

direção do tratamento

Da narrativa ao nó borromeano: versões da noção de falha simbólica na clínica da psicossomática

Daniele Rosa Sanches

Recordar, repetir e elaborar: uma introdução ao que manca na clínica psicossomática.

Chegamos a um tempo de acesso aos últimos seminários dados por Lacan e, quando um momento de concluir era esperado, mais um retorno é proposto. No Seminário 24, *L'Insu que sait de une L'une bevue s'aile à mourre*¹ vemos Lacan colocar o corpo em questão por meio da interrogação topológica de um toro, partindo na primeira aula² de questionamentos via modalidades de identificação. A cada aula deste seminário, a cada corte e manejo, desde a interrogação do truque visual apresentado pela garrafa de Klein ao toro, Lacan parece seguir uma mesma pergunta: “o interior e o exterior, neste caso, a saber, no que concerne ao toro, são noções de estrutura ou de forma?”³

Fora do campo psicanalítico o corpo nunca chamou tanta atenção, gerou tantas revistas e reportagens que, por mais variadas que sejam, dizem o mesmo: “o corpo adocece”. Em meio a tantos alardes e tentativas desenfreadas de fórmulas saudáveis vemos um grupo de pacientes que parece alheio ao debate: os pacientes com lesões psicossomáticas. Corpos marcados por lesões psicossomáticas, muitas vezes, trazem à clínica sujeitos de narrativas incompatíveis com tal busca do corpo não doente. Estranhamente, o corpo lesionado parece fazer mais questões aos analistas do que a muitos dos pacientes. Por exemplo, em cinco anos participando da equipe clínica da Rede Sintoma e Corporeidade⁴ vimos, nas consultas iniciais compartilhadas com os médicos, como é comum os pacientes relatarem que possuem um vitiligo, uma psoríase há mais de dez ou vinte anos, mas nunca consultaram um médico. O obscuro distanciamento e embotamento do sujeito em relação à lesão psicossomática percorrem toda a indagação desta clínica, donde os analistas levantam a hipótese de que a maioria destes sujeitos apresenta uma extrema dificuldade para realizar o caminho da invenção freudiana: recordar,

¹ Lacan, *O Seminário*, livro 24: *L'Insu que sait de une L'une bevue s'aile à mourre* (1976-1977).

² *Ibid*, Aula 1: 06 de novembro de 1976.

³ *Ibid*, p. 37. Aula 3: 21 de dezembro de 1977.

⁴ Rede Sintoma e Corporeidade do FCL- SP (antigamente nomeada Rede Clínica e de Pesquisa em Psicossomática), sob coordenação de Christian Dunker, Heloísa Ramirez e Tatiana Assadi atua há 6 anos atendendo pacientes do Instituto da Pelé – UNIFESP representado em parceria feita com Dra. Valéria Petri.

repetir e elaborar. Essa dificuldade, constatada na clínica, é na literatura e nos debates genericamente nomeada de “falha simbólica”.

Vítima desse uso genérico, a noção de “falha simbólica” dilui-se num manejo confuso, inapropriado e vago do qual se extraem ao menos três versões que a descrevem: primeiro, como características de concretude e não abstração que marca certas narrativas; em segundo lugar, como dinâmica psíquica em que falharia dimensões afetivas e fantasmáticas; e em terceiro lugar, como própria hipótese etiológica para a lesão. O artigo irá fazer um exame apenas das duas primeiras concepções em articulação com o recorte clínico a seguir.

⁵ O caso foi apresentado em setembro de 2007 para o Seminário de Formação Continuada dos membros do Fórum do Campo Lacaniano-SP, com o título: *Psicossomática: o que não se articula?*. Agradeço especialmente a Sílvia Sobreira por ter sublinhado a necessidade de fazer daquela apresentação oral uma publicação escrita. O presente trabalho é portanto, o fruto extraído e elaborado das questões colocadas pelos colegas que participaram do debate naquela ocasião.

