

SILVIA GREBLER MYSSIOR

**DOENÇAS E MANIFESTAÇÕES PSICOSSOMÁTICAS NA
INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA:
Construindo uma interseção da psicanálise com a pediatria**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre.

**Área de Concentração
Saúde da Criança e do Adolescente**

**Orientadora
Profa. Dra. Maria Jussara Fernandes Fontes**

**Co-Orientador
Prof. Dr. Roberto Assis Ferreira**

Belo Horizonte

Faculdade de Medicina da UFMG

2007

Myssior, Silvia Grebler

M998d Doenças e manifestações psicossomáticas na infância e adolescência: construindo uma interseção da psicanálise com a pediatria/Silvia Grebler Myssior. Belo Horizonte, 2007. 143f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina.

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente

Orientadora: Maria Jussara Fernandes Fontes

Co-orientador: Roberto Assis Ferreira

1.Transtornos psicofisiológicos/terapia 2.Psicanálise 3.Emoções
4.Asma/psicologia 5.Dermatite atópica/psicologia 6.Referência e consulta 7.Resultado de tratamento 8.Criança 9.Adolescente
I.Título

NLM: WS 350.5

CDU: 616.89-053.2

Dedico este trabalho àqueles a quem amo:

*Aos meus filhos,
Leon Cláudio, Beatriz e Sérgio.
Às minhas noras,
Gisele e Luciana,
Ao meu genro, Dan.*

*Ao Oizer,
companheiro de vida,
de tantas estações...
E emoções!
Sua presença, seu apoio e sua confiança
foram imprescindíveis para mais esta construção.*

*Aos meus netos queridos,
Luisa, Helena, David, Gabriel e Pedroca,
Com carinho.*

AGRADECIMENTOS

A Maria Jussara Fernandes Fontes e Roberto Assis Ferreira, meus orientadores, pela generosa acolhida nos vários momentos de elaboração deste trabalho. Desde a concepção do projeto à sua realização, foram muitas e bem importantes as contribuições que vocês trouxeram a essa nova e instigante experiência!

A Leila Cunha Mariné pela preciosa participação nas questões teóricas da Psicanálise, assim como na configuração do trabalho.

A Maria Cândida Marques, parceira na Construção do Caso Clínico, com quem foi possível efetivar a interseção da Psicanálise com a Especialidade Pediátrica de Imunologia/Alergia.

Aos pediatras Déa Yanni, Gláucia Galvão, Ralph Mello e Raquel Pitchon, pelo encaminhamento de pacientes à pesquisa.

À Professora. Janete Ricas, pelas retificações que tornaram possível a aprovação do Protocolo de Pesquisa-CONEP e dos Termos de Consentimento Esclarecido.

Às colegas e amigas:

Regina Bueno Guerra, pelo Estudo de Caso compartilhado;

Sandra Pujoni e Arlete Campolina, pela precisão na leitura e formalização dos casos clínicos;

Rosely Gazire Melgaço, interlocutora constante de tantas idéias e projetos na Psicanálise;

Zilda Machado, cujas intervenções sempre me pareceram da maior pertinência à elaboração da clínica psicanalítica.

Lucia Castello Branco, que encontrei no caminho e que gentilmente me franqueou o jardim das letras.

Aos colegas do *Aleph - Escola de Psicanálise*, com os quais venho fazendo a passagem pela envolvente experiência da Psicanálise. Em especial, à Comissão de Publicação: Maria Inês Lodi, Mônica Belizário, Valéria Brasil, Junia Sales Cardoso, Regina Cardoso e Rebecca Cortez, pelo apoio, incentivo, tolerância, além da licença temporária que me concederam quanto ao trabalho que estamos empreendendo.

Aos professores da Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, que pacientemente estiveram à escuta do discurso analítico, tão diferente do discurso médico.

Por toda a confiança depositada, meu respeito e os melhores agradecimentos aos pacientes e aos seus pais.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Prof. Ronaldo Tadeu Pena

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Prof. Jaime Arturo Ramirez

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Carlos Alberto Pereira Tavares

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor: Prof. Francisco José Penna

Vice-Diretor: Prof. Tarcizo Nunes

Coordenador de Centro da Pós-Graduação: Prof. Carlos Faria do Amaral

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**Área de Concentração: A Saúde da Criança e do Adolescente****Colegiado**

Coordenador: Prof. Joel Alves Lamounier

Subcoordenador: Prof. Eduardo Araújo de Oliveira

Profa. Ana Cristina Simões e Silva

Prof. Francisco José Penna

Profa. Ivani Novato Silva

Prof. Lincoln Marcelo Silveira Freire

Prof. Marco Antônio Duarte

Profa. Regina Lunardi Rocha

Representante Discente: Rute Maria Velásquez Santos

Belo Horizonte

Faculdade de Medicina da UFMG

2007

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Dissertação intitulada *Doenças e manifestações psicossomáticas na infância e na adolescência: construindo uma interseção da psicanálise com a pediatria*, de autoria da mestranda Silvia Grebler Myssior, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Profa. Ângela Maria Resende Vorcaro

Prof. Jéferson Machado Pinto

Profa. Maria Jussara Fernandes Pontes

Prof. Roberto Assis Ferreira

Profa. Cristina Alvim

Belo Horizonte, 05 de julho de 2007.

RESUMO

Este trabalho consiste numa investigação psicanalítica sobre as doenças e as manifestações psicossomáticas que a criança e o adolescente apresentam, com ênfase clínico-conceitual no fenômeno psicossomático (FPS), no campo teórico da Psicanálise. Propõe-se a interseção da Psicanálise com a Pediatria e com as especialidades pediátricas, visando o tratamento do paciente. A partir da situação histórica da questão da psicossomática, passa-se a circunscrever nesta pesquisa, o marco teórico escolhido. Distinto da abordagem nos campos médico e psiquiátrico, em que se atribui uma causalidade genética na origem das perturbações das funções psíquicas que aparecem no corpo como psicossomáticas, delimitam-se aqui as diferenças demarcadas no terreno específico da Psicanálise, que considera o corpo não como organismo, mas como expressão da dimensão inconsciente, afetado pela linguagem. Partindo dos psicanalistas que tradicionalmente vêm se ocupando do assunto, este estudo recai sobre as teses de Sigmund Freud e Jacques Lacan, passando pelas teorias de Donald Winnicott, e de como eles abordaram os aspectos clínicos da desordem psicossomática. Aqui se destaca a necessidade de introduzir a dimensão da satisfação pulsional que, nesses casos, parece se manifestar por um gozo específico. Os conceitos de: *sujeito, grande Outro, corpo, pulsão, desejo, gozo, angústia*, serão abordados tais como formulados pelos autores citados como referência neste estudo. Também se pauta este trabalho pelos escritos de alguns analistas que, em nossos dias, têm sustentado na clínica psicanalítica o tratamento das doenças e manifestações psicossomáticas. Os fragmentos dos oito casos clínicos que compõem este estudo têm como objetivo verificar as hipóteses, relançar os conceitos e renovar seus postulados através do método de Construção do Caso Clínico. E ainda, não sem alguma ousadia, incidir nos campos pediátrico e psicanalítico.

