte e escavação de um desvio entre o físico e o orgânico do que entre o corpo e a mente, como assinala Assoun (1997a). É esta perspectiva, que somente o estudo metapsicológico do corpo pode trazer, que faltaria à teoria psicossomática de Marty.

De fato, como falta às teorias psicossomáticas um estudo do sintoma por uma perspectiva metapsicológica, elas não teriam como explicar esta “passagem” de um evento psíquico para o somático. Todavia, realçamos os avanços teóricos de Marty ao apontar os distúrbios afetivos no sintoma somático, bem como o papel do trauma, eventos que inclusive gostaríamos de estudar em outra oportunidade. A tese de Assoun faz-nos perceber esta ‘carência’ na teoria da Escola Psicossomática de Paris (EPP), embora possamos reconhecer seus sucessos teóricos e clínicos. A indicação da importância do traumatismo no sintoma somático e o destaque à predominância do processo primário no sintoma em pauta são exemplos deste sucesso.

Em nossa leitura sobre a teoria de Marty e seus colaboradores, não encontramos hipóteses suficientemente esclarecedoras acerca da etiologia do pensamento operatório, ponto crucial do entendimento da teoria Psicossomática da Escola Psicossomática de Paris. Postula-se aí apenas que esse modo de funcionamento psíquico encontra-se intimamente ligado a desarmonias afetivas ocorridas na primeira infância em virtude do desempenho inapropriado da função materna.

Um grande diferencial da teoria de Assoun para a teoria psicossomática é não atentar para o que Assoun (1997a, p. 6) chama de “impacto físico do real inconsciente”, correlato ao sintoma somático. Para ele, trata-se da eclosão de um sinal de que “algo vai mal no corpo”, mostrando uma certa falha: um “insucesso simbólico”, pois o que acontece no corpo é, irreduzivelmente, físico. Assim, o sintoma somático se revela como um momento físico do processo inconsciente (ASSOUN, 1997a). Conceber o sintoma como impacto físico do real inconsciente permite distingui-lo dos discursos médicos organicistas, e de uma visão “psicologizante” que pode abordá-lo “em termos motivacionais” (ASSOUN, 1997a, p. 12).

Esse impacto físico permite desfazer o equívoco de estabelecer tipologias, como um conflito do tipo ulceroso, asmático ou alérgico, por exemplo.

O momento físico do processo inconsciente desemboca no **aspecto econômico** do sintoma somático, em conexão com a desfusão pulsional. Este é um ponto de demarcação fundamental entre o sintoma somático e o sintoma expresso na linguagem.

No sintoma somático, a pulsão se desvia do seu campo psíquico, ou seja, do trabalho de investimento das representações ou das ligações que a caracterizam. Volta, assim, a excitar o pólo corporal porque, devido à desfusão pulsional, a pulsão de morte avança de modo independente da pulsão de vida e direciona sua atuação no orgânico, sua morada destrutivamente.

Freud entende a fonte da pulsão como “o processo somático que ocorre no órgão ou em uma parte do corpo e do qual se origina um estímulo representado na vida psíquica pela pulsão”. Deste modo, vê-se que a pulsão de morte retorna à sua fonte corporal. Para Freud (1915c, p. 149) “o elemento mais decisivo da pulsão é sua fonte somática”.

Assim, o sintoma corporal funciona como uma descarga da pulsão de morte, a pulsão sem representação. (ASSOUN 1997a, 1997b; FERNANDES, 2003). Se recuperarmos nossas discussões anteriores, veremos que frisamos a ausência da dimensão simbólica destes sintomas, aspecto que foi, inclusive, aproveitado por Marty (1993) para elaborar sua teoria psicossomática, assim como o fizeram, em outros termos, outros psicanalistas. Concluímos que este efeito, de acordo com nossas exposições, é condizente com a desfusão pulsional. Ocorre aí o avanço independente da pulsão de morte (a pulsão sem representação), que ataca sua própria fonte orgânica, produzindo os sintomas somáticos.

O sintoma somático, como impacto físico do real inconsciente, revela sua relação com o real. De acordo com a concepção de Lacan em *O Seminário XI*, podemos perceber que o real é o que escapa à apreensão do simbólico. Como escreve Chemama: “O simbólico, veiculado pelos significantes, permite que o sujeito expulse do campo de sua representação a realidade, esse real que está lá” (CHEMAMA, 1995, p. 182-183).

Pode-se compreender o quão o sintoma somático é a-simbólico, produto da desfusão pulsional, efeito da pulsão de morte. Este sintoma escapa à simbolização, tal como o real lacaniano pode ser associado a um resto impossível de se transmitir, e que escapa a matematização (ROUDINESCO, 1998).

Esses são pilares que podem conduzir a escuta psicanalítica, estabelecendo que sintomas corporais de doenças somáticas ocupem um lugar importante na economia fantasmática do sujeito. Sintomas histéricos e somáticos se distanciam e se aproximam por meio da dimensão subjetiva.

Nesse sentido, Fernandes (2003) afirma que a conversão sugere um “corpo da representação” e a somatização um “corpo do transbordamento”, com o sintoma corporal funcionando como descarga da pulsão de morte, pulsão sem representação. Tal pensamento se assemelha com aquilo expresso por Assoun em sua obra sobre o sintoma no corpo; afinal, descarga e economia estão intimamente relacionados na obra freudiana.

O sintoma somático, então, seria efeito da desfusão pulsional, externo à lógica da representação, enquanto que o sintoma psicanalítico, notadamente o sintoma histérico, que utiliza o corpo como principal palco de seus sintomas, é efeito de uma fusão pulsional, porque carrega a dimensão simbólica de seus sintomas, isto é, eles pertencem à lógica do recalque e da representação.

O sintoma somático mostra outra ordem de conflito psíquico, pois é efeito da derrocada das estratégias significantes. Tal como afirmava Freud: “o sujeito sente a suposta satisfação [do sintoma neurótico] como sofrimento e se queixa dele. Essa satisfação é função do conflito psíquico sob pressão, do qual o sintoma veio a se formar.” (FREUD, 1916-1917b, p. 368). O sintoma psicanalítico é um “fenômeno subjetivo que constitui [...] não o sinal de uma doença, mas a expressão de um conflito inconsciente.” (CHEMAMA, 1995, p. 203). Do recalque, os sintomas carregam as exigências defensivas, que tentam proteger este mesmo sujeito. O sintoma seria, primordialmente, resultado deste conflito.

Freud, em suas Conferências Introdutórias (FREUD, 1916-1917b), define os caminhos da formação dos sintomas, apresentando a seguinte argumentação: eles são resultado de um conflito, e surgem em virtude de um novo método de satisfazer a libido. Portanto, são as estratégias significantes que estão em jogo no sintoma expresso na linguagem, ao contrário do sintoma somático, que é da ordem de uma derrota destas estratégias, encampada pela figura da pulsão de morte desligada. Assim, a lógica da representação não esgota a problemática deste sintoma.

O conflito do sintoma somático, portanto, é outro, pois expressa a falência das estratégias significantes do sujeito. Ele não é uma formação de compromisso (como o sintoma expresso na linguagem), é presença física (afetiva) do conflito que vive o sujeito.

Por conseguinte, o momento corporal do sintoma somático assinala uma derrocada e inscreve-se como um real, espécie de falência de simbolização, e também marca a derrota das formações inconscientes ‘clássicas’. (ASSOUN, 1997a). Por isso, ele não se configura como uma formação inconsciente clássica, tal como um sonho, um chiste ou sintoma histérico. Isto demarca uma diferença fundamental entre este sintoma e o sintoma expresso na linguagem.

Na verdade, para Assoun (1997a), o sintoma somático seria a forma ‘animal’ de expressão da falta e da dor, um retorno à linguagem da necessidade, mais afetada forma da demanda, que recai sobre o corpo. Nas palavras dele: “O sintoma físico seria situável num extremo, no lugar em que, alguém do falasser, ressurgue a animalidade. Momento físico onde, [...] precisamente, no limite – encarnado – da linguagem, o sujeito se ‘precipita’ em demanda ao Outro”. (p. 101). A linguagem da necessidade revela uma predominância do processo primário no sintoma físico, uma verdadeira transposição do registro do prazer para o da necessidade.

A ausência de mediação simbólica provoca uma transposição do registro do prazer, regulado pelo princípio da realidade, para o da necessidade, buscando o caminho mais curto ao modelo do processo primário. O processo primário é o modo de funcionamento do sistema inconsciente e refere-se ao livre escoamento da energia, sem a gradual descarga a que o processo secundário – pertencente aos extratos mais superiores do aparelho mental - submete o desejo. Este fenômeno é bastante claro nos sujeitos com dependência de substâncias psicoativas, sendo sustentado por dados clínicos comprobatórios.²³ Estes sujeitos buscam na droga o caminho mais curto ao prazer, passando do registro da demanda para o da necessidade, com uma fixação do processo primário.

Trata-se do retorno à linguagem da necessidade, que Assoun destaca nos sintomas somáticos. Este modo de funcionamento se revela na impossibilidade destes sintomas serem associados simbolicamente a experiências vividas e de serem compreendidos como substitutos da satisfação sexual. Não há neles a clara substituição que demonstramos nos sintomas expressos na linguagem, verificado, por exemplo, no caso da paciente que sofria de dores penetrantes entre as sobrancelhas, cuja razão era que uma vez, quando criança, sua avó lhe dirigira um olhar inquisitório, ‘penetrante’. Este simbolismo é efeito de uma formação de compromisso, possibilitada pelo princípio da realidade, efeito do processo secundário.

²³ Para maior aprofundamento, consultar dissertação orientada por Barrocas: COSTA, Tatiana Tostes Vieira. **Uma leitura psicanalítica sobre a dependência de substâncias psicoativas**. 2005. 140f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

Destacamos que a predominância do processo primário no sintoma somático é hipótese que acreditamos necessitar mais investigação, principalmente através de casos clínicos. Tal investigação não foi contemplada nesta pesquisa, por não se tratar dos nossos objetivos e nem se incluir em nossa metodologia.

Ressaltamos que Marty afirmava (1993), que poderíamos imaginar ser a dinâmica afetiva dos pacientes somáticos regida pelo processo secundário, isso se levássemos em consideração o pensamento operatório (pensamento desprovido de valor libidinal, excessivamente orientados para a realidade externa e vinculados à materialidade dos fatos). Porém, o autor acredita que os indivíduos em pauta não estabelecem conexões com conteúdos simbólicos, o que evidencia a ocorrência de investimentos libidinais arcaicos, semelhantes àqueles executados quando o aparelho mental opera sob a égide do processo primário. Por conseguinte, temos uma aproximação deste ponto da teoria de Pierre Marty com a de Paul-Laurent Assoun. Embora em arcabouços teóricos diferentes, os autores verificam a predominância do processo primário na escuta dos pacientes somáticos.

Portanto, o enfoque dinâmico do sintoma em foco engloba a derrocada das estratégias significantes e a predominância do processo primário no sistema físico, uma verdadeira transposição do registro do prazer para aquele da necessidade. Tais aspectos não são verificados nos demais sintomas e discursos sobre o sintoma aqui assinalados (sintoma orgânico, sintoma psicossomático e sintoma expresso na linguagem).

Assim sendo, vemos a possibilidade de pensar o sintoma somático como uma descarga, como um **excesso energético** que, atravessando o aparelho psíquico, não se organiza necessariamente a partir da lógica da representação. Em outras palavras, para a pulsão se satisfazer, deixa de ser necessária sua ligação ao campo do psíquico, bastando ocorrer, sem grandes desvios, sua descarga.

Os conceitos “econômico” e “dinâmico” constituem uma abordagem necessária para explicarmos situações clínicas que passam “rente ao corpo”, e nos auxiliam a compreender o que ocorre com esse corpo que sinaliza que “algo vai mal” (ASSOUN, 1997a, p. 44-51). Freud, por exemplo, já percebia situações onde **uma lesão orgânica desencadeia uma neurose**. Em outras palavras, surpreendentemente, as afecções ditas somáticas trazidas por alguns sujeitos (como complicações estomacais, endocrinológicas, úlceras duodenais, hipertensão arterial e enxaquecas sem explicação médica) desapareciam no curso do tratamento. Mas, seu esvanecimento coincidiria com o surgimento de uma neurose (que “não

existia” anteriormente), dando a impressão de uma verdadeira “substituição” (FREUD, 1916-1917d). Esta suposta substituição nestes casos clínicos permite-nos observar o aspecto econômico em curso nos sintomas somáticos.