O Caso M⁵ e uma certa narrativa

M., 50 anos, foi encaminhada ao atendimento, pois não conseguia parar de coçar os pés agravando as feridas de sua psoríase ali localizada. Na primeira entrevista diz: *“Dra. Estou aqui porque meu problema é coçar os pés até sangrar”*. M. tem certeza de que sua psoríase começou por ter presenciado um acidente ao lado de sua casa. Com o barulho, M. saiu de casa para ver, e aproximando-se da cena, machucou os pés pisando descalça nos cacos de vidro, vendo uma pessoa — que podia ser seu marido — toda *“ensanguentada”*. M. completa seu relato dizendo que por volta de um ano após esta cena a psoríase apareceu em seus pés.

Interrogada sobre sua associação causal, M. reafirma ter certeza de que a cena é a causa de sua psoríase, pois teria ficado muito nervosa na ocasião. Vale notar que, apesar da função de causalidade atribuída ao fato, M. nunca associou que machucara os pés na cena com o fato de sua psoríase ser somente nos pés; também o intervalo de um ano entre o acidente e o aparecimento da psoríase era como se não existisse. A cena e o início da psoríase faziam um só bloco de causa-efeito. Por não responder ao tratamento medicamentoso, os médicos fizeram vários exames dermatológicos e descobriram que ela tinha alergia a um componente químico usado para tingir roupas pretas, portanto, era proibida de usar meias e sapatos pretos.

No decorrer de quase três anos de atendimento, M. pouco voltou a mencionar sua psoríase, e quando o fazia, seu relato era repetido identicamente, mas contado como se fosse inédito. A fala de M. era composta por uma infundável descrição sobre a vida cotidiana e sobre a falta de atenção de sua família em relação a ela.

M. era casada e havia abandonado a carreira para cuidar da casa, dos filhos e do marido. Tratava-se de um sujeito tão distante de ter qualquer apropriação de sua fala, que em debate clínico, a melhor imagem encontrada pela equipe para descrevê-la foi a de um “parasitismo psíquico”. Sua narrativa tinha um caráter cíclico, e a cada período do tratamento M. focava a descrição em um dos

membros de sua família. Era insensível a qualquer corte ou interpretação que, desastrosamente, era tomada como aprendizado pedagógico. Nessa apresentação começa a aparecer o que poderia ser a inauguração de uma série: M. relata *“sangrar demais com a menstruação, sangra de gotinha em gotinha, o que lhe provoca anemia”*. O tema lhe ocupa várias sessões e somente irá ceder com o impacto de uma internação de seu pai: *“meu pai é assim: ele tem um problema de sangrar demais pelo intestino, ele sangra de gotinha em gotinha, fica com anemia, precisando ser internado”*. As sessões de narrativas descritivas sobre o pai perduraram e somente foram interrompidas pelo fato externo de demissão da filha do emprego. M. então descreve a filha como frágil, pois teria o traço da hemofilia nas mulheres: *“ela sofre com o problema de sangrar demais, ela sangra de gotinha em gotinha”*. A narrativa sobre a filha se estende automaticamente por sessões e seria quebrada pela visita da irmã de M. ao Brasil. Sobre a irmã, relata: *“ela tem um problema, é um problema de sangrar demais com a menstruação, e isso lhe causa uma anemia, ela sangra de gotinha em gotinha”*. O mesmo “sangrar, de gotinha em gotinha” que aparecia em todos os membros da família era repetido como problema inédito, isolado e distante. Em um dos raros momentos em que trouxe recordações, para além do seu cotidiano, trouxe uma cena infantil: uma vez queria um sapato preto, mas seus pais não tinham condições, pois se dessem o sapato a ela deveriam dar à sua irmã também. Entretanto, o pai se comoveu com seu choro e lhe comprou o sapato preto, deixando a irmã sem sapato. Segundo M. esta cena teria sido a responsável por mudar para sempre sua relação com a irmã, distanciando ambas e modificando, para sempre (também) toda sua relação com a família. Era por isso que — segundo ela — ninguém lhe dava atenção, hipótese cuja cena carregava outra vez uma certeza de causa-efeito.

Quando os sangramentos e as anemias, de gotinha em gotinha, eram questionados e a semelhança entre eles eram apontadas, sua resposta era: *“A vida é assim, né Dra., fazer o quê?”*. Sua máxima construção foi: “sim, você está certa, todos sangram”. Conexão precária, aprendida provavelmente, feita sem troço, sem desfalecimento, sem rachadura.