RESUMÉ

Ce travail comprend une investigation psychanalytique sur les maladies et les manifestations psychosomatiques présentées par l'enfant et l'adolescent, avec accent clinico-conceptuel sur le phénomène psychosomatique, dans le champ théorique de la Psychanalyse. On propose une intersection de la Psychanalyse avec la pédiatrie et les spécialités pédiatriques, ayant pour but la cure du patient. À partir de la situation historique de la question de la psychosomatique, on passe à circonscrire cette recherche à une référence théorique spécifique. Différemment de l'approche des champs médical et psychiatrique, qui attribuent une causalité génétique à l'origine des perturbations des fonctions psychiques, lesquelles surgissent dans le corps comme psychosomatiques, on délimite ici les différences établies sur le domaine spécifique de la Psychanalyse qui considère le corps non pas comme un organisme, mais comme expression de la dimension inconsciente, corps affecté par le langage. En prenant comme point de départ les psychanalystes qui se penchent sur cette question, cette étude se tourne vers les thèses de Sigmund Freud et Jacques Lacan, en passant par les théories de Donald Winnicott, afin de vérifier comment ils ont traité les aspects cliniques du désordre psychosomatique. Il surgit alors le besoin d'introduire la dimension de la satisfaction pulsionnelle qui, dans ces cas, semble se manifester par une jouissance spécifique. Les concepts de sujet, Autre, corps, pulsion, désir, jouissance, angoisse seront traités tels qu'ils ont été formulés par les auteurs cités ci-dessus comme référence à cette recherche. Ce travail prend aussi en compte les écrits de quelques analystes qui, de nos jours, soutiennent dans la clinique psychanalytique la cure des maladies et des manifestations psychosomatiques. Les fragments des huit cas qui composent cette étude ont pour objectif vérifier les hypothèses, relancer les concepts et renouveler leurs postulats à travers la méthode de Construction du Cas Clinique. Et encore, non sans quelque audace, atteindre les domaines pédiatrique et psychanalytique.

ABSTRACT

This essay consists of a psychoanalytic investigation about the diseases and psychosomatic manifestations that children and teenagers present, with clinical-conceptual emphasis in the psychosomatic phenomena, in the theoretical field of Psychoanalysis. The intersection between Psychoanalysis and pediatrics and pediatric specialties is proposed, aiming at the treatment of the patient. From the historical situation of the psychosomatic question, it is circumscribed in this research, our theoretical mark. Distinct from the medical and psychiatric approaches, where a genetic cause is attributed to the origin of the disturbances in psychological functions that are manifested in the body as psychosomatic, the limits to the mapped differences in the specific terrain of Psychoanalysis are determined here, that considers the body not as an organism, but as an expression of the unconscious, affected by the language. Starting from the psychoanalysts that traditionally have occupied themselves with the matter, this study falls on the thesis of Sigmund Freud and Jacques Lacan, passing by the theories of Donald Winnicott, and of how they approached the clinical aspects of the psychosomatic disorder. The necessity to introduce the dimension of the instinct¹ (impulse?) satisfaction, which, in these cases, seem to manifest itself through a specific joy, as is highlighted here. The concepts of: subject, great Other, body, instinct (impulse?), desire, joy and anguish, will be approached such as formulated by the above authors cited as references in this study. This essay is also reinforced by the writings of a few analysts who, in current time, have been supporting the treatment of diseases and psychosomatic manifestations in the psychoanalytic practice. The fragments of the eight cases that compose this study have as an objective: to verify the hypothesis, reinstate the concepts and renew their postulates, through the Clinical Case Report Construction methods. Besides this, not free of some audacity, to incite upon the psychoanalytical and pediatric fields.

¹ PULSÃO: Diferencia-se de instinto animal. *Diferent of animal instinct; pulsatile.*

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 Justificativa.....	19
2 Objetivo.....	21
1 CONTEXTUALIZANDO A PESQUISA.....	25
1.1 Psicanálise e ciência.....	25
1.2 Histórico / Antecedentes da psicossomática.....	26
1.3 O referencial teórico/clínico.....	33
1.4 De Freud a Lacan, passando por Winnicott.....	34
2 MARCO TEÓRICO.....	39
2.1 A prematuração do homem.....	39
2.2 O objeto voz.....	43
2.3 A experiência do espelho e o objeto olhar.....	46
3 PSICANÁLISE E EPISTEMO-SOMÁTICA.....	54
3.1 O corpo na Psicanálise.....	54
3.2 Os fenômenos psicossomáticos (FPS).....	59
3.3 Holófrase: uma patologia da linguagem.....	67
3.4 O gozo específico, gozo do Outro.....	70
4 METODOLOGIA.....	75
4.1 A pesquisa na Psicanálise.....	75
4.2 A clínica como método: construção do caso.....	77
4.3 a. Material da pesquisa.....	80
4.3 b. Critérios de inclusão.....	80
4.4 Procedimentos necessários.....	81
5 A CLÍNICA.....	83
5.1 Os casos pesquisados: fragmentos clínicos.....	83
5.1.1 O Caso Daniel: dermatite, faltas de ar, cólicas, desmaios.....	83
5.1.2 O Caso Gisela: dermatite atópica grave, rinite alérgica.....	86
5.1.3 O Caso Frederico: adoecimentos frequentes, tumor benigno.....	92
5.1.4 O Caso João Paulo: pneumonias de repetição, gânglios pelo corpo.....	94
5.1.5 O Caso Régis: Internações hospitalares, perdas de fôlego.....	97
5.1.6 O Caso Gilberto: dermatite atópica grave, asma.....	100
5.1.7 O Caso Thaís: dermatite atópica e rinite alérgica.....	103
5.1.8 O Caso Renato: dermatite atópica, rinite e sinusite de repetição.....	106
6 A CONSTRUÇÃO TEÓRICA: MÉDICA E PSICANALÍTICA.....	110
6.1 A dermatite atópica, do ponto de vista médico (imunologia, dermatologia)....	110
6.1.1 Apresentação de caso: dermatite atópica grave do ponto de vista médico - Imunologia.....	110
6.1.2. A dermatite atópica, do ponto de vista da dermatologia.....	112
6.2 A pele: a escuta da Psicanálise.....	113
6.3 A clínica da Psicanálise e o FPS: qual tratamento?.....	117

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	123
7.1 Conclusões da pesquisa.....	123
7.1.1 Do psicanalista.....	123
7.1.2 Da Psicanálise com a Pediatria.....	126
7.2 A experiência de interseção da Psicanálise com a pediatria: É possível passá-la adiante?.....	129
REFERÊNCIAS.....	132
ANEXOS	
Anexo A: Termo de consentimento livre e esclarecido (para os pais).....	142
Anexo B: Termo de consentimento livre e esclarecido (para os pacientes).....	144
Anexo C: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.....	146

INTRODUÇÃO

A escolha da pesquisa sobre a questão das doenças e das manifestações psicossomáticas na infância e na adolescência surge da experiência da clínica da Psicanálise com a criança. Pode-se contatar claramente a incidência da realidade psíquica no corpo e observar a forma como a criança coloca o corpo em pauta, desde os primórdios de sua constituição. Grande parte dos impasses que a criança experimenta são expressos simultaneamente, de forma psíquica e somática, para se fazer ouvir.

O pediatra é o primeiro a receber a criança que apresenta algum transtorno, distúrbio funcional ou doença. Daí a importância da aproximação dos dois campos — o médico e o psicanalítico — que este trabalho propõe como uma possível interseção da Psicanálise com a Pediatria. A moléstia psicossomática obriga a ir além de todo reducionismo, seja psíquico, seja somático, já que um fenômeno pode ser psíquico e somático, ao mesmo tempo (ANSERMET, 2003).

Nesse sentido, a clínica em que há manifestações psicossomáticas constitui um terreno que desafia o saber médico, na medida em que tanto a compreensão da doença quanto a resposta clínica do paciente não se enquadram nos parâmetros habituais. Um ponto de junção possível entre a Ciência e a Psicanálise, entre a dimensão de organismo e de sujeito é aquele em que o corpo se torna o lugar onde o desejo inconsciente se manifesta. Quando a psique atua no corpo, o analista é convocado.