Como compreender situações em que um paciente com psoríase, por exemplo, consiga obter uma melhora, em verdade uma ‘quase cura’, em um tratamento analítico, e, logo em seguida, se deparar com um quadro neurótico em pleno curso? Indubitavelmente, entretanto, há uma estreita relação entre estes dois quadros clínicos e Assoun reconhece neles aspectos relevantes tanto para o estudo do corpo em psicanálise como para o sintoma somático.

Assoun acredita que a razão desta “substituição” deve ser procurada sob o ponto de vista econômico destes eventos somáticos. Mas, novamente, o que se observa nesta “perspectiva econômica”? Como justificar a importância de analisar este ponto de vista? Devemos considerar, tal como fez Freud, que a economia, ou seja, a circulação e a repartição de energia relativa aos processos psíquicos, é estudada pelos efeitos que produz, pois toda uma série de verificações clínicas e terapêuticas reforçam a proposição econômica. Freud já validava sua hipótese de que

[...] nas funções mentais se deve distinguir algo – uma carga de afeto ou soma de excitação – que possui todas as características de uma quantidade (embora não tenhamos meios de medi-la) passível de aumento, diminuição, deslocamento e descarga, e que se espalha sobre os traços mnêmicos das representações como uma carga elétrica espalhada pela superfície de um corpo. Esta hipótese [...] pode ser explicada no mesmo sentido que os físicos aplicam a hipótese de um fluxo de energia elétrica. Ela é provisoriamente justificada por sua utilidade na coordenação e explicação de uma grande variedade de estados psíquicos”. (FREUD, 1894, p. 66).

Deste modo, observamos que a hipótese econômica se impôs à teoria freudiana, na medida em que Freud não conseguia fechar os olhos para estas mobilidades de afetos e excitações quando as presenciava em seu consultório. Acharmos interessante a comparação com a física. Ela revela que este saber, muito conhecido por encarnar o modelo positivista de ciência, também trabalha com algumas grandezas mediante deduções e comparações de seus efeitos.²⁴

²⁴ Laplanche (2001) também demonstra essa analogia entre a física e a psicanálise, pois a julga esclarecedora para o conceito de economia, termo que pode parecer tão abstrato à primeira vista: As próprias ciências físicas não se pronunciam sobre a natureza última das grandezas cujas variações, transformações e equivalências elas estudam. Contentam-se em defini-las pelos seus efeitos (por exemplo, a força é o que produz um certo trabalho) e em compará-las entre si (uma força é medida por outra, ou melhor, os seus efeitos são comparados entre si). [...] Por isso Freud só invoca uma energia como substrato das transformações que numerosos fatos experimentais lhe parecem testemunhar. A libido, ou energia das pulsões sexuais, interessa-o na medida em que pode explicar

Concluimos, então, que estudar o ponto de vista econômico consiste em considerar que **a energia** que circula no aparelho psíquico se liga a uma ou outra representação (investimentos²⁵) e ocasionalmente exerce uma ação, rompendo a barreira do recalque. Consiste também em conceber que esta energia pode produzir distúrbios, quando bloqueada. Nada mais é do que uma hipótese imposta pela experiência clínica para, por exemplo, explicar **o caráter incoercível do sintoma neurótico**, geralmente revelado em frases como “eu não quero, mais é para além da minha vontade”, “é mais forte do que eu”, ou “sei que sou capaz, mas não consigo, algo me impede”. Ou para demonstrar que nas neuroses de guerra, e em geral nas neuroses traumáticas, os distúrbios parecem provocados por um choque demasiadamente intenso, uma excitação para além dos níveis de tolerância do sujeito.

Retornando à inicial interrogação de Assoun (1997a, 34-51): como o corpo pode se inflamar por ocasião de uma patologia orgânica fazendo estourar uma neurose? (orgânico → neurose). É exatamente o assunto que está sendo tratado, quando justificamos que a explicação econômica era imprescindível para compreender tal “substituição”.

Assoun demonstra que, para Freud, “uma transformação corporal - por inflamação ou lesão – acorda o trabalho do sintoma, de tal modo que este sintoma dado pela realidade se faz o representante de todos os fantasmas inconscientes que espreitam a ocasião de se apropriar de um meio de expressão”. Assim, a doença orgânica não cria uma neurose, que apareceria como substituta da primeira. **O que acontece, de fato, é que a doença orgânica desperta o trabalho do sintoma neurótico, por meio da fantasia.** Esta, por sua vez, se satisfaz tendo por fundo o sintoma que apreende o corpo simultaneamente pela lesão (orgânica) e pelo gozo fantasmático (FREUD, 1924 *apud* ASSOUN, 1997a).

É como se a fantasia estivesse à espreita, procurando uma forma de agir conforme o desejo, mas não tinha meios de realizar as ordens de seu “amo”. Com a doença orgânica, o fantasma “toma corpo”, e encontra, nesta transformação corporal, o catalisador necessário. Assim, com a desregulação energética (econômica) provocada pela afecção orgânica no sujeito, a neurose emerge. Sem ‘isto que se passa no corpo’, o fantasma ficaria adormecido e não encontraria uma saída para seu ‘sono forçado’.

mudanças do desejo sexual quanto ao objeto, quanto à meta, quanto à fonte da excitação. Assim, um sintoma mobiliza uma certa quantidade de energia, o que tem como contrapartida um empobrecimento ao nível de outras atividades; o narcisismo ou investimento libidinal do ego reforça-se às custas do investimento dos objetos, etc..

²⁵ Segundo Laplanche (2001), investimento estaria ligado ao fato de uma determinada energia psíquica se encontrar ligada a uma determinada representação ou grupo de representações, a um objeto, *a uma parte do corpo*.

O corpo doente organicamente encontra-se debilitado. Poder-se-ia dizer que os recursos significantes do sujeito estavam tomados por sua doença, ou que foram gastos na busca de um alívio para seu sofrimento. Metapsicologicamente, porém, temos que a “inflamação ou lesão” no corpo promove um desequilíbrio na energia libidinal do sujeito, sendo ele, a partir de então, “brinquedo de seus fantasmas” que acordaram para a ação²⁶. Dizemos, em psicanálise, que a libido volta para o eu, num movimento regressivo, auto-erótico.

Há, entretanto, casos em que Assoun (1997a) sinaliza o inverso do que descrevemos há pouco: quando uma neurose se dissipa e “surge” um sintoma no corpo. Nestes casos, o remédio para a neurose seria justamente a doença orgânica, como o próprio Freud já havia exemplificado no *Problema econômico do masoquismo*:

É instrutivo descobrir, contrariamente a toda teoria e expectativa, que uma neurose que desafiou todo esforço terapêutico pode desvanecer-se se o indivíduo se envolve na desgraça de um casamento infeliz, perde todo o dinheiro ou desenvolve uma doença orgânica perigosa. (FREUD, 1924, p. 183-184).

Sendo assim, uma neurose sobre a qual recaem todos os esforços terapêuticos se evapora subitamente, numa “coincidência” temporal com um evento externo. Assoun relembra os três exemplos freudianos: um desastre conjugal, um desastre financeiro e, o terceiro, que nos interessa diretamente, a doença orgânica.

Freud em 1918 já havia enunciado que um casamento infeliz e uma doença corporal são os deslocamentos mais comuns da neurose. Assim, na

[...] miséria do casamento infeliz, o sujeito ‘cai’: sua felicidade, ele a ‘perde’; sua ‘doença’, ele a adquire. Assim, como se diz tão bem, ele ‘deixa aí sua saúde’. Mas, finalmente, esta ‘doença’, ele ‘a tem’. Não seria aí que ele começa a ‘ficar preso’ a ela? Escutemos os sujeitos chamados ‘cronicizados’, evocando o momento em que eles ‘tomaram conhecimento’ de sua doença. (FREUD, 1924, p. 51).

Freud ressalta que o padecimento, o sofrimento do sujeito se mantém mesmo com tal deslocamento. Para ele, o que interliga esses dois “acontecimentos” é a necessidade de punição. “Por uma escolha conjugal inapropriada, eles se punem; eles admitem um longo

²⁶ Nesse sentido, as neurose atuais são, a nosso ver, juntamente com a experiência mística, um grande campo para pesquisas futuras, pois ilustram a questão econômica, em especial sobre os investimentos e afetos. Teremos oportunidade dar os primeiros passos nesta investigação ainda neste trabalho, e quem sabe, apontar perspectivas futuras.

estado doentio [de caráter] orgânico, como uma punição do destino e renunciam, então, freqüentemente, a uma perpetuação da neurose”. (FREUD, 1924, p. 45).

Este caso impõe a questão do ganho masoquista da doença e da “*intercurrence* inconsciente, ou seja, o cruzamento de um sofrimento neurótico com um processo orgânico mórbido”. (ASSOUN, 1997a, p. 44).

Como se pode recompor uma saúde psíquica, ficando doente fisicamente? O sujeito sofre verdadeiramente, numa tragédia interna da qual não se vê vestígio. Ele passa de um sofrimento invisível aos olhos alheios, do qual só ele (e talvez seu analista) é testemunha e passa a “dar a ver” seu sofrimento. A doença orgânica vem *dar corpo* a este sofrimento. Como já dissemos, em um ponto nada muda: o sujeito continua a sofrer. Seu sofrimento apenas passa do interior para o exterior. “Em tais casos uma forma de sofrimento foi substituída por outra e vemos que se trata de querer manter um determinado grau de sofrimento”, afirma Freud (1924, p. 184).

Há uma idéia recorrente no imaginário popular que se faz presente no círculo médico, e ousamos dizer, também é comum em algumas psicoterapias. Acredita-se que os pacientes queixosos, aqueles que se lamentam infinitamente do martírio que a doença lhe trouxe, seriam os que mais se colocariam à disposição do tratamento, os mais ansiosos em cooperar, o que demonstraria a menor resistência ao tratamento analítico. Mas como podemos explicar que algo tão esperado possa, simplesmente, não acontecer, deixando-nos perplexos ao constatar que é exatamente o oposto que se passa nos consultórios?

Sem dúvida, existe algo que sustenta este “mal” na vida destes sujeitos: se eles nada tivessem a ganhar com tal doença, e demonstrassem tamanha resistência, teríamos uma economia, no sentido metapsicológico, que nos faria pensar em um prazer na dor, talvez algo de originário. Não sendo este nosso entendimento, é preciso que nos questionemos metapsicologicamente sobre este ganho.

Para Assoun, o efeito curativo da doença orgânica procede de uma “operação masoquista”. Contudo, vejamos, cuidadosamente, em que termos o autor trata esta questão. O fenômeno do masoquismo é revelador de um conhecido problema econômico da vida psíquica, apresentado ao mundo científico pela psicanálise. A teoria psicanalítica se distingue de outros saberes, como a sexologia, por exemplo, por acrescentar um masoquismo para além daquele que designa a perversão, com o qual é associado freqüentemente. Ela põe em jogo o **masoquismo moral** “cujas manifestações clínicas são de uma diversidade e de um alcance

incalculáveis” (ASSOUN, 1997b²⁷, p. 39). Portanto, tal masoquismo difere daquele comumente referenciado a práticas sexuais cujo “conteúdo manifesto é de ser amordaçado, amarrado, dolorosamente espancado, açoitado, de alguma maneira maltratado, forçado à obediência incondicional, sujado e aviltado.” (FREUD, 1924, p. 179).

O masoquismo moral é visto, “presenciado”, através do “inegavelmente patológico” sentimento de culpa inconsciente, que se revela em ato, através do que Freud identificou e designou de “reação terapêutica negativa”. É ela que abastece o ganho da doença (ASSOUN, 1997b).

Assim, uma certa quantidade de sofrimento (nos casos clínicos onde há uma ‘troca’ de uma neurose por uma doença orgânica) deve ser mantida; nem que, para tanto, uma infelicidade real tenha de existir - como uma doença orgânica grave - em substituição à neurose que se “amansa” com a análise. É como se estes sujeitos não pudessem viver sem uma ameaça de sofrimento. Como complementa Assoun (1997b, p. 40): “Ele refaz uma saúde (moral), mesmo perdendo sua saúde (física)” (grifo nosso).

O “sentimento de culpa inconsciente” é bem vindo, como diz Assoun, mas apenas *em ato*, se manifestando no (e como) comportamento, pelo acaso dos maus encontros, hesitações e cambaleios, numa tradução, pelas incansáveis e permanentes gafes, da necessidade de punição. O sujeito nos dá a impressão de que, durante a trajetória de sua vida, procura “uma punição de um Outro misterioso” (ASSOUN, 1997b, p. 40).