Psoríase nos pés, coça até sangrar, acidente, pés machucados (provavelmente ensanguentados), marido ensanguentado, sangrar de gotinha em gotinha, ela, o pai, a filha, a irmã, os pés, sapatos pretos, pés sangram e então sem sapatos, sapatos que denunciavam a sedução dela dirigida ao pai, sangramentos, de gotinha em gotinha precipita-se a identificação com a irmã sem sapato. Ora, o que mais faltaria para essa cadeia ser um mito neurótico? A narrativa dispõe de todos os elementos, entretanto, nunca houve qualquer associação ou construção com estrutura de mito individual. A amarração exis-

tia, colava, parecia fazer cadeia, mas estranhamente não remetia um significante a outro. A função significante, tal como a conhecemos, por representar o sujeito para outro significante não se realizava ali.

A cada vez que o “*problema de sangrar demais, de gotinha em gotinha*” aparecia, o sujeito o apresentava como “um” problema de sangrar, sozinho, não igual. Nunca houve “eu também sangro ou ela também sangra, tal como todos sangramos”. Havia sangramentos, hemofilia, mas uma filia sem pai ou sem o nome (se quisermos). Pés, psoríase, sangue, sapatos pretos; elementos que poderiam — pensamos que até deveriam — construir o sujeito em seu mito, ali, eram narrados com a certeza do ineditismo e não associáveis entre si. Cada elemento era um, um, um, um.

É fato, no mito neurótico há tamanha alienação, mas o estranho é esta sustentar-se sem qualquer indício de destituição subjetiva:

Tropeço, desfalecimento, rachadura. Numa frase pronunciada, escrita alguma coisa se estatela. Freud fica siderado por esses fenômenos e é nele que vai procurar o inconsciente (...). O que se produz nessa hiância, no sentido pleno do termo produzir-se, se apresenta como achado. É assim, de começo, que a exploração freudiana encontra o que se passa no inconsciente.⁶

⁶ Lacan, *O Seminário*, livro 11: *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964/1998, p.30).

É assim, de começo, que a exploração freudiana não se reconhece em M., então qual natureza daquilo que está em questão? O caso M. não apresenta qualquer novidade quanto à apresentação clínica de pacientes psicossomáticos, aliás, é pela tipicidade de narrativas assim que tais sujeitos são tão acusados como portadores de uma certa “falha simbólica”; mas, seria legítimo supor, apesar da tipicidade, o mesmo tipo de “falha” para todos os casos? Aqui, a pergunta do penúltimo seminário de Lacan se atualiza na clínica: questão de forma ou estrutura?

Usos e abusos do termo “falha simbólica”:

O descritivo:

Os usos genéricos, quase involuntários do termo “falha simbólica”, associados ao paciente com lesões psicossomáticas revelam ao menos três concepções diferentes: falha descrita como traço clínico, falha na dinâmica e, por fim, falha que daria origem à lesão.

Há uma primeira concepção de “falha simbólica” que a descreve como “falta de capacidade de simbolização”. Esta interpretação é revelada pelo conceito de **Alexitimia**, proposto pela linha americana de estudos em Psicossomática na tradição de Boston. Alexitimia vem do grego: *a* = sem; *lexis* = palavra e *thumos* = afeto, ânimo. A etimologia remete a um conceito que nomeia “*aquele sem palavras para representar seus afetos*”. Comumente citada em associação ou

como modo de descrição do conceito de “alexitimia”, vemos a nomeação “falha simbólica” adquirir nesta vertente o significado de uma falta de reconhecimento ou incapacidade de nomeação por parte do sujeito sobre seus afetos.

Em consonância com o conceito de alexitimia está o conceito de **Pensamento Operatório**,⁷ usado pela linha tradicional de estudos em psicossomática, fundada por Pierre Marty e representada hoje pela Escola Psicossomática de Paris. De acordo com essa proposta, o Pensamento Operatório seria o principal traço clínico encontrado nos pacientes psicossomáticos, e seu conceito seria mais abrangente do que o de Alexitimia. Para além da dificuldade de reconhecer e nomear os estados afetivos, a noção de Pensamento Operatório descreve uma característica clínica de pobreza psíquica em sua totalidade, não só relativa aos afetos. A descrição é de uma precária atividade de simbolização, de metaforização, de *insights* e de associações. Esse tipo de concretude apareceria sob muitos aspectos, e um de seus exemplos seria sonhos compostos somente por restos diurnos; outro exemplo seria a fala centrada na narração do cotidiano semanal e nada mais. Não precisamos ir longe para verificar que o conceito de Pensamento Operatório descreve casos tais como os de M.