Essa é também uma questão complexa para a clínica da Psicanálise, cujos referenciais teóricos centrados no modelo de sintoma da neurose parecem insuficientes para caracterizar o fenômeno psicossomático. Assim como existem diferenças entre o discurso médico e o discurso psicanalítico, os modelos clínicos diferem um do outro: a clínica médica observa, examina, é uma clínica do olhar, ao passo que a clínica psicanalítica privilegia a escuta, com todas as implicações éticas que a escuta do psicanalista comporta.

Em 1966, na França, Jacques Lacan (LACAN, 1985) falava aos médicos especialistas numa conferência no Colégio de Medicina. Dizia que como a Medicina havia entrado

em sua fase científica, o médico passaria a ser requisitado na função de um sábio fisiologista. Na ocasião advertia que o médico não deveria responder simplesmente a essa função de repartição e delimitação do corpo em órgãos, pois de seu modo de responder dependeria a sobrevivência da posição propriamente clínica: o da medicina do corpo, e não o da medicina do órgão. Mesmo que a especialização médica tendesse, cada vez mais, a ser uma realidade, era justamente a questão da desordem psicossomática que se encontrava em posição de colocar inúmeras perguntas aos especialistas.

A Medicina trabalha com as noções de normal e patológico. No entanto, há certos adoecimentos no corpo, diante dos quais não se consegue estabelecer uma etiologia predominantemente orgânica. O *pathos* solicita diferentes formas de tratamento, e o médico não pode desconhecer a tradição clínica da Medicina de se debruçar sobre o paciente. Essa tradição não combina com a perspectiva técnico-globalizante do tratamento médico advinda da atualidade da ciência.

Quanto ao médico, são principalmente as doenças, os fenômenos e as manifestações psicossomáticas que se encontram em posição de questionar o saber da Medicina. Nesse campo, o psicanalista também tem inúmeras perguntas, pois essas moléstias se apresentam no real do corpo, se manifestam em determinadas áreas ou órgãos, onde produzem disfunções ou lesões no campo somático, muito embora se observe aí uma causalidade psíquica. Elas vêm romper com os ideais que tentam harmonizar o indivíduo com seu ambiente e se opõem a uma noção de integração corpo-mente.

O domínio da psicossomática tem sido concebido de forma ampla e recoberto por teorias bastante divergentes. Talvez por se tratar de um campo de contornos imprecisos, indaga-se se suas manifestações seriam tratáveis ou pela clínica médica (passando pelas teorias psicológicas), ou pela Psiquiatria. Por um lado, acreditou-se que a Psicanálise não teria função de tratamento em tais manifestações; por outro lado, houve tentativa de recuperação da Psicanálise pelo médico, cuja aplicação terapêutica foi tomada nos parâmetros da Medicina, dando origem à controversa posição de “médico-interpretante”.

A experiência da Psicanálise é singular porque trabalha com a particularidade da transferência que se estabelece entre o analisando e o analista. A transferência analítica não é igual à relação médico-paciente, em que há o intuito de curar um sintoma. A transferência analítica se refere à relação que se estabelece entre aquele que fala, analisa e articula os acontecimentos da vida com as doenças que se sobrepõem em determinadas ocasiões e o analista, que o escuta e interpreta (NASIO, 1993).

Na verdade, nem “psicossomática”, nem “somatização” são termos que Freud utiliza. Segundo P. Valas (GUIR; VALAS, 1989), apenas uma vez na obra freudiana aparece a palavra “psicossomática”, numa carta endereçada ao colega Weizsaker em 1923, em que admite a possibilidade de comprometimento orgânico de certas manifestações psíquicas, porém nada mais diz explicitamente sobre o termo.

Lacan ([1949] 1968) escreveu um artigo sobre hipertensão arterial referido à tensão psíquica. Anos mais tarde cita um caso de fenômeno psicossomático (FPS) de uma de suas pacientes, que desencadeou uma hemorragia retiniana com seqüelas graves. O termo “epistemo-somática”², forjado por Lacan, é mais preciso para se referir à especificidade dessas doenças e manifestações que questionam o saber médico.

De todo modo, é no corpo que a desordem psicossomática se manifesta, e sabe-se que justamente a noção de corpo está longe de ser unívoca. A Medicina, que entra cada vez mais no discurso da ciência, tende a fazer prevalecer uma noção de corpo como um conjunto de células e tecidos. Na ciência, o corpo tem sido reduzido aos registros somático, anatômico e biológico. O psiquismo, por sua vez, é definido por Freud como o campo de “representações”³ e por Lacan como o campo de “significantes”. Aqui se abre um parêntese para falar sobre a questão dos significantes.

No campo da Lingüística, Ferdinand de Saussure⁴ define o significante como “imagem acústica”, exatamente para dizer que não é o som, mas a impressão psíquica do som que vem associada a um conceito, a uma palavra. É o signo lingüístico que une uma imagem

² Epistemo-somática: episteme = saber; somática = do soma. Questiona o saber médico sobre o soma.

³ Representação: apresentação ou colocação de algo no lugar de alguém ou de alguma coisa. (*vorstellung*, em alemão).

⁴ Saussure, F. *Curso de lingüística geral*. 20. ed. São Paulo: Cultrix, 1997.

acústica, um significado a um significante. Ele definiu o signo como uma unidade dupla, verso e averso: de um lado significante, de outro, significado. Definiu a língua como um sistema de pura diferença, que não é a soma de seus termos. Cada termo é ser o que os outros não são, e o sistema funcionando em cadeia, ou seja, cada termo funciona em relação ao outro. Assim, as palavras não representam conceitos, de antemão; os valores emanam do sistema. Lacan reconhece na estrutura da língua a supremacia do significante; entretanto, localiza o som e o objeto fora do campo da Lingüística. Inverte o algoritmo saussuriano significante/significado para ressaltar a função determinante nos efeitos da significação que cada um dá à palavra. Assim, como as palavras não significam de antemão, é sempre retroativamente, *a posteriori*, que o sentido se produz, melhor dizendo, porque a significação de uma mensagem somente advém de sua própria articulação significante. A estrutura em que um significante remete a outro é a estrutura da linguagem, e Lacan a formaliza como o par de significantes primordiais, **S1—S2** (S= significante). Marcado pela linguagem, o sujeito só tem uma maneira de se fazer representar: de um significante para outro significante. Quando, por exemplo, ouvimos alguém dizer “Maria é a gordinha do papai” ou “Esse menino nasceu para me dar trabalho”, pode-se distinguir como “Maria” é o sujeito, representado pela palavra “gordinha” (um significante que a nomeia) para um outro significante, “papai”. Maria é aquela que representa um sujeito para alguém. Entretanto, a operação em que o sujeito se faz representar pelo significante deixa restos. A questão será retomada na seção 2.1 *A prematuração do Homem*, quando serão explicitadas as operações fundamentais à constituição do sujeito.

Prosseguindo, se for seguida somente a evolução teórica do discurso médico, vê-se que essa distinção conceitual vinda do pensamento científico vai se estabelecendo com o realce que tem sido dado às neurociências. O fato de se atribuir certos sintomas a uma desregulação neuronal, à herança genética ou a uma carência orgânica determina a causa como puramente somática. Historicamente a Medicina tenta fazer do psiquismo um órgão, talvez um pouco à parte do sistema nervoso, mas não de todo redutível a ele. Admite, contudo, que suas funções lhe parecem um pouco misteriosas.

Contudo, o momento atual do desenvolvimento científico tem verificado que a experiência emocional é capaz de influenciar e mudar o funcionamento e até a anatomia cerebral. O conceito de plasticidade cerebral, com sua variabilidade infinita, reconduz a

articular o biológico com o sujeito, pois cada um aparece como exceção ao universal. Assim se formula a questão; afinal, se reconhece que a experiência emocional se imprime em todo o corpo, então não se trata mais de como o cérebro determina a experiência. O sofrimento psíquico coloca em cena o corpo, seu funcionamento, sua anatomia.