Com a moralização do masoquismo, passamos do registro do sintoma e da perversão àquele da ‘norma de vida’. O masoquismo moral é uma maneira de se comportar na vida, de colocar em ato certa “libido dolorosa”. (ASSOUN, 1997b, p. 41).

Estes comportamentos dão a impressão de que estes sujeitos se encontram sob “a dominação de uma consciência particularmente tão sensível, embora não sejam conscientes em nada dessa moralidade” (FREUD, 1924, p. 186). Trata-se de uma reação à instância parental, disfarçada em seu destino. A não-consciência desta moralidade, às vezes, pode confundir ouvidos “desavisados”.

Roudinesco (1998, p. 683) confirma: “O masoquismo moral [...] se caracteriza, primeiramente por sua aparente distância da sexualidade e por um relaxamento dos vínculos com o objeto amado, voltando-se a atenção para a intensidade do sofrimento, seja qual for sua

²⁷ Todas as citações desta obra de Assoun foram traduzidas por nós.

procedência.”. E continua um raciocínio mais avançado: “[...] essa forma destrutiva de masoquismo resulta dos ataques do supereu ao eu, mas é importante distinguir este sadismo do supereu, geralmente consciente, do masoquismo moral, quase sempre inconsciente e cuja distância da sexualidade é pura aparência” (ROUDINESCO, 1998, p. 683).

O que avistamos é a instância do supereu, herdeiro do complexo de Édipo, responsável pela introjeção das exigências e interdições dos pais. O sujeito tem de lidar com uma parte de si que encarna uma lei e proíbe sua transgressão; ele é seu próprio juiz e censor, além de, nos casos acima, ser também o responsável por sua pena, paga com o próprio corpo, em sua própria carne²⁸.

Para Freud, o supereu tem estreita relação com a pulsão de morte. A ação da pulsão de morte poderia até ser percebida em estado puro quando tende a **desfundir-se** da pulsão de vida, por exemplo, no caso do melancólico, cujo supereu surge como “[...] uma cultura da pulsão de morte” (FREUD, 1923, p. 53, grifo nosso).

Laplanche (2001, p. 206), ao definir fusão pulsional, afirma que “A convergência de duas pulsões, isoladas na sua dinâmica, em um mesmo e único objeto não parece definir por si só a fusão [pulsional].” E continua: “é necessário uma harmonização das metas, uma espécie de síntese, cuja coloração específica cabe à sexualidade.” É à sexualidade que se atribui, numa situação de fusão pulsional, este papel de unificadora das metas. Entretanto, é à pulsão de morte que atribuímos toda a ‘anarquia’ decorrente de um caso de desfusão pulsional.

Portanto, a desfusão pulsional é o evento que pode explicar esse excesso energético existente no sintoma somático, o qual busca uma descarga ou meios de escoamento e, por não encontrar, promove um excesso de tensão psíquica (daí afirmarmos tratar-se de um desarranjo energético) que, por não conseguir vias simbólicas de expressão, utiliza-se do efeito plástico do ato inconsciente para se expressar no corpo, através de um sintoma somático, que se contrapõe ao sintoma expresso na linguagem, fruto de uma mediação simbólica.

Clinicamente, a desfusão pode ser verificada em outros casos, como lembra Roudinesco: “Outros exemplos de desfusão pulsional são as diversas formas de regressão e, em termos mais gerais, as formas de neuroses graves que levam à dominação da pulsão de morte. Inversamente, o desenvolvimento harmonioso do psiquismo, a passagem de um estágio para outro, atestam uma união pulsional” (ROUDINESCO, 1998, p. 215).

²⁸ Vale enfatizar que o supereu da criança não se forma a partir da imagem dos pais, e sim à imagem do supereu deles. O supereu da criança se torna o representante da tradição, de todos os juízos de valor que percorreram gerações.

O excesso energético evidenciado no sintoma somático, como já explicitamos, remete-nos às questões dos afetos. O intercruzamento do sintoma somático com as questões do destino do afeto dirige-nos aos casos especialmente exemplares das neuroses atuais, protótipo freudiano da Psicossomática. (LAPLANCHE, 1987, 2001; MCDOUGALL, 1991; ROCHA, 2000; FERNANDES, 2003; GOMES, 2005; JUNQUEIRA; COELHO JÚNIOR, 2005; CASSETO, 2006).

Nas neuroses atuais, Freud entendia haver uma transformação direta de excitação em angústia, que não pressuporia conflito, porque a excitação não encontra via simbólica e representação. Por outro lado, teríamos as psiconeuroses, cuja formação de sintoma se faz por mediação simbólica. Este último sintoma seria, assim, uma linguagem a ser interpretada, expressão de uma formação de compromisso, que inclui a realização de desejo e a interdição.

Outros autores também compactuam com esta opinião, como pode ser ilustrado nos dizeres de MacDougall (1991, p. 47): “Podemos descobrir o ‘elo perdido’ entre os estados histéricos e psicossomáticos na concepção articulada por Freud (1898, 1914, 1916, 1917) das ‘neuroses atuais’. Esse ‘elo perdido’ está estritamente ligado com a metapsicologia do afeto.” Volich (2006, p. 6) também apóia esta opinião:

A obra freudiana ofereceu elementos teóricos extremamente relevantes para esse campo, os quais se fazem notar principalmente nos artigos em que Freud faz menção às chamadas “neuroses atuais”, cujo conceito, apesar de pouco abordado por aqueles que mergulharam na reflexão psicanalítica até hoje, e mesmo pelo próprio fundador da psicanálise, serviu de principal ancoragem para as correntes que tratam especificamente do tema da psicossomática na atualidade.

Segundo Laplanche (2001), a teoria quantitativa dos investimentos é a única que pode traduzir a autonomia do afeto em relação às suas diversas manifestações. Para Assoun (1997a, p. 95), é de suma importância considerar o papel dos destinos do afeto para a formação de sintoma: “Em outros termos: o afeto não existe jamais – e não se faz tão intensamente sintoma – senão quando, segundo uma ou outra modalidade, ele se desconectou de seu ‘pendente’ representacional”.

A semelhança sintomatológica das neuroses atuais com os sintomas somáticos é surpreendente. Dentre alguns sintomas catalogados, temos, na neurastenia: pressão intracraniana, irritação espinhal, dispesia com flatulência e constipação (FREUD, 1895). São também recorrentes: fadiga física, acefaléia, parestesias espinhais e um empobrecimento da atividade sexual. (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001). Na neurose de angústia ocorrem mais

freqüentemente: espera ansiosa crônica, acessos de angústia com equivalentes somáticos como sobressaltos, inquietude, vertigens, expectativa ansiosa, opressão no peito, desmaios, falta de ar, urgência por urinar, pavores noturnos, agorafobia, além de distúrbios ligados as funções vasomotoras, glandular, cardíacas e respiratórias, dentre outros. (FREUD, 1895; LAPLANCHE, 1987). Portanto, cremos que é por estas e outras semelhanças, que se justifica a dedicação de algumas páginas à pesquisa sobre tal analogia.

Para Freud, o que se constata na histeria (um tipo de psicose) é uma excitação psíquica que conduz a reações somáticas; enquanto que na neurose de angústia (uma neurose atual) haveria uma tensão física que não consegue uma mediatização simbólica (portanto, psíquica).

Assim, nas neuroses atuais temos sintomas que não são uma expressão simbólica e sobredeterminada. Para Freud (1916-1917a, p. 388), “eles não têm nenhum ‘sentido’, nenhum significado psíquico”. São sintomas que se manifestam principalmente no corpo, mas que resultam diretamente da ausência ou da inadequação da satisfação sexual, diferentemente das psicose.

É ilustrativo o teor dos casos clínicos de Freud (1912, p. 314):

[...] 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 substitutos da satisfação sexual ou como conciliações entre impulsos pulsionais opostos, como é o caso dos sintomas psicoseuróticos (ainda que os últimos talvez possam ter a mesma aparência).

Assim, os sintomas das neuroses atuais não se configuram como uma formação substituta e sim como uma transformação direta da libido não satisfeita.

Na neurose de angústia, grande contribuição nosológica de Freud, teríamos três aspectos sintomatológicos: em primeiro plano, temos um *fundo de excitabilidade geral*. Essa excitabilidade põe em evidência o aspecto da perturbação econômica do quadro clínico. Ela traduz o acúmulo de excitação que o indivíduo revela-se incapaz de suportar (LAPLANCHE, 1987). Em segundo lugar, temos a *expectativa ansiosa*. Esta é um estado de ansiedade permanente, que está sempre na iminência de se centrar, de se fixar em qualquer objeto, sob qualquer pretexto. Esta expectativa ansiosa é o sintoma nuclear dessa neurose e, do ponto de vista teórico, pode-se dizer que “existe aqui um quantum de angústia livremente flutuante”. (FREUD, 1895). O terceiro tipo de sintoma surge sob o fundo desta expectativa ansiosa: são

os *acessos de angústia*. Alguns destes acessos podem estar desprovidos de conteúdos representativos, eles surgem sem que o sujeito se dê conta do que gerou a ansiedade. Mas também podem estar ligados a uma idéia ou a uma sensação somática. Ele geralmente surge ligado a um distúrbio de uma função corporal (cardíaca, respiração, excretora, digestiva, função vasomotora, etc). A angústia desta neurose estaria, assim, ligada a aspectos somáticos, sendo bastante próxima do que visualizamos como o sintoma no corpo, ou fenômenos sinto(soma)ticos que aqui estudamos.

Ressaltamos que a teoria da angústia aqui debatida é a primeira teoria da angústia da obra freudiana. Ela é reformulada posteriormente, mas não é substituída. Estamos colocando-a em evidência apenas porque é neste arcabouço teórico que Freud desenvolve suas elaborações sobre as neuroses atuais. Além disso, a teoria citada evidencia, sobremaneira, o aspecto econômico da angústia que tentamos abordar.

Para Freud, em todos os casos de neurose atual verifica-se um acúmulo de tensão sexual e uma incapacidade de descarga dessa tensão pelas vias “normais”, “específicas”. A sexualidade implica, para sua satisfação, em certas ações ditas “específicas”. “Existe uma certa especificidade e mesmo uma certa estereotipia da descarga sexual, do orgasmo. Quando essa via específica não pode ser tomada, produzir-se-ia uma espécie de descarga anárquica, por vias que não estão organizadas em vista de um ato: é nisso precisamente que consiste a angústia, ou todos os seus equivalente possíveis.” (LAPLANCHE, 1987, p. 25). Mas a teoria de Freud não se resume a isso, não se trata da simples idéia de uma repressão da sexualidade, portanto da atividade sexual, e de que a descarga ocorreria em outro lugar. Falta, para sermos fieis à teoria freudiana, perceber que nesta questão da angústia há uma inconformidade entre a excitação ao nível somático e a possibilidade de elaborá-la psiquicamente.

Assim, o conflito na neurose atual não se dá como na psicose. Na primeira, o conflito é entre o nível de excitação somática e o desejo psíquico. Não se trata de uma teoria onde simplesmente não há uma ‘saída’ libidinal adequada, “não é a excitação somática que, simplesmente, não encontra um coito adequado, uma descarga adequada; é isso sim, **a excitação somática que não encontra seu fiador a nível psíquico, e é ao nível de uma ausência de elaboração que se produz a derivação, sob a forma de angústia.**” (LAPLANCHE, 1987, p. 26, grifo nosso).

Nas constatações freudianas, os sujeitos que sofrem com a neurose de angústia **não** se queixam de desejos insatisfeitos. Ao contrário, eles afirmam existir um declínio do desejo

sexual. Assim, embora Freud constata uma série de disfunções sexuais, como coito interrompido “exageradamente tolerado”, o sujeito não sente um excesso ou acúmulo de libido. De fato, os relatos desses pacientes confirmam uma tradução a nível psíquico de baixa de libido. Por conseguinte, Laplanche afirma que “não há excesso de libido, no sentido preciso em que o termo é empregado aqui, mas escassez de libido, escassez de fiador psíquico.” (LAPLANCHE, 1987, p. 25).

Em uma carta a Fliess, Freud (1950 [1892-1899], p. 230) relata alguns casos clínicos:

As coisas se complicam cada vez mais, à medida que chega a confirmação. Ontem, por exemplo, vi quatro casos cuja etiologia, como evidenciado pelos dados cronológicos, só poderia ser o *coitus interruptus*. Talvez eu possa mantê-lo interessado, fazendo um breve relato desses casos. Eles estão longe de ser uniformes. [...] (3) Homem, 42 anos: filhos de 17, 16 e 13 anos. Esteve bem até há seis anos. Aí, com a morte do pai, súbito ataque de angústia com palpitações, temores hipocondríacos de câncer da língua; vários meses depois, um súbito ataque com cianose, pulso intermitente, medo de morrer, etc.; a partir de então, fraqueza, vertigem, agorafobia, alguma dispepsia. Este é um caso de neurose de angústia pura, acompanhado de sintomas cardíacos subsequentes a uma emoção; **contudo o coitus interruptus foi aparentemente tolerado com facilidade durante dez anos.** (Grifo nosso).