A pertinência clínica evocada pelo conceito é perdida quando a Escola Psicossomática de Paris propõe o Pensamento Operatório não apenas como um traço clínico comum, mas sim como um modo de funcionamento correlato e exclusivo do sujeito com lesão psicossomática, daí “paciente psicossomático”. Quase uma “estrutura” do sujeito com lesão psicossomática.

Esta leitura é fortemente criticada, até mesmo por argumentos bem simples como o fato de que tal concretude nem sempre é verificável em todos os pacientes com lesões. Dentre os muitos opositores destaca-se a maioria dos autores da rica coletânea organizada por autores da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro, *Psicossomática Hoje*.⁸ Os autores Ribeiro da Silva & Caldeira⁹ claramente discordam da posição de fazer do pensamento operatório um correlato do paciente psicossomático, argumentando que Marty teria julgado original e exclusivo do paciente psicossomático um tipo de funcionamento encontrado em muitas outras condições clínicas, tais como posições depressivas e inibições graves.

A crítica é endossada com eco ainda maior no âmbito lacaniano, tal como verificamos na concepção de Patrick Valas:

A Escola Psicossomática de Paris chegou a isolar uma estrutura subjetiva específica dessas manifestações: um sujeito cujo retrato robô seria o de um débil mental que se caracterizaria por um mutismo quase total e pela pobreza de seu fantasma, apreendendo o mundo através de um pensamento operatório.¹⁰

⁷ Marty & Múzan, *El pensamiento operatório* (1983).

⁸ Mello Filho, *Psicossomática Hoje* (1992).

⁹ Ribeiro da Silva & Caldeira, *A questão do afeto na psicossomática: Alexitimia e Pensamento Operatório* (1992).

¹⁰ Valas, *Psicossomática: um fetiche para os ignorantes* (2004, p.116).

Ao criticar a proposta de uma estrutura psicossomática, o autor também critica a descrição do paciente como “retrato-robô de um débil mental”, entretanto, sobre isso, uma ressalva: casos tais como M. poderiam evocar outra imagem senão a da debilidade? A debilidade mental é definida exatamente pela narrativa concreta cuja definição lacaniana é tratar-se de um sujeito que não lê as entrelinhas do discurso. A debilidade se edifica pela aposta crente na consistência do Outro e é flagrada pela precariedade do uso a-metafórico da linguagem, sem acesso ao tropeço, ao chiste, ao ato falho.¹¹ Por fim e certamente considerando tais características, vale lembrar que a associação da psicossomática à debilidade foi feita não por Marty, mas pelo próprio Lacan em 1964.¹² Assim, na teoria lacaniana, se há destaque para alguma característica clínica encontrada nos pacientes com lesões psicossomáticas, esta seria sua proximidade com a clínica da psicose e da debilidade, segundo construção de Lacan seguida da proposta da holófrase.¹³

Da descrição das características clínicas, passamos então ao exame do campo das hipóteses dinâmicas como responsáveis funcionais pela apresentação clínica da “pobreza psíquica”.

A dinâmica:

Da leitura de variadas e esparsas construções sobre a dinâmica psíquica do paciente com lesões psicossomáticas, quatro categorias de hipóteses emergiram:

A primeira hipótese apresenta a ideia de que a comum pobreza simbólica do paciente seria o reflexo de uma **supressão de afetos** feita em um ato traumático. Tal supressão não só explicaria características clínicas como a Alexitimia e o Pensamento Operatório, como também é por vezes veiculada como o próprio argumento etiológico para o aparecimento da lesão psicossomática:

Assim como na neurose o que importa é o destino dado à representação, no fenômeno psicossomático o que importa é o destino dado ao afeto. Não quero assemelhar a supressão ao recalçamento e supor um retorno do suprimido. Trata-se de algo singular que diz respeito a uma impossibilidade de cerceamento a afetos de perda e creio que o conceito de supressão deva referir-se a isto (SANTOS FILHO, 1992, p. 110).¹⁴

A ideia de que o mecanismo de supressão de afetos seja o responsável pela dificuldade de nomeação e pela pobreza de associações desses sujeitos é leitura bastante compartilhada nas tradições inglesas. O texto *Alexitimia e Pensamento Operatório: o problema do afeto em psicossomática*¹⁵ é um exemplo de discussão, e nele os autores distinguem duas propostas diferentes: há aqueles que apostam

¹¹ Sanches, *Clínica psicanalítica: a debilidade mental em questão* (2008).