A abordagem médica da psicossomática está posta tradicionalmente como Psicologia Médica, uma especialidade que se desenvolveu como ramo da Medicina e considera uma doença ou um conjunto de sintomas como psicossomáticos, quando não há uma explicação científica reconhecida que esclareça seus mecanismos. Já que a atividade da ciência visa fazer minorar os sofrimentos que a vida impõe, recorre-se ao pensamento dedutivo. Essa psicossomática (médica) utiliza referências análogas à da Medicina tradicional para os aspectos psíquicos envolvidos na doença, ou seja, o mesmo modelo de natureza biológica para lidar com os restos incompreendidos da Medicina (SCHILLER, 2000).

Quanto ao tratamento, a diferença será determinante: é preciso decidir se ele se estenderá ao âmbito da formação dos sintomas ou se visa uma simples modificação de suas respostas, tornando-se, nesse caso, o tratamento de um corpo à mercê da ciência. Todavia, dentro da Medicina existem correntes que se posicionam de forma mais aberta, que questionam essa concepção tão complexa do corpo unicamente como biológico ou como herança genética. Essas correntes admitem não somente que o psiquismo possa ter importante incidência no corpo, mas também que a forma de tratá-las não responde simplesmente ao modelo médico. É possível constatar na interlocução com os pediatras e especialistas pediátricos o quanto essa questão aparece de forma sensível (MARQUES; FONTES, 2005).

A Psiquiatria, originalmente o ramo da Medicina que se propõe tratar das patologias mentais, adota atualmente como princípio avaliar e diagnosticar os sintomas de uma pessoa que sofre do que se chama de doença mental, para em seguida medicá-la ou ajustar uma medicação farmacológica. Admite a existência de “componente” ou “fator emocional” importante em muitas doenças, reconhecendo-as como “em parte biológica, em parte, de origem psíquica” e faz um esforço para inventariar os traços emocionais

associados a cada grupo de doenças. A psicossomática psiquiátrica esforça-se para identificar traços e perfis encontrados nas várias doenças. Essa é também a posição da maioria das correntes psicológicas: elas reproduzem as especialidades médicas e, assim, há tanto psicólogos especializados em trabalhar junto a pacientes com asma, obesidade, problemas digestivos, quanto especialistas de UTI, e assim por diante (SCHILLER, 2000).

Em *Psicanálise e Psiquiatria*, Freud não inviabiliza o convívio entre os saberes, apesar de reconhecer e sustentar suas diferenças. Nesse artigo, ele indaga se o fator hereditário contradiz a importância da experiência, do sofrimento que o paciente apresenta. Compara o relacionamento da Psicanálise com a Psiquiatria com o da histologia e o da anatomia, dizendo que, se há algo na natureza do trabalho psiquiátrico que pode se opor à investigação psicanalítica, “não é a Psiquiatria, mas os psiquiatras” (FREUD [1917], 1976).

Ao tratar o corpo, a Medicina, inclusive a Psiquiatria, também se vê diante de um corpo afetado pela linguagem, mas sua concepção de ciência faz com que tente ocultar a real diferença entre o organismo biológico e o corpo da realidade psíquica. A linguagem universalizante dos manuais das doenças mentais, DSM, funciona como barreira à fala: é abstrata e confirma um saber sem sujeito, portanto sem passado. A fala é lugar da verdade do sujeito, de sua linhagem genealógica, singular e insubstituível.

Se a pergunta de Freud era pertinente em sua época, o que dizer da psiquiatra de hoje, que tende a observar a reação do paciente somente para catalogar transtornos e, a partir deles, acertar ou ajustar a medicação? A ênfase já não recai na relação entre os elementos, classicamente tão importante para a confirmação diagnóstica.⁵

Como parte da Medicina, a especialização psiquiátrica em nossos dias adere ao conceito de que a doença é uma desordem biológica inscrita nos genes. Resta perguntar qual lugar a Psiquiatria está decidindo ocupar hoje. A tendência contemporânea de entender a doença mental como uma determinação orgânica não apenas é fortalecida pelas

⁵ Clérambault, G. (1872-1934), psiquiatra contemporâneo de Lacan, considerado um bastião da Psiquiatria clínica, que Lacan chama de “meu mestre” e por quem expressa seu mais profundo respeito. (LACAN, J. 1998. p. 69-76 e 153)

descobertas das neurociências sobre o funcionamento do sistema nervoso central nos níveis dos neurotransmissores cerebrais, no campo da genética, mas também coincide com o grande número de novos psicofármacos presentes no mercado. Assim, escolha do medicamento a ser prescrito atende a certos objetivos: inibir, excitar ou estabilizar os comportamentos no que se refere ao humor, à agressividade, à apatia, à depressão ou ao chamado estresse, — de forma a tornar a pessoa socialmente aceitável ou, então, para reativá-la, a fim de que prossiga suas atividades cotidianas. Como o tratamento é meramente sintomático, enquanto tomar o remédio, a pessoa estará protegida de comportamentos “indesejáveis”. Só se pode lamentar o crescente desaparecimento de uma Psiquiatria mais clínica, que sustentasse a tradição da Psiquiatria dinâmica, conservando a experiência de aproximação com o paciente, na escuta no diagnóstico, na evolução e no atendimento ao paciente, sem deixar de lado a prescrição, quando necessária. Pode-se pensar quanto o uso do medicamento pode ser bem-indicado, que incidir na dor não significa anestésiar ou drogar, até porque a questão da dor é tão complexa que solicita múltiplas respostas (GUIOMARD, 2000).

Quanto à questão de tentar determinar o que é do psíquico e o que é do somático, antes é preciso dizer que a Psicanálise vem romper com o dualismo cartesiano corpo-alma. Essa teoria considera as doenças mentais como puramente psíquicas ou exclusivamente orgânicas, separando-as em “doenças do corpo” e “doenças da alma”.⁶

O psicanalista trabalha com o sujeito do inconsciente, cujo corpo está afetado pela linguagem. Corpo “entre dois” (entre dois significantes, entre consciente/inconsciente), de intervalo, onde o *Eu e o corpo* compõem uma realidade psíquica, em que a fala é o lugar da verdade do sujeito.

Na perspectiva da Psicanálise, recusa-se o monismo (ou psíquico, ou orgânico), deixa-se o dualismo (os dois juntos: psíquico e orgânico) para fazer aí uma **torção**, reconhecendo no corpo as duas faces de uma mesma moeda.

A construção de uma representação de corpo permite que este se abra e se desdobre, tornando-se sexualizado. A articulação entre corpo biológico e sua representação

⁶*Doenças do corpo e doenças da alma*: Encontra-se a referência à redução da causalidade como sendo a posição do psiquiatra Henri Ey, em 1946.

psíquica é estabelecida num tempo primário da vida, nas relações do bebê com o meio ambiente, nas intrincadas relações daqueles que o cercam e cuidam dele. A estrutura⁷ psíquica é o que nos dá a dimensão humana. O pediatra ocupa aí um lugar central, pois é ele, em primeiro lugar, que se depara com os momentos decisivos da vida da criança.

A partir dessas considerações iniciais, este estudo se propõe a construir uma interseção da Psicanálise com a Pediatria, com ênfase no atendimento psicanalítico da criança e do adolescente que apresentam doenças e manifestações psicossomáticas, no intuito de resgatar, daí, o sujeito.