Nestes casos, a angústia gerada é associada a problemas energéticos correlativos a vida sexual do sujeito, como o coito interrompido. Mas isso não significa que qualquer indivíduo com uma vida sexual pouco ativa irá desenvolver sintomas de angústia dessa natureza. **Isso dependerá da vida fantasmática de cada sujeito.** Essa é a grande diferença da obra freudiana para algumas compreensões equivocadas do papel da vida sexual na etiologia das neuroses. O importante é frisar que “nos caso de neurose de angústia, esbarra-se com muita frequência nesta objeção por parte do próprio sujeito: ‘mas eu não tenho desejos sexuais’, ou ‘tenho menos desejos sexuais’ ou ‘longe de ter desejos insatisfeitos, eu tenho muito pouco desejos sexuais’. Na teoria freudiana, o acúmulo de excitação somática – o qual é efetivamente, considerado causal na angústia – jamais é explicado diretamente pela ausência de descarga ou de orgasmo.” (LAPLANCHE, 1987, p. 26).

O que está em cheque nas neuroses atuais é a ausência de ‘simbolização’ das excitações somáticas, sendo, portanto, da ordem de uma ausência de elaboração psíquica da excitação. Estamos num terreno extremamente próximo das nossas elucubrações sobre a defusão pulsional correlativa ao sintoma somático, que nos permite nominá-lo de a-simbólico. Mas, devemos estar atentos para não sucumbirmos no terreno arenoso da

afirmação de uma total ausência de relação com o simbólico nestes sintomas. Deve-se ter em mente que não podemos servir a afirmações e/ou conclusões de que não há um sentido no sintoma somático.

Laplanche (1987) também atenta para este fato e mostra um outro aspecto da questão. Para ele, crer em um tipo de sintoma que não tenha relação com o fantasma e, principalmente, acreditar que um sujeito nada tem a associar sobre seu sintoma é cair em uma arapuca armada pelas resistências deste mesmo sujeito:

[...] não se deve ser seduzido, apesar de tudo, pela hipóteses de que existiriam afecções sem simbolização. Excluir do determinismo simbólico seus dois extremos - por um lado o conflito, como se ele fosse doravante real e nada pudesse ser feito, por outro lado o sintoma, como se ele estivesse inscrito no corpo e bastasse operá-lo - não é apenas formular uma certa teoria, é entrar **num certo jogo do próprio paciente e de sua denegação**. (p. 41-42, grifo nosso).

Assim, nas neuroses atuais existe uma fonte de excitação somática incapaz de encontrar sua expressão simbólica, pois o conflito obstrui o caminho de uma descarga. Há realmente um conflito causal, mas não é parte interessada no mecanismo da neurose. Acreditamos ser aquilo que Assoun nomeia como derrocada das estratégias significantes. Nas psiconeuroses, o conflito se situa a nível psíquico. É um conflito interiorizado, intrincado em uma rede de várias representações, de elementos simbolizados, deslocados e condensados. Trata-se de sujeitos de uma vida fantasmática rica, onde os sintomas são nítidas formações do inconsciente, onde há uma mediação simbólica que necessita de uma fusão das pulsões de vida e de morte para se formarem.

Portanto, nos sujeitos somáticos temos a presença física do conflito psíquico vivido: algo nele dá-se a ver, no e pelo corpo, algo que se traduz como lesão orgânica, manifestando uma verdadeira coincidência do ato inconsciente e da ação plástico-corporal.

No sintoma analítico, diferentemente do somático, há um sentido *preciso*, uma verdadeira linguagem original criada por cada neurótico; donde resulta uma especificidade muito maior de cada sintoma, e, conseqüentemente, uma individuação muito maior. Isso justifica a aparente monotonia dos sintomas das neuroses atuais, tais como aqueles da neurose de angústia.

Portanto, podemos sintetizar que as argumentações tecidas nos trabalhos de Freud sobre a etiologia das neuroses atuais, tão ricas em manifestações e sintomas somáticos verdadeiros, expõem uma independência da dimensão simbólica, psíquica, e sua

complementar ancoragem no corpo. Ou seja, é possível destacar uma correlação: o caráter de ausência da dimensão simbólica da força pulsional, encampada pela figura da pulsão de morte desligada, aparece como análogo ao mecanismo formulado na teoria psicopatológica dos inícios freudianos, segundo o qual a pulsão (sexual) pode se desviar do campo psíquico, ou seja, do trabalho de investimento ou de ligação que o caracteriza, e voltar a excitar o pólo corporal.

Assim, a pulsão teria sua força posteriormente empregada de maneira incomum, produzindo tanto sintomas psíquicos de angústia, como sintomas de angústia sobre o corpo. Esta explicação de Freud, de 1894, sobre os mecanismos implicados na construção de sintomas corporais em seus pacientes angustiados, traz as marcas da primeira teoria sobre a angústia, amalgamada à segunda teoria das pulsões e às conceituações dos anos 20. Esta é a teoria que desejávamos destacar, pois ela põe em destaque a questão energética da angústia e dos afetos.

Acreditamos que a problemática dos afetos produz efeitos importantes para a prática clínica que devem ser observados, como sinaliza Teixeira: “Com a ênfase da psicanálise no destino pulsional do recalque, a problemática do afeto parece ter ficado em um plano pouco iluminado pelas teorizações, causando uma lacuna, muitas vezes, comprometedora dos rumos dos atos clínicos” (TEIXEIRA, 2006, p. 29).

Vimos que o corpo pode manifestar-se por meio de queixas e sintomas somáticos exteriores à lógica do recalque e da representação. Escutar este corpo através destas queixas, bem como escutá-lo pelo negativo, em face à ausência total de sinais corporais, como quer o mecanismo da denegação, não significa vê-lo destituído de sua dimensão subjetiva.

Ao contrário, como escreve Fernandes (2003, p. 40): “de fato, no que se refere aos sintomas corporais das doenças somáticas, podemos dizer que, se eles não possuem um sentido oculto segundo a lógica da conversão, a experiência clínica nos esclarece que eles ocupam, mesmo assim, um lugar, um local na economia fantasmática do sujeito”. Portanto, o importante é considerar o sintoma somático em sua dimensão positiva, aquela que concede a ele a possibilidade de ser historicizado e incluído numa rede de sentidos. O esforço do analista em escutar e ver o órgão que dói, a respiração ofegante ou a pele que descama, intervindo com a sua palavra seria, ainda, uma forma de proporcionar alguma reparação.

Por outro lado, devemos ressaltar também que a des fusão pulsional só pode produzir estes efeitos no corpo devido **à quinta característica que Assoun acrescenta ao sistema**

Inconsciente. É ela que permite ao sintoma somático possuir a plasticidade que ausente no sintoma psicanalítico.

O Inconsciente, em um sentido sistemático, é visto por Freud como uma instância psíquica independente e com leis próprias de funcionamento. Em seu texto metapsicológico *O Inconsciente*, de 1915, o autor delimita quatro características do sistema Inconsciente, que o diferenciam do sistema psíquico Consciente.

Assoun (1997a) retoma uma nota de rodapé freudiana no ensaio metapsicológico sobre *O Inconsciente*: “Reservamos para um contexto diferente a menção de um outro privilégio marcante do Ics.” (FREUD, 1915, p. 192). Para Assoun, a quinta característica do sistema inconsciente foi confiada a Groddeck na correspondência que Freud mantinha com ele: “**o ato inconsciente exerce sobre os processos somáticos uma ação plástica intensa que o ato consciente não exerce jamais**” (FREUD, 1917 *apud* ASSOUN, 1997a, p. 16, grifo do autor).

O autor compreende que o inconsciente é uma força influente nos processos somáticos. Tal influência é motivada não por uma concessão ou por uma eventualidade. Para o autor, trata-se de uma **propriedade do sistema inconsciente**, uma prerrogativa que apenas este sistema possui e que o distingue do sistema Consciente.

Sendo assim, trata-se de uma prerrogativa **estética** do ato inconsciente (*Leistung*) que in-forma os processos somáticos. Isto diz respeito à ação plástica dos processos inconscientes, ou seja, à possibilidade do inconsciente de agir sobre o corpo do sujeito que padece. Não sobre o corpo orgânico, pertencente ao campo de estudo da Medicina, mas àquele corpo sobre o qual a histeria fomenta sintomas que instituem uma audaciosa anatomia. Referimo-nos ao corpo físico, no qual a geografia corporal é redesenhada para satisfazer as necessidades do sintoma.

Portanto, Assoun (1997a, p. 17) afirma que é na “coincidência do ato (inconsciente) e da ação (plástica-corporal), que se pode situar o efeito físico”. Deste modo, temos a quinta característica do sistema inconsciente apresentada pelo o citado autor: o efeito plástico ativo do ato inconsciente sobre os processos somáticos.

Este efeito plástico permite-nos confirmar que o sintoma somático é muito mais uma fonte e escavação de um desvio entre o físico e o orgânico, do que entre o corpo e a mente, como assinala Assoun (1997a).

Assim sendo, podemos concluir que Assoun retoma as idéias capitais de Freud sobre o tema e extrai, a partir destas, uma propriedade inédita, ao menos explicitamente, no texto freudiano, que, para o autor, é crucial ao entendimento dos processos somáticos e, conseqüentemente, à compreensão de seus desregramentos. Somente através desta característica podemos entender como este excesso energético pode se direcionar ao corpo, não somente numa transposição simples e/ou linear, tal como mente → corpo, como podem supor alguns estudiosos destes fenômenos somáticos. O desvio para o pólo corporal é possível graças à propriedade do Inconsciente da qual nos fala Assoun. É assim que podemos falar sobre estes fenômenos do ponto de vista freudiano, que não é outro, senão o metapsicológico.

4 PERSPECTIVAS

Fizemos uma investigação metapsicológica do sintoma somático, que consistiu no estudo dos pontos de vistas tópico, dinâmico e econômico, em conformidade com aquilo proposto por Freud ao criar a metapsicologia. Tal investigação era fundamental para podermos distinguir o sintoma somático do sintoma expresso na linguagem.

Neste momento, avançaremos nossos estudos por caminhos ainda não totalmente conhecidos, por assuntos que são implicações dos aspectos metapsicológicos que abordamos no capítulo anterior. Trata-se da introdução de perspectivas para pesquisas futuras, da iniciação de questões que demandam maiores estudos concernentes a este tema.

Para tanto, temos que levar em conta três pontos relevantes: 1) Algumas observações sobre as questões econômicas referentes aos afetos, permitida a partir das aproximações da neurose atual com o sintoma somático; 2) A relação entre o prazer de órgão e auto-erotismo, relativo ao efeito da saturação física do sintoma somático; 3) Algumas noções sobre a questão estrutural desta patologia.

4.1 Neurose atual e sintoma somático

Anteriormente, no que concerne aos sintomas somáticos, afirmamos que um exame na teoria freudiana nos sugere que as neuroses atuais foram as primeiras observações específicas destas manifestações somáticas. Sendo assim, confiamos que um retorno a Freud era imprescindível, pois acrescentaria elementos à uma investigação metapsicológica (e etiológica) do sintoma somático, no tocante à dimensão econômica dos afetos.

Esta foi uma de nossas perspectivas: o que desregula a economia libidinal, a qual chamamos, assim como Freud, de neurose atual, tem muitas aproximações com o sintoma somático.

É interessante observar um desuso do conceito de neuroses atuais. Como pesquisadores, devemos nos questionar o porquê de uma aparente desconsideração e/ou

diminuição de interesse por estas neuroses, tanto por parte de Freud como de seus seguidores. Vejamos o teor das lições de Chemana e Vandermersch (2007, p. 261):

Aliás, o conceito de neurose atual caiu em desuso em psicanálise. A que responde o abandono desse termo? Freud sempre manteve sua convicção de que distúrbios atuais da vida sexual, ausência ou inadequação da descarga, podiam acarretar sintomas psíquicos devido uma intoxicação por produtos do metabolismo de substâncias sexuais.