¹² *O Seminário*, livro 11: *Os quatro conceitos Fundamentais da Psicanálise*, op. cit.

¹³ *Ibid*, p. 215.

¹⁴ Santos Filho, *Histeria, Hipochondria e Fenômeno psicossomático* (1992, p. 110).

¹⁵ RIBEIRO & CALDEIRA, *A questão do afeto na psicossomática: Alexitimia e Pensamento Operatório*. (1992).

numa supressão de afetos e aqueles que apostam numa paralisação dos afetos diante de uma cena traumática.

A **segunda hipótese** para o funcionamento de tamanha pobreza psíquica é extraída da leitura dos seminários de Lacan e se refere a uma discussão sobre **a não-afânise** do sujeito com lesão psicossomática. Essa proposta traz uma inversão para pensar a concretude narrativa do sujeito: a pobreza de recursos fantasmáticos da narrativa do paciente psicossomático não seria a consequência da prévia paralisação afetiva, mas sim sua causa. É por estar impedida a fantasia que teríamos a tal apresentação concreta e operatória de pensamento. Essa leitura é uma hipótese trazida a debate e retirada das construções feitas por Lacan em torno da questão da afânise e da holófrase.¹⁶

É certo que tomar o conceito de afânise é arriscar-se ao duvidoso, posto não ser um consenso na psicanálise, nem tampouco claro na obra lacaniana. Assim há o risco de uma interpretação particular. A função de afânise, numa primeira análise, poderia ser tomada como correlato exclusivo da alienação; mas numa outra interpretação pode ser lida como sinônimo dinâmico da dupla causalidade do sujeito: alienação e separação.

(...) no que o primeiro significante, o significante unário, surge no campo do Outro e no que ele representa o sujeito para um outro significante, o qual outro significante tem por efeito a afânise do sujeito. Donde divisão do sujeito — quando o sujeito aparece em algum lugar como sentido, em outro lugar ele se manifesta como fading, como desaparecimento.¹⁷

Nas aulas de 1964, dedicadas à constituição do sujeito, Lacan menciona várias vezes a função de afânise e, nessas aulas, o manejo com o paciente psicossomático é também citado sempre na sequência como exemplo de uma clínica que não poderia contar com a existência da função de afânise em muitos de seus sujeitos: “A psicossomática é algo que não é um significante, mas que mesmo assim, só é concebível na medida em que a indução significante, no nível do sujeito, se passou de maneira que não põe em jogo a afânise do sujeito”.¹⁸

Logo após essa construção, Lacan¹⁹ faz ainda duas outras observações: a primeira delas observa que na psicossomática “o sujeito não está ali interessado enquanto afânise” e, na segunda, sugere que os analistas deveriam criar outros manejos para tentar encontrar o desejo no paciente psicossomático, já que não podem contar com a função de afânise do sujeito. Por este caminho de leitura, o desejo estaria contido nessa função de desaparecimento. Qual função é esta?

¹⁶ *Ibid.*, p.207.

¹⁷ Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise, op. cit. p. 215.

¹⁸ *Ibid.*, p.215.

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ Lacan, *O Seminário*, livro 8: *a transferência* (1960-61/1992).

No seminário *A transferência*,²⁰ Lacan justamente critica Jones por usar a noção de afânise como noção de “desaparecimento do desejo”. Para Jones, a melhor imagem da afânise – imagem de desaparecimento – seria o próprio Complexo de Castração. Lacan concorda que a afânise está relacionada ao Complexo de Castração, mas não ao desaparecimento do desejo:

O sentido do que está em causa, na ocasião, é o seguinte, que já indiquei – longe de temor da aphanisis se projetar, se podemos dizer assim na imagem do complexo de castração, é ao contrário a necessidade, a determinação do mecanismo significante que, no complexo de castração empurra na maioria dos casos o sujeito, não a temer a aphanisis, mas ao contrário, a refugiar-se nela, a guardar seu desejo no bolso.²¹

²¹ *Ibid.*, p. 229.