Justificativa

A Psicanálise é uma prática sustentada num discurso, cuja efetividade não se limita à intervenção clínica, mas se verifica também em sua extensão aos saberes com os quais mantém uma interlocução.
(Eduardo Vidal, 2000)

Inicialmente é preciso dizer que a Psicanálise nunca trouxe nem pretende trazer um saber novo sobre o funcionamento do organismo biológico, porque os discursos são irreduzíveis um ao outro, por terem paradigmas diferentes. Uma diferença inicial é que, para a Medicina, o sintoma é dotado de sentido e compete ao médico dar sua significação; já para a Psicanálise, o que é chamado de sintoma leva ao inconsciente e não se refere a algo detectável no organismo, algo que permita elaborar uma doença médica (FERREIRA; PIMENTA, 2003). Além disso, os achados atuais sobre a plasticidade cerebral confirmam que não há uma simples correspondência entre um estado psíquico e um estado do cérebro. As condições de escolha, sempre única, levam a uma série de hiatos que desenham o espaço do sujeito em sua particularidade. Isso indica que, além do que a genética pode prever, resta um lugar ao sujeito, com um fator de imprevisibilidade (ANSERMET; MACARY, 2004).

⁷ Estrutura: “A idéia de estrutura parece aí pautada na resistência à concepção de desenvolvimento infantil, oriunda de uma psicologia médica, que explica o sujeito por um sistema de necessidades, num corpo que tenderia à acumulação adaptativa” (VORCARO, 1997).

Escolheu-se o termo *interseção*⁸ da Psicanálise com a Pediatria para sustentar que não se trata de “aplicar”⁹ a Psicanálise à Medicina nem de pretender fazer da Psicanálise um discurso de mestria. A interseção vem de um conceito matemático, que determina pelo menos um ponto de encontro entre dois campos distintos, mas enlaçados de tal forma que um ponto vazio permite uma articulação. A interseção é aqui um referencial preciso para que não se caia na ilusão de psicanalizar toda a sociedade, “curando” o mal-estar inerente à Cultura. A Psicanálise não se presta a ocupar esse lugar em relação aos outros saberes nem se apóia num *a priori* destinado a demonstrar saber. Pelo contrário, trata-se de *implicar*¹⁰ a Psicanálise nas questões que emergem dos saberes que lhe são conexos e, se possível, produzir a partir daí algo de novo. A Psicanálise de Freud não recua frente ao diferente, mas se aproxima e se expõe às outras ciências para, no retorno, fundar seu próprio inédito (ANSERMET; MACARY, 2004).

A noção de corpo marcado pela linguagem é a referência que pode nos guiar quando nos perguntamos sobre o corpo como sede de certos sintomas físicos, tais como os sintomas histéricos, hipocondríacos, algumas disfunções ou distúrbios de funcionamento. Os chamados fenômenos psicossomáticos (FPS)¹¹ seriam aqueles que se expressam numa desordem orgânica e se opõem aos distúrbios conversivos. O histérico fala por meio **de** seu corpo, o paciente psicossomático sofre **no** seu corpo. Se, para o histérico, o corpo é um instrumento de linguagem dirigida a outro fora dele, a desordem psicossomática aparece quase como um não-apelo e, em princípio, vazia de significação simbólica.

Nos trabalhos consultados, é possível constatar com surpresa que, numa perspectiva freudiana, a psicossomática ainda é muito pouco explorada. Embora exista há um século, a Psicanálise ainda suscita no meio médico uma profunda incompreensão e uma série de interrogações. Confunde-se, com frequência, o trabalho do psiquiatra e do

⁸ Interseção: Figura da Matemática (teoria dos conjuntos): A interseção dos conjuntos é constituída pelos elementos que pertencem aos dois conjuntos. Dois conjuntos se interpõem, em parte, através dos pontos de encontro. Na interseção são conservados apenas os elementos pertencentes a ambos os conjuntos, denotada por um U invertido. A interseção acaba por ser de duas faltas, ou seja, daquilo que não se sabe, e que do encontro de duas faltas se produza um saber.

⁹ Psicanálise “aplicada”: Não se trata aqui da mesma noção de aplicação de Psicanálise a que Lacan se refere na *Ata de Fundação*.

¹⁰ Termo sugerido por Nilza Rocha Feres (*In memoriam*).

¹¹ Fenômeno psicossomático (FPS): Ver seção 3.2 *Os fenômenos psicossomáticos*.

psicólogo com o tratamento psicanalítico.. Nas universidades a Psicopatologia Aplicada consagra uma parte de seu ensino a algumas noções de Psicanálise, na maior parte das vezes, feita de forma vaga, através de cópia xerográfica de textos, que raramente são aqueles que fundam e orientam os aportes teóricos de Freud. As conseqüências desse vazio teórico são imediatas: o discurso freudiano cai no imaginário popular dos estudantes, que passam a “saber” Freud, imaginando que o fazer de um psicanalista é interpretar o paciente e seu sintoma como num dicionário de sonhos. Essas são imagens das psicologias popularizadas, que certamente não têm nada a ver com as principais teses freudianas. Também se pensa, aqui, como equivocada a aplicação metodológica da teoria da Análise do Discurso à Psicanálise, ainda que ela se preste tão bem a outros saberes. Do ponto de vista psicanalítico, “análise” e “discurso” são de outra ordem: para a Psicanálise, o discurso não existe sem efeito de sujeito.

Tais posicionamentos conduzem a interrogar qual lugar a Psicanálise pode ocupar no interior de um sistema de saúde quando se pretende uma interseção da Psicanálise com a Pediatria.

Felizmente para alguns, após um século de existência, a Psicanálise adquiriu o direito à cientificidade e ao espaço público, capaz de levar em conta a particularidade de cada caso. Acolher o sintoma em sua organização para tratar do sujeito é o que justifica este estudo e esta pesquisa.

Objetivo

*Pois, a exatidão se distingue da verdade,
e a conjectura não impede o rigor.
(Lacan. Escritos, p. 287)*

O principal objetivo desta pesquisa é verificar a contribuição da Psicanálise na condução do tratamento dos casos que são considerados psicossomáticos e que não respondem satisfatoriamente ao tratamento médico. São casos em que o médico escuta algo do emocional ou que tradicionalmente são considerados psicossomáticos.

Os fenômenos psicossomáticos parecem estar na filiação direta do que Freud considerava como “neuroses atuais”, ou seja, na linha do que Freud inseriu no campo das “neuroses narcísicas”: um tipo de mecanismo do narcisismo em que os recursos simbólicos se instauram de forma precária, em que a existência do sujeito é problemática e pode tomar a trilha de uma doença orgânica. Esta deriva de um investimento maciço sobre um órgão ou de uma parte do corpo, que pode adquirir a propriedade de uma zona erógena, a ponto de se comportar como um substituto do órgão sexual. (FREUD [1894], 1976). Suas indicações vão abrindo o campo para os questionamentos e as formulações sobre a ocorrência do que mais tarde Lacan vai nomear como Fenômeno Psicossomático. O FPS também concerne ao órgão e não cede à interpretação;- diferentemente da manifestação histérica, que é classicamente um sintoma.

O intuito deste trabalho é tomar a questão da psicossomática no rigor de uma orientação psicanalítica, que encontra seus fundamentos em Freud e Lacan, com uma incursão aos importantes trabalhos de Donald Winnicott, pediatra e psicanalista que muito se ocupou do que as crianças são capazes de manifestar no corpo (WINNICOTT [1934], 1999).

A proposta de interseção traz a tentativa de reintroduzir o sujeito a partir da manifestação que o paciente apresenta, fazendo da Psicanálise e da Medicina, dois saberes conexos. A Psicanálise, que nos impõe considerar o corpo não como um dado biológico, mas como o efeito da palavra sobre o dado biológico, sustenta o dizer freudiano de que “o eu é, antes de tudo, corporal” (FREUD [1923], 1976). O corpo é, em seus estatutos Imaginário, Simbólico e Real,¹² os três registros por meio dos quais Lacan pensou a experiência analítica.