Aqui se destaca uma importante questão: o desuso do conceito de neurose atual. Certamente, Freud tem seus motivos para deixar de se dedicar a este conceito. Apontaremos dois deles: (1) a crença de que as neuroses atuais não são do campo de sua teoria, já que esta se preocupa com as psiconeuroses, campo onde a psicanálise se apresenta como “recurso técnico mais importante para esclarecer esses estados”, pois “[...] as neuroses atuais, improdutivas no que concerne à psicanálise, não podiam mais ocupar o primeiro plano.” (FREUD, 1916-1917a, p. 390). Portanto, Freud prioriza – por questões metodológicas – os estudos das psiconeuroses, pois reconhece nestas um vasto e exclusivo campo para sua ciência. A escolha por este objeto de estudo poderia se justificar na abordagem inovadora da psicanálise sobre estes sintomas. Onde a medicina recuou, Freud não hesitou. Temos também (2) a expectativa de Freud de que a biologia e/ou química pudessem responder melhor à suas averiguações clínicas das neuroses atuais; afinal, seus sintomas não carregavam a mediação simbólica verificada nos sintomas das psiconeuroses, como o autor expõe nas linhas a seguir: “[...] os problemas das neuroses atuais, cujos sintomas provavelmente são gerados por uma lesão tóxica direta, não oferecem à psicanálise qualquer ponto de ataque. Ela pouco pode fazer para esclarecê-los e deve deixar a tarefa para a pesquisa biológica-médica” (FREUD, 1916-1917a, p. 389). A rigor, não haveria decifração a operar e, portanto, tais afecções não dependeriam da psicanálise.

Sobre a relação entre as neuroses atuais (no âmbito de suas expressões corporais) e os seguidores da teoria freudiana, Fernandes (2003, p. 115) afirma:

Freud jamais submete o corpo exclusivamente ao reinado da pura representação. Aliás, foi a tradição psicanalítica pós-freudiana que viu, durante muito tempo, a preocupação com a questão do corpo na psicanálise como uma espécie de heresia epistemológica, como um atentado contra a pureza da psicanálise.

Para a autora, foi a clínica psicanalítica que, supostamente, excluiu de seus consultórios os pacientes que buscavam análise por conta de queixas somáticas. Atesta ainda

que a surdez de certos analistas a tudo aquilo que se apresenta numa lógica diferente da neurose, “[...] acaba por obrigar o paciente a excluir, ele próprio, a psicanálise, simplesmente abandonando o processo terapêutico.” (FERNANDES, 2003, p. 115).

Também devemos lembrar da dialética existente entre as neuroses atuais e as psiconeuroses, e também daquilo que Freud intitula de neuroses mistas.

As neuroses atuais e as psiconeuroses parecem supor uma complementação estrutural. Freud cogita um núcleo de neurose atual em toda psiconeurose, ao mostrar a dialética existente na dualidade entre as classes de neuroses: “[...] o sintoma da neurose atual é muitas vezes o núcleo e a fase percussora do sintoma psiconeurótico.” (FREUD, 1916-1917a, p. 390). Seguindo esta ideia, as neuroses atuais produzem a complacência somática para as psiconeuroses, ou seja, elas oferecem-lhe o material de excitação. Neste sentido, qualquer mudança de ordem somática patológica pode ser convidativa para a instalação de um adoecimento psiconeurótico, condição esta que possibilita a expressão, pela via do sintoma, de fantasias inconscientes. Diz-se, com isto, que o recalcado retorna revestido de toda vicissitude simbólica na qual ele está implicado, mesmo que, inicialmente, seu núcleo formador tenha sido o de uma neurose atual esvaziada de simbolismo.

Para Assoun (1997a, p. 14), “[...] não seria possível marcar mais nitidamente o ancoradouro somático indelével de todo sintoma dito psiconeurótico.” Em outras palavras, a neurose teria como pontapé inicial “alguma coisa no corpo”.

É preciso então frisar, na direção central dessas considerações, que de acordo com Freud, **as neuroses são mistas**, fato que condiciona logicamente repercussões efetivamente atuais relativas ao complexo propriamente psiconeurótico. Dito de outra forma, conforme assinala Rocha (2000), não pode haver neurose “atual” que se esgote no tempo presente, visto sua posição nuclear no contexto próprio da psiconeurose. Esta questão da neurose mista, e da relação dialética entre a neurose atual e a psiconeurose necessita de maiores estudos, pois nos parece que pode fornecer maiores elementos para esta discussão.

4.2 Prazer do órgão e auto-erotismo: o efeito da saturação física

Com a psicanálise evidenciamos algo inusitado e apontado por muitos como mais fantasioso do que plausível: a introdução do conceito “prazer do órgão”. À primeira vista, uma afirmação um pouco estranha. Mas, o que é prazer do órgão e o que esta idéia pode acrescentar a nossa discussão?

Primeiramente, devemos lembrar, como nos mostra a Psicossomática, que o sintoma somático geralmente se faz representar através de um órgão. O caso de Ferenzi é bastante ilustrativo; ele inclusive propôs o termo “neurose de órgão” para caracterizar uma patologia que tinha como hipótese que “[...] a disposição de qualquer órgão do corpo para obter prazer pelo seu simples funcionamento poderia adquirir uma importância excessiva, a ponto de perturbar a atividade útil da função correspondente”. (CASSETTO, 2006, p. 125). Nesta categoria, Ferenzi (1919 *apud* CASSETTO, 2006) incluía as neuroses atuais, certas doenças como a asma nervosa, as neuroses de estômago, as neuroses cardíacas, a enxaqueca, dentre outros. A obra freudiana também impõe a necessidade de se estudar a economia dos órgãos, quando estes saem de seu silêncio habitual.

O prazer do órgão²⁹ é o modo de satisfação das **pulsões parciais** que emanam de diferentes lugares e regiões do corpo. A idéia de prazer no órgão, não obstante, comporta muito mais do que a mera junção das palavras “prazer” e “órgão”. Laplanche (2001, p. 349) esclarece o que está em jogo ao debater sobre o prazer do órgão:

A denominação prazer do órgão é sobretudo utilizada por Freud quando tenta aprofundar as suas hipóteses quanto à origem e a natureza da sexualidade no sentido que a psicanálise lhe conferiu, alargando-a para muito além da função genital. O momento de emergência da sexualidade é procurado na chamada fase auto-erótica, caracterizada por um funcionamento independente de cada pulsão parcial.

O prazer no órgão está relacionado ao momento do chamado auto-erotismo, quando a pulsão sexual não está dirigida para outro objeto; ela satisfaz-se no próprio corpo do sujeito, pontualmente.

²⁹ Frisamos a distinção que Freud faz entre genital e sexual, revelando a amplitude da conceituação de *sexual* na psicanálise. Para Roudinesco (1998, p. 704), Freud “[...] efetuou uma verdadeira ruptura teórica (ou epistemológica) com a sexologia, estendendo a noção de sexualidade a uma disposição psíquica universal e extirpando-a de seu fundamento biológico, anatômico e genital, para fazer dela a própria essência da atividade humana.”

Pommier (1996, p. 100-101) ilustra melhor o auto-erotismo proveniente das pulsões parciais:

Por exemplo, o tato, o olhar, a boca, o cheiro, etc. podem provocar um prazer que ainda não é o do ato sexual – uma realidade figurada pelo termo convencional ‘preliminares’. É verdade que, nessa ocasião, há um parceiro presente, mas a excitação em causa permanece auto-erótica porque cada protagonista entra nisso menos a título de uma pessoa do que como um conjunto de zonas erógenas, correspondentes às pulsões parciais. O objeto, mais do que o sujeito, é como que cortado em pedaços, conforme a necessidade, e assim se reduz a seus seios, sua altura, sua boca, etc. O parceiro sexual, como totalidade, passa então para segundo plano, devendo ser mentalmente apresentado em partes separadas, de acordo com certas partes atraentes de sua anatomia, para que daí resulte o efeito erétil esperado.

É exatamente a partir do prazer no órgão que podemos perguntar: o que seria o sintoma somático? Minimamente, podemos dizer que é uma afecção em um determinado órgão (estômago, intestino, pele) ou sistema (respiratório, digestivo, excretor, circulatório) de órgãos para a qual a medicina nada ou pouco tem a dizer. Enquanto analistas, temos de nos questionar sobre a “escolha” de um ou outro órgão pelo analisante: porque ele desenvolveu psoríase ao invés de uma úlcera gástrica, por exemplo? Trata-se da mesma questão colocada por Freud a respeito da escolha da neurose?

Supomos que não se trata da mesma questão, pois este local “escolhido” não teria a mesma relação simbólica que o sintoma histérico tem com o recalado, tal como compreendemos o sintoma somático. Acreditamos que esta é uma questão que deve ser discutida e interrogada pelo analista, para uma maior compreensão do sintoma somático expresso por seu paciente. São pontos que merecem um estudo mais aprofundado, a nosso ver, em ocasiões futuras.

Se um órgão pode obter prazer, dentro do contexto que a psicanálise trouxe para o termo sexual, distinguindo-o de genital, temos que admitir que todo e qualquer órgão, e não somente o genital, pode obter prazer. Em outros termos, todo órgão pode gozar. Como os órgãos genitais podem partilhar seus privilégios de obtenção de prazer, como outros órgãos não destinados à função sexual?

Como Freud, em *Pulsão e seus destinos* (1915c), já demonstrou, a pulsão nasce de fontes de excitação no interior corporal. Deste modo, o órgão seria literalmente a pulsão em sua fonte, pois não existiria pulsão sem uma certa excitação no corporal. O *Organlust*, prazer

do órgão, nos faz questionar o modo ambíguo de dessexualização que sustenta o processo de sintomatologia somática.

Porém, por mais distintas e opostas que possam ser tanto as pulsões sexuais como as de autoconservação, elas “[...] têm os mesmos órgãos e sistemas de órgãos à sua disposição.” (ASSOUN, 1997a, p. 70). Isto evidencia o que Assoun nomeou de órgão reversível. A boca que sacia a fome é a mesma que vibra de energia em um beijo apaixonado; a mão que permite segurar talheres é a mesma que faz vibrar o corpo sensível do amante. Isto se relaciona àquilo que Freud se refere como uma função dupla dos órgãos: uma função própria, orgânica, estritamente falando, ligada à função de autoconservação e uma função a mais, propriamente libidinal.

Sendo assim, podemos concluir o maior avanço freudiano, que é perceber que todo órgão – ou sistema de órgãos – deve “[...] gerenciar a dupla reivindicação do eu consciente e da sexualidade recalcada.” (ASSOUN, 1997a, p. 75). É no órgão mesmo que se produz este conflito de hegemonia ou de dominação entre as pulsões do eu (que apontam o narcisismo) e as pulsões sexuais (que se referem à perpetuação da espécie, à humanidade). Temos em questão o aspecto dinâmico do órgão relativo ao sintoma.

Trata-se de um verdadeiro princípio de reversibilidade, pois todo órgão comportaria uma reversibilidade libidinal: retornando ao interior, o órgão revelará, ao *verso*, uma função libidinal, enquanto que o *recto* apresenta a função autoconservadora. (ASSOUN, 1997a).

Freud, então, subverteria a visão biológica organicista, ao revelar, sob a aparência de uma arquitetura ordenada dos órgãos e das funções, uma “lógica secreta”. O prazer vem ao órgão, e isso significaria que “[...] há um prazer do órgão e que este prazer acha seu órgão dentre todos os órgãos em particular.” (ASSOUN, 1997a, p. 75). Imediatamente pensamos na **complacência somática**, relacionada com a escolha do órgão ou parte do corpo sob a qual se daria a conversão, que demonstraria a imbricação do desejo com o órgão afetado no sintoma. As associações livres das pacientes histéricas demonstram que o órgão afetado não poderia ser mais representativo para receber os investimentos libidinais de cada uma daquelas pacientes. Não poderia haver “escolha” melhor no meio de todo o corpo, via primeva de expressão da história de vida de cada sujeito.

Freud (1916-1917d, p. 314), em sua conferência *A vida sexual dos seres humanos*, afirma:

Os sintomas da histeria realmente nos levam a considerar que os órgãos corporais, além do papel funcional que desempenham, devem ser reconhecidos como possuidores de uma significação sexual (erógena) e que a execução da primeira dessas tarefas é perturbada se a segunda fizer exigências demasiadas.

E no sintoma somático, o que se passa? Acreditamos que para responder essa pergunta, precisamos lembrar o que destaca Assoun: “Assim, logo que os dedos ou os pés sejam submetidos a uma ‘erotização poderosa’, os órgãos mobilizados pelo eu nas suas funções normais – tocar piano, escrever ou andar – ficam perturbadas ou interrompidas.” (1997a, p. 77). Desta forma, uma saturação física (sentida no corpo físico, aquele sob o qual o sintoma somático age) pode ser provocada por um excesso de gozo, ou melhor, um excesso de estimulação sexual, que ocasionaria um desprazer funcional.