Uma das interpretações possíveis a esta construção é a de que a função de afânise operaria somente em sujeitos barrados e que o termo afânise nada tem a ver com o desaparecimento do desejo, mas sim com uma função de guardiã do desejo. Tentando expor sua proposta de afânise, Lacan oferece a seguinte argumentação, por meio da clínica do obsessivo: “Quando este está numa certa via de pesquisa autônoma, de autoanálise, se quiserem quando ele avança no caminho do que se chama, qualquer que seja a sua forma, *realizar sua fantasia*, é aí mesmo que convém empregar o termo *aphanisis*”.²²

²² *Ibid.*, p. 252.

O desaparecimento do sujeito que estaria em questão na afânise seria o desaparecimento enquanto realiza sua fantasia. Em última instância, trata-se do tipo de desaparecimento implicado no *acting out*, em que a fantasia é atuada com o estatuto de tropeço. O *acting out* inclui o desejo, aliás, é o desejo em ato que se oferece à interpretação. Tropeço, desfalecimento, rachadura.

O *Seminário*, livro 11 parece ajudar no argumento desta leitura, pois lá está proposto que para a psicossomática estaria em jogo o não intervalo significante (a holófrase, uma colagem entre S1 e S2) assim como, de maneira aparentemente isolada da ideia de holófrase está proposto antes dela que não há função de afânise nos pacientes psicossomáticos. Se holófrase, como haveria afânise, dado o não intervalo?

Para formalizar, se com Lacan temos a afânise considerada como movimento de desaparecimento do sujeito na realização de sua fantasia, trata-se do desaparecimento implicado na em $\$ \diamond a$ que só pode existir no intervalo, na hiância entre S1 e S2. Sem intervalo, sem queda do objeto, sem realização de $\$ \diamond a$, sem afânise. Assim, desta hipótese construída oferece-se a leitura de que a ideia de holófrase, mais do que uma obturação de S2, propõe um impedimento da montagem $\$ \diamond a$.

Para voltar ao caso M. era justamente a impressionante façanha de não erigir um mito, apesar dos elementos, que provoca a imagem de concretude associada à debilidade. A formalização avança, porém não resolve a questão; afinal, se a clínica da psicossomática tem sua dificuldade no elaborar, ou melhor, no construir o fantasma, então o problema de manejo não se refere somente à pobreza de recursos, mas também à dúvida diagnóstica. Assim, chegamos num ponto de impasse: com tamanha pobreza psíquica, metafórica, associativa, sem a função de construir a fantasia ou sequer de realizar-se nela, como ainda poderíamos supor sujeitos neuróticos?

As elaborações encontradas em Jorge Ulnik²³ e Nasio²⁴ parecem dar alguma possibilidade de resposta a esta pergunta. Ambas consideradas aqui como a **terceira hipótese** via **identificação** localizada na incompletude da imagem corporal e constituição do Eu.

Para Ulnik, o que encontramos em muitos casos de psicossomática é uma identificação do sujeito com sua lesão. Guiado pela conceituação do Estádio do Espelho, o autor propõe que para existir uma totalidade da identidade do sujeito e de sua imagem corporal é preciso haver a associação de três elementos articulados pelo olhar do Outro: a senso-percepção, a linguagem e a imagem visual. Se o olhar do Outro atravessa o sujeito e não o vê, então este sujeito terá um problema para formar a totalidade de sua imagem. Totalidade que, no espelho, deveria ser antecipada pelo olhar do Outro, mas pode antecipar-se dada a lesão.

(...) isto quer dizer que vai ser produzida uma má articulação dos três elementos que foram mencionados: senso-percepção, linguagem e imagens visuais. Como consequência um dos três elementos será privilegiado sobre os demais. Assim, um sujeito vai sentir que possui uma identidade por sentir dor (...).²⁵

Com esta apresentação, Ulnik propõe uma falha na completude da imagem corporal em que um sujeito pode tomar a lesão como elemento faltante de sua imagem, até então fragmentada. O autor segue seu argumento com a apresentação clínica de uma série de casos em que é somente com a presença da lesão que o sujeito localiza a operação de limite “eu – não eu”. Nestes casos, a lesão cola valor identificatório para o sujeito, donde decorre seu não questionamento sobre o corpo em lesão.