Ao tomar as doenças e as manifestações psicossomáticas na infância e na adolescência como tema, e sob a ética da Psicanálise, tenta-se fazê-lo como uma maneira de circunscrever aquilo que essas moléstias apresentam de mais singular, tanto no que toca a apreensão de sua estrutura, quanto no modo de tratá-las em Psicanálise.

¹² R.S.I.: Para Lacan, é a referência organizadora da história e dos acontecimentos da vida psíquica, na experiência analítica. Ele vai elaborando esta tríade nos trinta anos de seu ensino, no plano conceitual, matemático e topológico.

Além disso, a pesquisa abre caminho a verificar se essas manifestações na criança seriam mais vulneráveis a deslizamentos, devido ao fato de que a estruturação não teria chegado a seu termo.

A construção do caso clínico junto ao pediatra ou especialista pediátrico que trata da criança tenta criar uma interseção que possibilite aos dois campos uma (nova) produção de saber. Trata-se não de substituir a posição do médico pela do psicanalista, mas de permitir ao médico, no enquadre de sua função, levar em conta algo de inesperado no que o paciente exprime, fora da nomenclatura médica. (SZPIRZKO, 2000)

A partir da intervenção da Psicanálise na construção do caso clínico, procurar-se-á responder às seguintes questões a partir do referencial da Psicanálise.

- a. A diferença entre a abordagem do sintoma na Medicina e na Psicanálise: considera-se o sintoma analítico como uma mensagem inconsciente, que passa pelo corpo metaforizando um desejo.
- b. A distinção do sintoma analítico (que para Freud aparece como um substituto de uma satisfação frustrada, que se repete transformada em sofrimento e é irreconhecível para o sujeito) da lesão psicossomática (FPS), (uma espécie de cristalização numa patologia, cujo efeito se manifesta somaticamente).
- c. A tentativa de articular como as afecções ditas psicossomáticas chegariam a incidir no corpo da criança, considerando que no caso da criança, ela está ainda se estruturando.
- d. O exame da associação entre as manifestações dermatológicas consideradas insistentes pela Medicina e a intervenção da palavra materna durante o tempo da constituição do sujeito, ou seja, como o sujeito em questão subjetivou sua posição face ao campo do Outro.¹³

¹³ Outro: Lacan denomina grande Outro aquele que exerce os cuidados maternos, geralmente a mãe, agenciada por um desejo particularizado pelo bebê. Não há bebê sem Outro, e dele vai depender o surgimento do *infans* no registro simbólico. Escreve-se com maiúscula, porque não se reduz a qualquer outro, semelhante. Não se reduz à pessoa da mamãe, a cuidadora, mas inclui o campo do simbólico, o que se diz e o que se faz em torno do bebê.

- e. A hipótese de uma correlação possível entre o FPS e a falha na função paterna,¹⁴ que Lacan designa como a forclusão do Nome-do-Pai,¹⁵ fazendo com que a função paterna se coloque de forma problemática, na estrutura do sujeito. Entretanto, que não se pode dizer de uma forclusão generalizada do NP, mas de uma forclusão pontual, em alguns pontos da estrutura.
- f. Tentativa de formalizar a posição do sujeito em relação ao Simbólico ao Imaginário e ao Real, as três instâncias que, enlaçadas, amarram a estrutura, organizando a história e os acontecimentos da vida do sujeito.

Coloca-se a questão da interseção da Psicanálise com a Pediatria, considerando-se os seguintes pontos a ser debatidos a partir deste trabalho:

- O pediatra, que tem um papel de autoridade para a família da criança. Como ele poderia usar seu poder de intervenção, dentro de sua própria clínica, ao perceber uma causalidade psíquica na manifestação orgânica de seu paciente?
- Qual o momento de encaminhar o paciente ao psicanalista e como isso deve ser feito para que a família, de fato, aceite o encaminhamento e procure o analista?

Espera-se que este trabalho possa trazer uma contribuição ao paciente, aos sujeitos acometidos pela moléstia psicossomática, na medida em que o médico, podendo reconhecer a dimensão subjetiva do paciente, possa sustentar uma dimensão diferente daquela referenciada somente na etiologia médica para orientar o tratamento.

Mas, há que apurar uma estratégia no tratamento médico para que o paciente que necessite possa encontrar o analista.

¹⁴ Função paterna: Função separadora, presente no discurso materno, que instaura um espaço entre a mãe e a criança, e cuja palavra se faz lei. Essa função mediatiza e modula o desejo da mãe em relação ao filho, e tanto mais estará operante quanto mais a mãe esteja para o pai desejada como mulher.

¹⁵ Forclusão ou foraclusão: termo jurídico que indica algo que restou fora e não foi incluído em tempo hábil. “Forclusão do Nome-do-Pai”: Lacan faz uso desse termo para dizer do NP, que teria ficado, em certos casos, forcluído. O NP não é exatamente a pessoa do pai, mas a importância que a mãe dá à sua palavra ou à sua autoridade. Pode-se pensar, em se tratando do fenômeno psicossomático, na possibilidade de uma forclusão do NP não de forma geral, que seria o caso da psicose, mas numa forclusão pontual.

Supõe-se ainda que a construção do caso clínico pelo médico e pelo analista permita produzir algo de novo nas respostas do paciente, fazendo com que esse encontro de trabalho repercuta para os dois saberes: o médico e o psicanalítico. No entanto, é necessário evitar que tal aproximação culmine numa redução recíproca, da clínica médica e da clínica psicanalítica. Cada um desses campos precisa assumir as conseqüências de seu saber e de sua *práxis*, fazendo-se respeitar nas suas contradições.

1 CONTEXTUALIZANDO A PESQUISA

1.1 Psicanálise e Ciência

Consideramos a consciência, sem mais nem menos, como a característica que define o psíquico, e a psicologia como o estudo dos conteúdos da consciência. A Psicanálise, porém, não pode evitar o surgimento dessa contradição, não pode aceitar a identidade do consciente com o mental. Ela define o que é mental, enquanto processos como o sentir, o pensar e o querer, e é obrigada a sustentar que existe o pensar inconsciente e o desejar não apreendido. Dizendo isso, de saída e inutilmente ela perde a simpatia de todos os amigos do pensamento científico solene, e incorre abertamente na suspeita de tratar-se de uma doutrina esotérica, fantástica, ávida de engendrar mistérios e de pescar em águas turvas.
(Freud [1916]. *Conferências introdutórias sobre a Psicanálise.*)

Nesta citação, além de criticar o equívoco da ciência e o senso comum em considerar a consciência como o que define o psíquico, Freud mostra o ponto de divergência da posição da Psicanálise em relação à ciência.

Em *Psicanálise e universidade* (PENNA, 2003) encontra-se uma referência precisa quanto ao pensamento de Freud sobre a contribuição possível da Psicanálise à ciência da época:

De acordo com Freud, a Psicanálise contribuiu para ciência na medida em que permitiu estender a pesquisa à área psíquica, mas não conseguiu promover uma modificação na atitude da ciência como um todo, uma vez que a ciência tomou os pressupostos psicanalíticos como uma advertência e passou a separar do conhecimento tudo o que é ilusão e o que é resultado das exigências emocionais como um todo (PENNA, 2003, p. 38).