Esta **tensão física** continuaria no domínio físico, se inscrevendo no corpo, numa demonstração do efeito plástico dos processos inconscientes. Freud (1894, p. 240-241) nos esclarece:

Na neurose de angústia, existe uma espécie de conversão, tal como ocorre na histeria; contudo, na histeria, é a excitação *psíquica* que toma um caminho errado, **ao passo que aqui é uma tensão física que não consegue penetrar no âmbito psíquico, e, portanto, permanece no trajeto físico**. As duas [neurose de angústia e histeria] se combinam com extrema frequência. (Grifos nossos).

Assoun (1997a) utiliza-se dos textos de Ferenczi para nos mostrar que o corpo todo, em sua unidade, trabalha para buscar prazer, satisfazendo as exigências libidinosas do organismo. Assim, as satisfações auto-eróticas de cada órgão convergiriam em direção ao órgão genital, para um melhor aproveitamento para todo o corpo. Mas, esta “intensificação perigosa” poderia levar a um movimento individualizado, no qual cada órgão iria busca uma satisfação individual, a expensas do conjunto. É o movimento do “*salve-se quem puder*”, nas palavras de Assoun.

O que é relevante para nosso estudo sobre o sintoma somático é que uma lesão de órgão, que desregula este equilíbrio das funções duplas de cada órgão, pode provocar esta tendência à satisfação individual, promovendo assim uma narcisização do local lesado, que corresponderia a uma saturação física. cremos que estas questões da saturação e tensão física, além do narcisismo revelam horizonte para futuras pesquisas.

4.3 Sintoma Somático e estruturas clínicas

É preciso partir de uma dupla consideração: por um lado, é preciso considerar que, quando o sintoma somático aparece, coloca-se sempre, em princípio, a questão do ‘diagnóstico diferencial’; por outro lado, se a medicina é a única a ter competência nas doenças orgânicas, a psicanálise introduz aí esta “complicação não desejada” que é a neurose, objeto de denegação e impotência para a medicina. (ASSOUN, 1997a, p. 34).

Estudar o sintoma no corpo se coloca como um desafio, não somente pelas várias correntes e pontos de vista diferenciados sobre o tema, cada qual explicando, a seu modo este sintoma, mas também por conta de algo que chamaríamos de “sutileza diagnóstica”. Sem dúvida, tão difícil quanto tratar o sintoma somático, é diagnosticá-lo.

Assoun (1997a, p. 34) nos lembra que: “É preciso saber reconhecer a neurose sob o disfarce orgânico e também as vicissitudes orgânicas da existência neurótica.” De fato, algumas balizas teóricas devem nortear o analista, especialmente quando acolhe um paciente como este em seu consultório, de modo que possa perceber estas nuances. Decerto, a questão estrutural sempre esteve em discussão no que diz respeito a estes sintomas. Dentro da psicanálise, as opiniões são diversas: há aqueles que defendem uma estrutura “psicossomática”, ou seja, o paciente acometido desta sintomatologia não se enquadraria em nenhuma das três estruturas clínicas (a saber: neurose, psicose, perversão) e, portanto, estaria incluído numa quarta estrutura. Outros afirmam que estes sintomas só são observáveis em pacientes neuróticos e, por fim, também encontramos autores que defendem que os sintomas somáticos podem eclodir em qualquer sujeito, independente de sua estrutura clínica.

Dentre os autores que compartilham essa última opinião, encontramos Dejours, Vandermersch (1991) e Bélot-Fourcade (1991, p. 40). Este último acredita, inclusive, que:

[...] se a asma não aparece com efeito como sintomas de um sujeito, permitindo isolar um ‘sujeito psicossomático’, o sintoma de um paciente asmático sendo por outro lado observável no seu discurso, seja histérico, obsessivo ou fóbico, ela [a asma] participa no entanto de uma certa constituição, de um certo modo de relação com o mundo.

A noção de diagnóstico advém da clínica médica. Nela, sucintamente, temos dois objetivos precisos: a observação e a classificação. O primeiro se destina a determinar a natureza de uma afecção ou doença, a partir de sintomas e sinais, em referência a uma semiologia. O segundo objetivo localiza o estado patológico num quadro nosográfico.

Falamos sobre a questão da classificação e da nosografia em psicanálise, porque esta discussão nos remete à noção de “estrutura clínica”, de acordo com o que propõe Jacques Lacan.

Visualizamos a função principal do diagnóstico médico no objetivo classificatório do diagnóstico. Trata-se de estabelecer o tratamento mais adequado e apropriado e, em seguida, um prognóstico, isto é, a previsão daquilo que deve se passar com o paciente a partir de uma dada conduta médica.

Tendo em vista as devidas diferenças teóricas e técnicas destes dois saberes (a psicanálise e a medicina), observamos que a psicanálise tem uma singular **concepção de diagnóstico**, tratamento e cura. Vejamos: para cumprir a efetiva realização de um diagnóstico, o médico dispõe de numerosos instrumentos de averiguação, desde a investigação anamnésica (através da entrevista anamnésica) até exames de investigação dos mais variados, colocados à disposição pelos laboratórios. A única técnica de pesquisa de que se utiliza o analista, e que é seu instrumento a partir de seu próprio inconsciente, é a **escuta**, mas não uma escuta apenas do que relata o paciente, ao falar de seu sintoma.

A escuta analítica leva em consideração o desejo, o inconsciente, a fantasia, o imaginário, a própria alienação do sujeito em relação a seu sintoma; ele não se apercebe realmente daquilo que diz através do que enuncia. O sujeito, como qualquer um de nós, ignora de onde fala. Por esta razão, Jöel Dor (1994, p. 14) explica que “[...] o estabelecimento do diagnóstico se subtrai aos dados empíricos objetivamente controláveis. Sua avaliação é essencialmente subjetiva, na medida em que só se sustenta a partir do discurso do paciente, e toma apoio na subjetividade do analista que ouve.”

Aqui é preciso mostrar a acepção específica do termo diagnóstico no campo analítico. A noção de diagnóstico em psicanálise apresenta-se tão necessária quanto ambígua. Necessária porque uma hipótese diagnóstica é fundamental para a orientação do tratamento analítico, o que Lacan chama de **direção da cura**, que, por sua vez, não implica em diretrizes para a cura. Assim como na medicina, o diagnóstico em psicanálise também tem importância para o desenrolar do tratamento, mas, ao contrário do saber médico, não escolheremos um “tratamento mais apropriado”. A importância do diagnóstico na ciência de Sigmund Freud é de uma orientação para a cura. Então convém indagar do quê falamos quando dizemos “cura”. Seria a remoção do sintoma? A extirpação da angústia, a transformação do sujeito? Cura é mudança? Convém interrogar e refletir.

A ambigüidade do diagnóstico analítico, porém, se evidencia no fato de que a confirmação da hipótese diagnóstica só advém após um *certo tempo* de tratamento. Essa dimensão paradoxal é que constitui toda a especificidade do diagnóstico em psicanálise. Afinal, ele só é possível através do desdobramento da estrutura do sujeito na transferência. Jöel Dor (1994, p. 15) esclarece esta questão da seguinte forma:

É quase impossível determinar, com segurança, uma avaliação diagnóstica sem o apoio de um certo tempo de análise. Mas é preciso, no entanto, circunscrever, o mais rápido possível, uma posição diagnóstica para decidir quanto à orientação da cura.

Podemos, então, entender a função das entrevistas preliminares, tendo em vista a necessidade deste tempo de observação, mesmo sabendo que tais entrevistas também se destinam a outros fins. Quando, mais acima, falamos do objetivo classificatório no diagnóstico médico, citamos a questão da **nosografia**. Este tema também perpassa o diagnóstico psicanalítico, na tentativa de balizar o âmbito da clínica.

A psicanálise introduz, como balizamento para o diagnóstico, o conceito de **diagnóstico estrutural**, através da noção de estrutura. Estamos falando de balizas metapsicológicas que nos permitem circunscrever certas entidades nosográficas relativamente estáveis: a neurose, a psicose e a perversão. Não cabe aqui uma exploração do conceito de cada uma destas estruturas psíquicas. O que intencionamos frisar é que a estrutura psíquica é a forma encontrada pelo sujeito de sustentar economicamente seu desejo e de se relacionar com o mundo.

Aqui intencionávamos mostrar considerações importantes sobre o aparato teórico que sustenta nossa prática clínica. Consideramos ser fundamental formular uma hipótese diagnóstica com base no diagnóstico estrutural. Um atendimento baseado em **aspectos meramente fenomenológicos**, ignorando os traços estruturais, sem levar em consideração a existência do inconsciente, poderia resultar em um diagnóstico de psicose, por exemplo, para uma pessoa neurótica. Tal ato mostrar-se-ia equivocado e comprometeria o processo analítico, e o destino das pessoas que nos confiam suas vidas, haja vista que já demonstramos a importância deste diagnóstico para a orientação da cura. Como seria para este neurótico julgado como psicótico, por exemplo, receber medicação e ser assim tratado por todas as pessoas mais próximas, correndo riscos inclusive de internação? É necessário se pensar sobre isto.

A psicanálise, com a introdução do diagnóstico diferencial, ultrapassa aquele diagnóstico que se pressupõe uma lista de sintomas, em que basta constatar sua presença ou ausência para decidir sobre uma patologia ou outra. Não são sobre estes termos que ela se organiza. Não basta termos um paciente no qual se verifica o desafio à lei e a transgressão para se decidir por uma classificação perversa, mesmo que este seja um traço estrutural importante para esta estrutura. Como demonstra Dor (1994, p. 44), estes traços podem estar presentes em outras estruturas, como a histérica e a obsessiva, mas a transgressão não se articula nestas estruturas da mesma maneira que na perversão:

[...] lembremos a propícia compulsão dos obsessivos ao engajamento em todas as formas de competição ou de ordem de domínio. O conjunto destas situações permanece subtendido pela problemática de uma adversidade a desafiar. No entanto, mesmo que esta dimensão do desafio estando ativamente presente no obsessivo, percebe-se que por isso mesmo qualquer possibilidade de transgressão é quase impossível [...] de fato, o obsessivo é bastante preocupado com as regras do combate e com a menor desobediência à regra.

Assim, temos duas questões: 1) há de se situar o paciente somático dentro de uma estrutura (ou mesmo em uma quarta), para as diretrizes no tratamento analítico, dentro de todas as balizas que apontamos anteriormente; 2) uma reflexão sobre o diagnóstico estrutural destes pacientes seria muito importante para o desvencilhamento da psicanálise do diagnóstico da medicina, já que ainda dependemos desta ciência para nos dizer sobre que sintoma se trata. Embora saibamos que o trabalho multidisciplinar nestes casos é fundamental, se faz necessário, a nosso ver, um melhor posicionamento sobre esta questão.

Nossos estudos, até o momento, nos indicam que o sintoma somático se situaria na estrutura neurótica, excluindo a questão de uma quarta estrutura. Primeiramente, porque a leitura das neuroses atuais nos mostra que o próprio Freud situou aqueles fenômenos dentro da neurose, e não abandonou tal posicionamento até o fim de sua vida. Tal disposição não nos parece ter sido obra do acaso. De fato, falência e ausência de simbolização são termos distintos; nós atribuímos apenas a primeira aos sintomas somáticos, pois acreditamos que a derrocada das estratégias significantes têm como pressuposto o recalque como mecanismo de defesa, através do qual as estratégias significantes se edificam, para, só depois, sucumbirem. Portanto, nesta linha de raciocínio, estariam estes sintomas relacionados com uma estrutura neurótica. Entretanto, tal questão exige extremo cuidado e estudo, o qual pretendemos desenvolver apenas em momentos futuros, pois não dispomos dos dados necessários até o presente momento.

Alguns autores abordam a temática nosográfica através da investigação do gozo, como Eric Laurent, e não mediante as estruturas. Assim afirmou Laurent (1996, p. 30): “[...] não há, propriamente falando, uma estrutura do sujeito psicossomático, mas um gozo, que é um fenômeno de borda – quanto àquilo que, no sujeito propriamente dito, é afetado pela estrutura.”