Com esta proposta Ulnik parece localizar uma “falha” entre simbólico e imaginário, acompanhando o próprio Lacan no alcance do Estádio do Espelho. De outro lado, a proposta de Nasio distorce o próprio alcance do estádio do espelho para localizar a questão como invasão do Imaginário no Real:

²³ Ulnik, El psicoanálisis y La piel. (2004).

²⁴ Nasio, Psicossomática: as formações do objeto a.(1993)

²⁵ El psicoanálisis y La piel, op. cit., p. 223.

Falamos de autoerotismo, de narcisismo primário. O problema é justamente passar do narcisismo primário ao narcisismo secundário por espelho. Os fenômenos psicossomáticos escapam às construções neuróticas — isto é muito importante. Eles não têm nada a ver com as conversões históricas. Eles têm a ver com o real. São um pedaço de real. Não são um sintoma no sentido analítico do termo. Na minha opinião, estes fenômenos situam-se na fronteira do real e do imaginário, no nível do Gozo do Outro. Talvez se trate de uma efração do imaginário no real, o contrário da angústia.²⁶

²⁶ Psicossomática: as formações do objeto a, op. cit., p. 80.

A novidade que Nasio propõe acrescentar é tomar a lesão como formação do *objeto a* para dizer que sua origem tem um caminho absolutamente diferente daquele implicado nas formações do inconsciente: sintoma, chistes, atos falhos e sonhos.

O sujeito, na fantasia, eclipsa-se, esconde-se atrás do objeto — identifica-se com o objeto do qual se separa e se esconde. O exemplo mais extraordinário disso é a vergonha, o pudor. No caso das formações do *objeto a*, o sujeito não é apagado, nem eclipsado, é um sujeito entrincheirado na lesão, é o sujeito-lesão.²⁷

²⁷ Ibid., p. 70.

Não entraremos na questão da etiologia, mas vemos que a ideia do sujeito-lesão parece ser de natureza muito próxima da elaboração de Ulnik, ambos apostando numa falha especular, função responsável pelo giro narcísico e antecipação da totalidade do esquema corporal; enfim, função imaginária em última instância, apesar de suas óbvias articulações com o Real e Simbólico, que estaria preservado. A ressalva aqui é que, os “sujeitos-lesão”, dos quais falam Nasio e Ulnik parecem ser sujeitos que, mesmo de um modo precário, conseguem fazer-se representados em sua lesão e nestes casos — desde o ato analítico — os sujeitos podem tropeçar numa espécie de destituição e de descongelamento dando início ao desdobramento de uma fantasia, conforme mostram alguns casos atendidos pela Rede de Sintoma e Corporeidade, casos tais como a *A fantasia encarnada*, de Dunker & Ramirez.²⁸ A apresentação revela um caso sensível ao ato analítico e a consequente abertura da dimensão da fantasia, descolando o sujeito da lesão, para colocar em cena o corpo com lesão tomado na fantasia.

²⁸ Dunker & Ramirez, *A fantasia encarnada: um estudo em psicossomática*. Texto inédito, cedido pelos autores.

Neste contexto, tal hipótese via falha especular, seria uma possibilidade de resposta para tamanha pobreza psíquica, ainda dentro do campo da estrutura clínica neurótica, onde desde o ato analítico a afânise do sujeito poderia ser colocada em jogo, já que o intervalo significativo se mostra como possibilidade por estrutura. Assim, finalmente chegamos ao ponto proposto: esta possibilidade, entretanto, não parece ser compartilhada por todos os casos, evidentemente.

De um lado, casos como *A fantasia encarnada*, mas num outro campo clínico vemos casos tais como M. em que não há ato analítico capaz de colocar em jogo a função de afânise. Assim, a colagem — sangramentos iguais, filiados, porém não remetentes ao próprio sujeito — não apresentaria uma “disfunção” da fantasia, mas sim uma impossibilidade maior anunciada como aparência de cadeia significante, em que chegamos à **quarta hipótese, a de uma suplência** que abriria um campo novo com a teoria do nó borromeo — dada a leitura que Lacan faz de Joyce, implicada na ideia de *Sinthoma*.²⁹ Aqui sim, pela primeira vez, as aspas poderiam ser retiradas com propriedade com a afirmação de que, em alguns casos, estaria em jogo uma verdadeira falha simbólica, em que a lesão poderia realizar-se como suplência.