Com base na distinção entre Psicanálise e ciência, conclui-se que não foi sem razão que Freud preferiu qualificar a Psicanálise como leiga. Contudo, em lugar de situá-la entre as concepções de mundo, filosóficas ou religiosas e empenhou-se em aproximá-la da abrangência da ciência, porque somente no âmbito da ciência se tornaria possível redefinir e atualizar seus postulados à medida que o trabalho fosse avançando. Freud sabia que, se tivesse aproximado a Psicanálise da Filosofia ou da religião, ela não teria futuro, pois estaria fatalmente inserida numa visão universal de pensar a existência. Ele acreditava que a via da ciência permitiria que os conceitos psicanalíticos pudessem ser verificados, já que seria necessário colocá-los em funcionamento, no cerne da experiência, para ir avaliando se estariam cumprindo a função pretendida. Parece que a

preocupação fundamental de Freud era relativa à exclusão do sujeito, ou seja, que não se considerasse justamente o que resiste ao saber constituído e universal. O que resiste, e que interessa à Psicanálise, com o que ela trabalha, é a dimensão de um saber parcial, lacunar e incompleto. Esse é o modo peculiar à Psicanálise de operar com a verdade e com o saber.

Mas pode-se supor que a Psicanálise tenha o que dizer na atualidade da ciência. Desde 1965, o artigo de Lacan *Ciência e Verdade* (LACAN, 1998) coloca em relevo a particularidade da Psicanálise em relação à ciência, mostrando que a Psicanálise seria impensável como prática se a descoberta do inconsciente tivesse tido lugar antes do nascimento da ciência, em seu sentido moderno. Lacan manifesta o anseio de uma ciência do *contingente*, mas que não prescindisse da exigência de um rigor conceitual e lógico, e que tivesse lugar para a escuta do sujeito, considerando a sua divisão.

Sem esperar utopias, é possível reintroduzir o sujeito através de seu dizer. O dizer faz barreira ao gozo do corpo, e quando não há dizer, o gozo pode se dar a ver lesionando o corpo. (SOUZA, 2000).

1.2 Histórico / Antecedentes da Psicossomática

Há uma pesquisa intrínseca à formulação freudiana da Psicanálise: enquanto pesquisava entre 1894 e 1939, Freud ia elaborando os conceitos relativos ao campo de suas descobertas. Foi a histérica que sinalizou para Freud a direção do que ele iria inventar: o tratamento por meio da fala. Deixando o paciente falar, esse corpo que a palavra já afetou pode se expressar. Freud percebe que é também da dimensão da palavra o que poderia desafetar o corpo. Que o corpo pertence ao campo da Psicanálise fica bem claro no sintoma histérico, e o que diziam as histéricas permitiu a Freud circunscrever o sintoma e o conceito de conversão. Aquelas mulheres que tinham um membro paralisado ou estavam atacadas de cegueira, de acessos de tosse revelavam uma dimensão simbólica contrária à anatomia. Desde então, fica introduzida a questão de que o sofrimento psíquico afeta o corpo, embora nem sempre isso aconteça da mesma maneira em todos os casos. Freud coloca em evidência o fato de que o corpo é constituído da incorporação da palavra, o que ocorre nos primórdios do sujeito, desde a

primeira infância. E constrói, então, um aparato teórico para dar conta desse saber que não se sabe, que se manifesta no corpo e depende da estrutura da linguagem.

No entanto, cabe distinguir o que Freud formulou como sintoma histérico do que este trabalho propõe: a abordagem da questão psicossomática. Freud considera a questão histérica como inscrição literal de um pensamento inconsciente, que não encontra saída de outro modo. E fala da hipocondria como um fenômeno distinto da neurose chegando a aproximá-la ao campo das psicoses, onde o corpo entra em jogo, embora nele não haja exatamente uma lesão (FREUD [1893], 1977). Também não se trata de dizer que o sujeito do FPS é psicótico, mas de um fenômeno que aponta para a existência do sujeito como problemática. Piera Aulagnier, citada por Lacan no *Seminário da Identificação*,¹⁶ vai referir essa existência problemática ao campo da psicose, porque está no nível da relação do sujeito com seu próprio corpo, é sempre necessário definir o Outro e o desejo do Outro.

Na verdade, Freud nunca criou uma teoria propriamente psicossomática; na época, ele estava elaborando as *neuroses atuais e as neuroses traumáticas*. Muito mais tarde, as tentativas de articular o FPS com as *neuroses atuais* fazem retornar essa formulação freudiana. O FPS também toca o real do corpo, muito embora se trate do real do gozo. O que os psicanalistas chamam o real do corpo é a lesão que se expressa somaticamente, no corpo, com sua pulsação de gozo.¹⁷

Em *Introdução ao narcisismo*, Freud ([1914], 1976) descreve as patologias narcísicas e diz que a psicose não é a única patologia do campo do narcisismo. Afirma que se pode abordar a questão pela via da doença orgânica e da hipocondria. Além disso, dá o exemplo da doença orgânica, por meio da qual já se sabe que o indivíduo que sofre de uma dor orgânica retira seu interesse pelo mundo exterior, assim como seus investimentos libidinais pelos objetos de amor. E que, uma vez curado, o sujeito restabelece seu interesse e os investimentos no mundo externo. No caso hipocondria, o sujeito também retira sua libido e a concentra no órgão que o ocupa e o faz sofrer. Trata-se de um investimento libidinal narcísico, auto-erótico numa parte do corpo. Na

¹⁶ Lacan, citando palestra de Piera Aulagnier no *Seminário da Identificação*, p. 18, lição de 2 maio 1962.

¹⁷ Ver o conceito de gozo na seção 3.1 *O corpo da Psicanálise*, deste trabalho.

neurose, uma parte do corpo pode adquirir a propriedade de uma zona erógena, passando a se comportar como um substituto para o sexual. Assim, a cada investimento libidinal corresponderia um investimento no eu, revelando aí o narcisismo primário. Freud acrescenta nesse artigo uma dimensão econômica à natureza do narcisismo, diferente de suas formulações anteriores, em que opunha libido do eu e libido do objeto.¹⁸

Freud observa que o aparelho psíquico esforça-se para manter a excitação nele presente tão baixa quanto possível, ou pelo menos, mantê-la constante. E em 1915 (Freud, 1974) descreve um estímulo, uma força motriz, pressão da qual não se tem como fugir: a pulsão, cuja origem está numa fonte interna de estimulação que emite sinais de um mundo interno ao organismo, e que alcançam a mente. Os termos que caracterizam esses estímulos pulsionais são: urgência, exigência, compulsão. O processo somático que ocorrer num órgão ou parte do corpo é representado psiquicamente por uma pulsão. A fonte, Freud diz que deve ser orgânica, mas que só é possível conhecê-la por sua finalidade

Em *Angústia e vida pulsional*, Freud ([1933], 1976) observa que as neuroses traumáticas e as neuroses atuais diferem das neuroses históricas e obsessivas. Abandona a idéia de angústia como excesso de excitação sexual e coloca a angústia como consequência direta do momento traumático. Aborda as “parestésias”¹⁹ que acompanham os ataques de angústia, distinguindo-as da conversão histérica. Apesar de encontrar nas “neuroses atuais” uma relação com a etiologia sexual, afirma que não estão relacionadas com as idéias sexuais. Freud descreve duas situações nas quais a repetição serve para tentar dominar a experiência dolorosa: a “neurose traumática” aparece após um choque em que a vida foi colocada em perigo, e a causa do traumatismo não se deve à violência do choque, mas à ultrapassagem da soma de excitações e ao sentimento de ameaça à vida. Os sonhos repetem a situação traumática, contrariando a concepção clássica do sonho como realização de desejo. O que ele

¹⁸ Freud: Estudos sobre Shreber.

¹⁹ Parestésias: Nos *Estudos sobre a histeria*, Freud descreve o caso de uma paciente que “manifestou uma sensação de sufocamento e constrição da garganta, de modo que a voz soava apertada impedindo-a de cantar”. Freud distingue as parestésias das manifestações histerias, Obras Completas, ESB: 1974, v. 2, p. 218).

ressalta nas “neuroses atuais” diz respeito a uma lesão de órgão cuja causa poderia parecer atual, mas indica um núcleo não tão atual, pois já haveria anteriormente uma manifestação somática, expressa no corpo, diante de uma situação anterior de perigo. Trata-se aí, principalmente, de um impacto sem angústia, em que um novo apelo traumático viria reanimar o trauma.