Sabemos que este assunto é essencial para o tratamento dos pacientes somáticos, mas julgamos não ser possível, neste trabalho, o seu aprofundamento por este não ser nosso intuito, e por acreditarmos que tal meta requer um outro trabalho. Todavia, gostaríamos de deixar sobre estes temas umas últimas palavras de Assoun (1997a, p. 28-29), que dão um “gancho” para futuras discussões, pois abordam o tema dos traços demarcadores da diferença entre sintomas orgânicos e outros sintomas (histérico e somático):

Há aí uma descrição, trazida pelo exemplo histérico, que nos parece ter uma significação verdadeiramente estrutural. Levantaremos a hipótese de que o aparecimento do significante físico no corpo, no momento em que ele se “organiciza”, isto é, segue o traçado orgânico na sua forma devida – homologável pelo saber anatômico e medical – é suscetível de trair sua verdadeira “origem” por conta deste duplo caráter: ***hiperlocalização do efeito corporal e intensificação de suas manifestações***. Dizendo isto de forma imagética: a marca de um corpo que “fala” para além das manifestações orgânicas, é que, na intensidade da manifestação, ele “acrescenta” e “aponta” a manifestação para um local, sobredeterminado para este fim. (Grifos do autor).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desenvolvemos, aqui, um estudo metapsicológico sobre o sintoma somático: tema de uma tese recente de Paul-Laurent Assoun (1997a) para tratar das patologias do corpo que excedem o sintoma que se articula simbolicamente na clínica psicanalítica. Nossa intenção era propor uma alternativa de raciocínio epistemológico à querela dos sintomas que se passam no corpo, aos quais a medicina pouco ou nada consegue dizer, e aos quais a psicanálise psicossomática lança vários e distintos discursos.

Para este autor, existe uma “[...] posição do corpo recapturada pelo real inconsciente, irreduzível à sua consideração no orgânico (posição médica do corpo) e à sua ‘redução psicossomática’.” (ASSOUN, 1997a, p. 6). Realizamos nosso trabalho tendo esta afirmativa em foco: distinguir o sintoma somático do sintoma orgânico (aquele da concepção médica do corpo), do psicossomático e do sintoma analítico. Para esta última distinção, entretanto, vimos que se fazia necessária uma delimitação metapsicológica do sintoma somático.

Esta alternativa, além de condizer com nossa trajetória pessoal de interesse pelo estudo da epistemologia das ciências, foi elaborada com a lucidez das diversas escolas e teorias psicossomáticas existentes dentro do corpo teórico da psicanálise, que dificultam penosamente o entendimento de tais patologias.

Vejamos alguns exemplos. Juan-David Nasio (1993b) propõe que estes eventos são formações do *objeto a*; Jean Guir (1988, 1997 *apud* GOMES, 2005, p. 55) acredita que “[...] 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 do corpo.” MacDougall trabalha com a hipótese de uma desafetação correlativa ao sintoma somático, vendo-a como uma demanda de sentido: “[A desafetação] remete ao discurso que qualificarei de palavra desafetada, no qual as palavras não tem mais sua destinação primordial, isto é, sua função de ligação pulsional; existem apenas como estruturas congeladas, vazias de substância e significação.” (MACDOUGALL, 1991, p. 104).

Dejour (1999, p. 40) também compactua com a idéia de que o sentido não está na origem do sintoma, sob outros termos: “[...] o sentido do sintoma somático, se é que ele existe não está no sintoma, mas no trabalho de interpretação eventualmente desencadeado por ele.”

Pierre Marty (1993), fundador da Escola Psicossomática de Paris, atribui a esses fenômenos um tipo singular de pensamento, o pensamento operatório, chamando atenção para a dificuldade de mentalização nos pacientes somáticos. A escola de Chicago, na figura de Alexander, relaciona esta patologia a tipos de personalidades específicos. Já Groddeck, também contemporâneo a Freud, acredita que o motivo do sintoma somático elucida-se pelas consequências que ele provoca, mesmo que sejam simbólicas.

Enfim, muitas são as correntes e hipóteses, bem distintas na maioria dos casos. Como se situar? Nossa opção foi buscar o referencial freudiano, na tentativa de estudar o sintoma somático pelo viés epistemológico, único guardião da possibilidade de interlocução da psicanálise com as demais disciplinas. Para nós, só há, efetivamente, uma distinção entre o sintoma somático e as outras acepções do sintoma (a orgânica, a psicossomática e, principalmente, aquela do sintoma analítico): aquela que se dá através de uma investigação metapsicológica.

Assim, realizamos uma discussão que permitiu um entendimento da distinção de inteligibilidade entre estes sintomas. Sob as distinções do nosso objeto de estudo e o sintoma orgânico, percebemos que sob o ponto de vista da medicina, como um todo, o tratamento médico almeja a eliminação do sintoma do sujeito. Ele é a expressão da doença, compreendido como algo sem nenhuma utilidade ao sujeito (não há uma nada do próprio sujeito na constituição do seu sintoma) e do qual ele deve-se livrá-lo o mais rapidamente possível. O desaparecimento do sintoma norteia e é o objetivo final de todo este tratamento.

Ora, se no arcabouço teórico da medicina o sujeito não está implicado em seu sintoma torna-se compreensível a tentativa médica de extirpação dele. Ele simplesmente não fará nenhuma falta, porque ele não sustenta nada. O que difere da psicanálise, que acredita que o sintoma sustenta um desejo, embora, ao doente, seu sintoma só pareça trazer-lhe sofrimento. Uma contradição aparente que a psicanálise sabe explicar e demonstrar na clínica analítica.

Assim, o sintoma médico é produto de uma concepção biológica de corpo que o compreende como um organismo, detentor de uma distribuição anatômica de órgãos e sistemas funcionais. O sintoma analítico leva em consideração as leis do desejo inconsciente, pensando o corpo como um “todo” em funcionamento coerente com a história do sujeito. A psicanálise estabelece uma passagem da lógica da anatomia para a lógica da representação.

O corpo da psicanálise é, portanto, um corpo atravessado pela linguagem. (FERNANDES, 2003). No entanto, esta lógica da representação, que analisamos relativa à

consideração do simbólico no sintoma analítico (entendido como uma formação do inconsciente), não esgota a problemática do sintoma somático. Conforme vimos, o sintoma somático põe em jogo outros destinos do afeto, para além daqueles já conhecidos por nós. O sintoma somático mostra-se como efeito de uma desfusão pulsional, relativo à derrocada das estratégias significantes do sujeito, ou seja, revela-se um sintoma para além da lógica da representação.

No que diz respeito ao sintoma, tal como a psicossomática propõe, Assoun (1997a) considera que elas tentam explicar o sintoma somático como um prolongamento do psíquico, ou seja, confundem o Inconsciente com a psiquê. Para ele, portanto, “[...] o sintoma é primeiramente uma escavação de um desvio entre físico e orgânico – muito mais do que entre corpo e mente” (p. 28). Ademais, o Inconsciente é o *missing link*, o elo faltante entre o psíquico e o somático, não reencontrável. Trata-se da visão monista freudiana da relação corpo-mente. Tal postura ainda comprova o próprio conceito de pulsão, como o “conceito limítrofe entre o psíquico e o somático”. Para Freud (1997a, p. 94), “[...] a pulsão seria o orgânico agindo psiquicamente”.

E em relação ao sintoma analítico? Para distingui-lo do sintoma somático foi necessário realizar uma investigação metapsicológica deste último, que consistiu no estudo dos pontos de vistas tópico, dinâmico e econômico, em conformidade com aquilo proposto por Freud ao criar a metapsicologia.

Assim procedemos porque Freud imaginava que **“É impossível definir saúde, exceto em termos metapsicológicos**, isto é, por referência às relações dinâmicas entre as instâncias do aparelho psíquico que foram identificadas – ou (se se preferir) inferidas ou conjecturadas – por nós.” (FREUD, 1937, p. 241, grifo nosso). Deste modo, também não existiriam outros parâmetros para compreendermos uma patologia, tal como o sintoma somático, a não ser metapsicologicamente. E foi isso que realizamos.

Ao estudarmos o aspecto tópico deste sintoma, ponto de vista que se fundamenta na premissa de que a diferenciação do psiquismo tem um significado funcional, centramo-nos na chamada segunda tópica freudiana, na qual Freud fez intervir três instâncias ou lugares psíquicos: o isso, o eu e o supereu. A este respeito, concluímos que ao sintoma somático subjaz uma alteração dessas instâncias, evento que não ocorre no sintoma analítico. No sintoma em estudo, temos um desarranjo das relações habituais das instâncias, a que Assoun se refere como “depressão egóica” e “subida do isso”.

No aspecto econômico, analisamos a perspectiva do quantum de afeto, investimento e desinvestimento pulsionais e, principalmente, o evento da defusão pulsional. Concluímos que o sintoma somático implica numa defusão pulsional, devido a desarranjos na economia libidinal do sujeito.

Sob o ponto de vista dinâmico, investigamos a perspectiva do conflito, em que apontamos a derrocada das estratégias significantes que está implicada no sintoma somático.

Consideramos válido, ainda, ressaltar que quando o sujeito adoece, revelando um sintoma no corpo, inicia-se uma jornada pessoal incessante: seu sintoma se faz presente em seu próprio corpo e por isso ele acredita que deve buscar a ajuda médica para sanar sua dor. Todavia, costumeiramente é encaminhado de um especialista a outro; muitas vezes fica sem respostas, em outras recebe medicamentos paliativos e, em poucas vezes, a psicoterapia ou análise é sugerida. Contudo, geralmente, o sintoma continua a pulsar, no corpo.

Como exemplifica Botega (2002, p. 269-270):

A somatização leva a testes laboratoriais desnecessários e dispendiosos, hospitalizações repetidas, condutas iatrogênicas, por exemplo, múltiplas cirurgias, uso abusivo e inadequado de medicamentos, impacto na família e na vida social, incapacitação e redução de renda, entre outras. A somatização é responsável por 10% dos custos diretos com saúde, sendo que os pacientes somatizadores têm um custo total com saúde nove vezes maior do que outros pacientes, um custo hospitalar seis vezes superior e custo 14 vezes maior com consultas médicas (Ford, 1983). Pacientes somatizadores permanecem internados até sete dias por mês, quando na população geral, a média é de 0,5 dia/mês (Katon e cols., 1984 a, 1984b; 1991; Smith e cols., 1986; Rundell e Wise, 2000).

A postura da psiquiatria, ramo da medicina que se propõe a estudar as patologias em que se supõem uma causalidade psíquica, tal como define o DSM- IV, manual de referência psiquiátrica, causa um pouco de indignação, pois a psiquiatria abandonou há mais de trinta anos uma abordagem estrutural do sujeito – que levava em consideração seus afetos e seu vivido existencial – para uma investigação atórica de seus comportamentos (ROUDINESCO, 2005). Como atesta a célebre autora:

Desde que se separou da psicanálise sob a influência de uma concepção comportamental da condição humana, e desde que a última versão do Manual diagnóstico e estatístico de distúrbios mentais (DSM) tornou-se a única referência “científica” para a classificação das doenças mentais e dos distúrbios psíquicos, a psiquiatria renunciou a qualquer forma de missão salvadora para se colocar a serviço dos laboratórios farmacêuticos e da ditadura da perícia técnica. (ROUDINESCO, 2005, p. 87).

Longe de debater a utilidade ou não dos medicamentos e de desprezar o certo conforto que eles trazem, apenas mostramos que eles não podem curar o ser humano dos seus sofrimentos psíquicos. “A morte, a paixão, a sexualidade, a loucura, o inconsciente e a relação com o outro moldam a subjetividade de cada um, e nenhuma ciência digna desse nome conseguirá pôr termo a isso, felizmente.” (ROUDINESCO, 2000, p. 9).

Vimos que a psicanálise observou para além de causas orgânicas e funcionais nos sintomas de conversão e promoveu uma torção no pensamento médico da época. Uma torção por seu saber comportar uma outra concepção de corpo, portadora da ideia de que essas afecções corporais histéricas eram causadas pela intervenção de elementos simbólicos sobre o corpo. A teoria freudiana evoluiu construindo novas possibilidades de pensar a questão do corpo e do sintoma. Esta descoberta não pode ser abandonada, por mais que as políticas de saúde atuais possam, em alguns momentos, parecer esquecê-la:

Em nome de um cientificismo policialesco, essas políticas [de saúde] buscam avaliar o distúrbio mental e o sofrimento psíquico na sociedade a golpes de perícias e tratamentos, em geral ineficazes. [...] ora, se entregar a esse gênero de rastreamento, esquece-se que, no domínio do psíquico, o imperativo da norma e da patologia não é da mesma natureza que o que rege o corpo orgânico. (ROUDINESCO, 2005, p. 87-88).

Não é o corpo da ciência que nos interessa, e sim o espaço em que circula uma multiplicidade de fluxos de gozos, como enfatiza Nasio (1993a). Concordamos com Nasio (1993a, p. 134) ao afirmar que “[...] gozo não é o prazer, mas o estado que fica além do prazer; ou, para retomarmos os termos de Freud, ele é uma tensão excessiva, um máximo de tensão.”