Para concluir:

Na elaboração de 1964 ao se referir à psicossomática e à debilidade, Lacan afirma que “é certamente algo da mesma ordem da psicose”.³⁰ O tão vago “algo da mesma ordem” talvez possa ser relido com os avanços da sustentação do nó borromeo; o “algo” poderia ser o indício de uma mesma estrutura, mas com diferentes sustentações do sujeito. Uma questão de forma, digamos assim. De qualquer modo, com tantas apresentações clínicas diferenciadas e com as aproximações que Lacan³¹ dá ao corpo via toro, ao que tudo indica, a clínica da psicossomática sempre estará às voltas com a mesma pergunta: questão de forma ou de estrutura?

Referências Bibliográficas

- DUNKER, C. & RAMIREZ, H. *A fantasia encarnada: um estudo em psicossomática*. (Texto inédito, cedido pelos autores.)
- LACAN, J. *O Seminário, livro 8: a transferência* (1960-61). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.
- LACAN, J. *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964-65). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- LACAN, J. *O Seminário, livro 23: O sinthoma* (1975-76). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007.
- LACAN, J. *L'Insu que sait de une L'une bevue s'aile à mourre* (1976-1977). (Versão brasileira fora do comércio.)
- MARTY, P. & MÚZAN, M. El pensamiento operatório. Revista de Psicanálise de Asociación Psicoanalítica Argentina. Buenos Aires, v. 40. 1983.
- MELLO FILHO, J. e colaboradores. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artmed Editora, 1992.

²⁹ Lacan, O Seminário, livro 23: O sinthoma (1975-76/2007).

³⁰ Os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise, op. cit., p. 225.

³¹ L'Insu que sait de une L'une bevue s'aile à mourre, op. cit.

- NASIO, J. *Psicossomática: as formações do objeto a*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.
- RIBEIRO DA SILVA, A. & CALDEIRA, G. *A questão do afeto na psicossomática: Alexitimia e Pensamento Operatório*. In: *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artmed Editora, 1992.
- SANCHES, D. *Clínica psicanalítica: a debilidade mental em questão*. São Paulo, 2008, 119f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Programa de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- SANTOS FILHO, O. C. Histeria, Hipocondria e Fenômeno psicossomático. In: *Psicossomática Hoje* (pp. 108-112). Porto Alegre: Artmed Editora. 1992.
- ULNIK, J. *El psicoanálisis y La piel*. Madrid: Síntesis Editora, 2004.
- VALAS, P. Psicossomática: um fetiche para os ignorantes. *O Corpo do Outro e a criança*. Revista da Escola Letra Freudiana. Rio de Janeiro, v. 33, ano XXIII. 2004.

Resumo

Toda literatura que se refere aos pacientes de corpos marcados pelas lesões psicossomáticas faz referência a sujeitos cuja apresentação clínica é de escassez de recursos metafóricos e associativos, oferecendo narrativas estranhas por tamanha concretude e esvaziamento de afetos. Toda esta apresentação clínica é resumida de modo vago numa noção genericamente chamada de “falha simbólica”. O artigo descreve os usos desta noção separando duas linhas de leitura: a descrição clínica e o funcionamento dinâmico de onde emergem categorias de hipóteses apresentadas pelos conceitos de supressão de afetos, afânise, identificação e de suplência, interrogando se tal apresentação do paciente psicossomático, apesar da forma típica, não poderia revelar diferentes relações estruturais com a construção fantasmática.

Palavras-chave

Psicossomática, afânise, suplência e identificação.

Abstract

Every literature that refers to patients whose bodies have been marked by psychosomatic injuries relates to subjects whose clinical presentation presents lack of both metaphoric and associative resources, offering weird narratives patent of huge concreteness and absence of affect. The whole of this clinical presentation is synthesized in a vague manner through a general notion termed “symbolic failure”. This article describes the uses of this notion, interrogating if such a patient’s psychosomatic presentation, despite its untypical form, in fact would not reveal different constitutive relations with the fantasy construction.

Keywords:

Psychosomatic, aphanisis, support and identification.

recebido

05/07/2010

aprovado

02/09/2010