Nestes graus de provação sobre os quais o sujeito está submetido, a tensão psíquica, tal como mostrava Freud, eleva-se a um ponto que culmina com a irrupção do sintoma somático. Assoun (1997a, p. 74) mostra que:

[...] o benefício do sintoma somático, suspenso entre dor e anestesia, entre desespero e gozo: ‘sofre como uma besta’... para não subjetivar o sofrimento. **Incorporar**, na falta de **introjetar**. [...] “Mas radicalmente, ela [a linguagem da necessidade] toma a forma de uma anestesia: o corpo torna-se o lugar da repetição do real insimbolizável que, na falta de passar pela linguagem – em seus recursos metafóricos – se inscreve nesta escritura ou inscrição corporal. (Grifo do autor).

Podemos concluir, destarte, que a proposta de Assoun (1997a) se configura como um campo legítimo para a psicanálise (e não para a medicina), isto é, campo do inconsciente pelo prisma da sexualidade.

Isto põe a questão do sexual: pois a experiência analítica retoma, para além da função biológica, esta espécie de ação interna do sexual em toda manifestação corporal – o que as ânsias pulsionais e o interesse narcisista traduzem. É pelo sexual que se desmembram os dois destinos do somático: o orgânico e o físico. (ASSOUN, 1997a, p. 16).

O sintoma somático constitui, então, uma presença física do conflito. Nele, algo da demanda e do desejo do sujeito se dar a ver **no e pelo** o corpo. Para o autor, isso equivale a dizer que algo de uma desintração pulsional se manifesta, se traduz na lesão orgânica.

Ele implica em um novo paradigma, em um questionamento sob o posicionamento deste perante os mecanismos de defesa relativos às estruturas clínicas, como afirma Fernandes: “Explorar as relações entre o corpo e o inconsciente implica, então, em não restringir nossas possibilidades de reflexão para além da lógica do recalçamento.” (FERNANDES, 2003, p. 111). Não estamos afirmando que não se trata de uma neurose, por exemplo. Estamos concluindo que esta questão merece maior aprofundamento, em ocasiões futuras, tendo em vista sua importância.

Portanto, vimos que o corpo tem modos de se significar, seja através de metáforas, como atestam os sintomas histéricos, seja através de assimbolizações, como manifestam os sintomas somáticos. Cabe a nós escutá-lo, ou ao menos tentar, no terreno da transferência.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM IV**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

ASSOUN, Paul-Laurent. **Metapsicologia freudiana**: uma introdução. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

_____. **Leçons psychanalytiques sur corps et symptôme**. Tome 1. Clinique du corps. Paris: Anthropos/Economica, 1997a.

_____. **Leçons psychanalytiques sur corps et symptôme**. Tome 2. Corps et inconscient. Paris: Anthropos/Economica, 1997b.

AGUIAR, Acácia. Lins de . Por uma epistemologia interna às ciências: a psicanálise como objeto de estudo. In: ENCONTRO DE INICIAÇÃO A DOCENCIA DA UFC, 13., 2004, Fortaleza. **Anais dos Encontros Universitários da UFC 2004**. CD-ROM.

BARROCAS, Ricardo L. L. **Experience mystique et jouissance**: Jean de La Croix, Angelus Silésius et Lacan. 2002. Tese (Doutorado em Psicologia) – Université Paris 13, Paris, 2002.

_____. **A experiência mística e o sintoma no corpo**. Notas de orientação, Fortaleza, 2005.

_____. **O sintoma no corpo**. Notas de orientação. Fortaleza, 2006.

BEAUCHESNE, Hervé. **História da psicopatologia**. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

BÉLOT-FOURCADE, Pascale. Considerações pneumáticas sobre “a grande atmosfera”. In: TEIXEIRA, Ângela Batista do Rio (Org.). **O sujeito, o real, o outro e o casal parental**. Salvador: Ágalma, 1991.

BOTEGA, José Neury (Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral**: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CASSETTO, Sidnei José. Sobre a importância de adoecer: uma visão em perspectiva da psicossomática no século XX. **Psyché**, São Paulo, ano 10, n. 17, p. 121-142, jan./jun. 2006.

CAVALCANTE, Leônia Teixeira. Um corpo que dói: considerações sobre a clínica psicanalítica dos fenômenos psicossomático. **Latin-American journal of fundamental psychopathology on line**, ano 6, n. 1, p. 21-42, 2006.

CHEMAMA, Roland. **Dicionário de Psicanálise Larousse**. Tradução de Francisco Frankie Settineri. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

_____.; VANDERMERSCH, Bernard. **Dicionário de Psicanálise**. Tradução de Francisco Settineri e Mario Fleig. Rio Grande do Sul: UNISINOS, 2007.

COSTA, Tatiana Tostes Vieira da. **Uma Leitura Psicanalítica acerca da dependência de substâncias psicoativas**. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

DEJOUR, Christophe. As doenças somáticas: sentido ou sem sentido? **Pulsional**: Revista de Psicanálise, São Paulo, n. 18, p. 26-41, 1999.

DOLTO, Françoise. **Como orientar seu filho**. Tradução de Celina Portocarreto. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989. v. 1.

DOR, Joel. **Estruturas e clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1994.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. **O cálculo neurótico do gozo**. São Paulo: Escuta, 2002.

FERNANDES, Maria Helena. **Corpo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. (Coleção Clínica Psicanalítica, 12).

FREUD, Sigmund (1893a). Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas. *In*: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud** [ESB]. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago. 1996. v. 3.

_____. (1893b). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: uma conferencia. *In*: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud** [ESB]. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago. 1996. v. 3.

_____. (1894). As neuropsicoses de defesas. *In*: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud** [ESB]. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago. 1996. v. 3.

_____. (1895 [1894]a) Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia”. *In*: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud** [ESB]. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago. 1996. v. 3.

_____. (1895 [1894]b) Obsessões e fobias (Seu mecanismo psíquico e sua etiologia) *In*: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud** [ESB]. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago. 1996. v. 3.

FREUD, Sigmund. (1895). Estudos sobre a histeria. *In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* [ESB]. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago. 1996. v. 2.

_____. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. *In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* [ESB]. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago. 1996. v. 7.

_____. (1911). Formulações sobre os dois princípios de funcionamento mental. *In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* [ESB]. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago. 1996. v. 12.

_____. (1915a). O instinto e suas vicissitudes. *In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* [ESB]. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago. 1996. v. 14.

_____. (1915b). O Inconsciente. *In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* [ESB]. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago. 1996. v. 14.

_____. (1915c). Pulsões e destinos das pulsões. *In: FREUD, Sigmund. Ensaios sobre a psicologia do inconsciente*. Coordenação geral da tradução Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago Editora. 2004.

_____. (1916-1917a). Conferências Introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXIV: o estado neurótico comum. *In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* [ESB]. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago. 1996. v. 16.

_____. (1916-1917b). Conferências Introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXIII: os caminhos de formação dos sintomas. *In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* [ESB]. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago. 1996. v. 16.

_____. (1916-1917c). Conferências Introdutórias sobre psicanálise. Conferência XIV: Psicanálise e Psiquiatria. *In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* [ESB]. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago. 1996. v. 16.

_____. (1916-1917d). Conferências Introdutórias sobre psicanálise. Conferência XX: a vida sexual dos seres humanos. *In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* [ESB]. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago. 1996. v. 16.

_____. (1916-1917e). Conferências Introdutórias sobre psicanálise. Conferência XVII: o sentido dos sintomas. *In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* [ESB]. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago. 1996. v. 16.

FREUD, Sigmund (1920). Além do princípio do prazer. *In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* [ESB]. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago. 1996. v. 18.

_____. (1923). O Ego e o Id. *In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* [ESB]. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago. 1996. v. 19.

_____. (1924). O problema econômico do masoquismo. *In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* [ESB]. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago. 1996. v. 19.

_____. (1925). A negativa. *In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* [ESB]. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago. 1996. v. 19.

_____. (1930). Mal-estar na civilização. *In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* [ESB]. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago. 1996. v. 21.

_____. (1933 [1932]). A dissecação da personalidade psíquica. *In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* [ESB]. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago. 1996. v. 22.

_____. (1937). Análise terminável e interminável. *In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* [ESB]. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago. 1996. v. 23.

_____. (1950 [1892-1899]) Extratos dos documentos dirigidos a Fliess. *In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* [ESB]. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago. 1996. v. 1.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Freud e o inconsciente**. 7. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1992.

GOMES, Alice Chaves Carvalho. **Aproximações psicanalíticas em torno de uma psicossomática: uma oferta (aposta) de saber**. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

GUIR, Jean. **Psicossomática da clinica lacaniana**. Tradução de e apresentação de Cristina Rollo de Abreu. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1988.

_____. Fenômenos psicossomáticos e função paterna. *In: WARTEL, Roger (Coord.). Psicossomática e psicanálise*. Tradução de Luis Forbes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1996. (Campo Freudiano do Brasil).

GURFINKEL, Décio. **A pulsão e seu objeto-droga**: estudo psicanalítico sobre a toxicomania. Petrópolis-RJ: Vozes, 1995.

JORGE, Marco Antônio Coutinho. **Fundamentos da Psicanálise de Freud e Lacan**: as bases conceituais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2000. v. 1.

JUNQUEIRA, Camila; COELHO JR., Nelson Ernesto. Freud e as neuroses atuais: as primeiras observações psicanalíticas dos quadros borderline? **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 25-35, 2006.

LACAN, Jacques. **O Seminário**: Livro 11 – os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Tradução de MD Magno. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1985.

LAPLANCHE, Jean. **Problemáticas I**: a angústia. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

_____; PONTALIS, Jean-Bertrand. **Vocabulário de Psicanálise**. Tradução de Pedro Tamen. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LAURENT, Éric. Os nomes do sujeito. *In*: WARTEL, Roger (Coord.). **Psicossomática e psicanálise**. Tradução de Luis Forbes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1996. (Campo Freudiano do Brasil).

LEITE, Marcio Peter de Sousa. **A negação da falta**: cinco seminários sobre Lacan para analistas kleinianos. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

MCDUGALL, Joyce. **Teatros do corpo**: o psicossoma em psicanálise. Tradução de Pedro Henrique Bernardes Rondon. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

MARTY, Pierre. **A psicossomática no adulto**. Tradução de Patrícia Chittoni Ramos. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

MELLO FILHO, Júlio de *et. al.* **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992.

MILLER, Jacques-Alain. Algumas reflexões sobre o fenômeno psicossomático. *In*: WARTEL, Roger (Coord.). **Psicossomática e psicanálise**. Tradução de Luis Forbes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1996. (Campo Freudiano do Brasil).

NASIO, J. D. **Cinco lições sobre a teoria de J. Lacan**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores. 1993a.

_____. **Psicossomática: as formações do objeto a**. Tradução de Felipe Leclerq, em colaboração com Miguel Kertzman. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores. 1993b.

NUSINOVICI, Valentin. Sobre o desencadeamento e a evolução da retocolite hemorrágica e da doença de Crohn. *In*: TEIXEIRA, Ângela Batista do Rio (Org.). **O sujeito, o real, o outro e o casal parental**. Salvador: Ágalma, 1991.

POMMIER, Gérard. **Do bom uso erótico da cólera e algumas de suas conseqüências**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

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

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. **Dicionário de Psicanálise**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1998.

_____. **Porque a psicanálise?** Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2000.

_____. **O paciente, o terapeuta e o Estado**. Tradução de André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

TEIXEIRA, Leônia Cavalcante. Um corpo que dói: considerações sobre a clínica psicanalítica dos fenômenos psicossomáticos. **Latin American Journal of Fundamental Psychopathology online**, v. 6, n. 1, p. 21-42, 2006.

VALAS, Partcik. Horizontes de psicossomática. *In*: WARTEL, Roger (Coord.). **Psicossomática e psicanálise**. Tradução de Luis Forbes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1996. (Campo Freudiano do Brasil).

VANDERMERSCH, Bernard. Inscrito, mostrado, não articulado. *In*: TEIXEIRA, Ângela Batista do Rio (Org.). **O sujeito, o real, o outro e o casal parental**. Salvador: Ágalma, 1991.

VOLICH, Rubens Marcelo. De uma dor que não pode ser duas. **Les états généraux de la psychanalyse**. Disponível em: <<http://www.etatsgeneraux-psychanalyse.net/archives/texte97.html>>. Acesso em: 4 out. 2006.