Na década de 1920, dois discípulos de Freud se interessaram pelas causas inconscientes, articulando-as com as doenças orgânicas. Foram eles o húngaro Sandor Ferenczi (1992) e o alemão G. W. Groddeck (1984), considerado o pai da psicossomática, que defendeu radicalmente a psicologização do biológico. Groddeck, estudioso das manifestações psíquicas no corpo e considerado “pai” da psicossomática, foi contemporâneo de Freud, que, depois de ter celebrado seus trabalhos, acabou por rejeitá-los completamente devido à precariedade de sua fundamentação teórica. Do legado freudiano, ficaram restos a pesquisar e o anseio de que a Psicanálise prosseguisse com método e rigor para que seus achados fossem transmissíveis. Melanie Klein, J. Moreno e Michel Balint (BALINT, 1994) tentaram dar continuidade às idéias de Groddeck; porém, não conseguiram no âmbito geral evitar um achatamento psicológico sobre o modelo do discurso médico.

Os estudos anglo-americanos sobre as neuroses de guerra abriram campo para a psicossomática, dando origem aos trabalhos que Helen Dunbar (1925) em Chicago e Franz Alexander publicaram na década de 40, até 1950. Suas pesquisas no âmbito da medicina psicossomática os levaram a conceituar organizações específicas de personalidade que correspondiam a essa ou aquela expressão psicossomática. De acordo com Mc Dougall, parte de F. Alexander a primeira corrente psicossomática, que afirma a causa do efeito traumático sobre o corpo de dever ao fato de que alguns afetos não terem conseguido exprimir-se livremente. Haveria, assim, uma especificidade entre o afeto e a lesão. Por exemplo, essa teoria supunha que uma pessoa em conflito com a mãe faria com maior freqüência doenças cutâneas; com o pai, seriam lesões no aparelho digestivo. E os biólogos provaram que a especificidade não pôde ser demonstrável. Mc Dougall cita ainda a neuropsicobiologia, que fala de “neurose e psicose de órgão”. Para Dunbar, também citada por Mc Dougall (1966), as estruturas psíquicas estão ligadas a uma causa orgânica, portanto também às lesões psicossomáticas. Numa

tentativa de biologizar o psíquico, o tratamento proposto passa pela alopatia e mais algumas interpretações de bom senso.

A segunda corrente considera que tudo no homem é psicossomático. Groddeck (1984) foi um representante dessa corrente, em que o psíquico era considerado como todopoderoso em detrimento do biológico.

A terceira corrente é a que reconhece que existem as doenças psicossomáticas e que a patologia psicossomática inclui desordens autenticamente orgânicas. Elas se opõem aos distúrbios conversivos. Os autores que tomaram essa posição se mostraram mais prudentes ao afirmar a causalidade psíquica de um certo número de afecções que a Medicina oficial já havia listado, mas admitiram que quase nada se sabia delas. Hoje já se conhece mais sobre a etiologia de algumas delas, e foi descoberta uma bactéria nas úlceras pépticas. Observam-se diferenças genéticas numa mesma linhagem no que se refere à asma, ao eczema e às alergias. A retocolite hemorrágica, a psoríase, o vitiligo, a dermatite atópica, a herpes-zoster podem se relacionar a um traço genético. Também não há como negar as evidências fisiopatológicas de uma resposta alergênica de uma doença como a asma. No entanto, segundo Ballone (2003), tais argumentos não excluem em absoluto que nesses casos de desordens autenticamente orgânicas, o envolvimento preponderante do psíquico esteja implicado de uma forma específica na vulnerabilidade imunológica e na suscetibilidade a infecções. São moléstias que evoluem por crises com períodos de remissão, e até a Medicina já reconhece a participação subjetiva que dá partida à doença em certas circunstâncias.

Dos anos 1950 até 1963, os psicanalistas franceses Michel Fain, M'Uzan, Dejours e Pierre Marty (MARTY, 1993), que fundaram a Escola de Psicossomática de Paris, retomaram a questão do determinismo da pulsão de morte, nesses casos. A isso foi atribuído um estatuto eminentemente biológico, como um tipo de “violência instintual fundamental”, que, se liberada, poderia provocar lesões no corpo. Acabou-se por fazer da psicossomática uma especialidade, que se revelou nada mais do que uma psicologização da Medicina, e para a qual se formam os especialistas. Os tratamentos que se propõem ficam sob a ordem médica, e os pacientes acometidos de FPS podem ser enviados à psicoterapia ou longa, ou de “inspiração analítica” e, em raros casos, à

Psicanálise. Na clínica da Escola Psicossomática de Paris, quando se especifica o sujeito psicossomático, atribui-se a ele uma imobilidade, com pouca produção de fantasia e pouca capacidade mental (alexítmia).

Por ocasião da publicação de *L'Investigation Psychosomatique* por David Faim, Pierre Marty e M. M' Uzan (MARTY, 1963), as manifestações somáticas relatadas pelos analisandos passam a receber uma escuta mais atenta por parte dos analistas e são consideradas como sinais portadores de mensagens para o psiquismo. Em 1966, um dos autores da Escola Psicossomática de Paris, Pierre Marty (1993), formaliza o conceito de “depressão essencial” como uma falta psíquica a ser reparada, que influencia no equilíbrio somático, inscrevendo-a no campo da psicossomática. O Instituto de Psicossomática, fundado por Marty em 1978, pauta-se pela idéia de encontrar nesses pacientes uma estrutura subjetiva particular pobre de fantasias e de palavras. A Psicanálise discorda desse achado, mas observa um fenômeno clássico: acontece que muitos pacientes psicossomáticos fazem anos de análise e só num dado momento revelam a presença de uma lesão que já tinham, sem terem se referido a isso anteriormente.

Ainda na trilha dessa escola, aproxima-se a patologia psicossomática dos fatores psicopatogênicos de mal-estar social, dificuldades familiares, falência psicológica dos pais na infância, situações em que a criança tenha ficado exposta à falta e à frustração, causando um desgaste na capacidade de elaboração fantasística e onírica. A difusão dessas idéias provocou, e provoca até hoje, mal-entendidos, segundo Kreisler:

...a generalização reducionista que concebe uma personalidade psicossomática, padronizada, portadora de pensamento operatório decorrendo daí termos inapropriados de uso corrente tais como doente ou doença psicossomática, personalidade (KREISLER, 1999, p. 25).

Outros autores que tiveram sua importância na chamada medicina psicossomática foram George Engel (1962), Peter Sífneos (1973-1978) e Brazelton (1982). E autores como Margareth Mahler e Daniel Stern (STERN, 1977), Joyce Mc Dougall (1966) trouxeram contribuições importantes da Psicanálise para o campo da psicossomática. Dejours (1991) descreve suas experiências sobre a somatização, mas contradiz a concepção freudiana do aparelho psíquico, quando considera a pulsão como uma manifestação sobretudo orgânica.

Na clínica da primeira infância, o primeiro observador experimental foi o embriologista e psicanalista René Spitz (1993)²⁰ que, estudando crianças hospitalizadas, utilizou o método da observação direta de bebês e crianças. Seu procedimento registra fatos a partir dos quais formula leis sobre o desenvolvimento psíquico normal. Ele observa as trocas da criança com o mundo, nos comportamentos que ela manifesta. Spitz enfocou sua pesquisa na observação e, por não ter voltado sua atenção aos ditos da criança, acabou reiterando a tendência desenvolvimentista para a infância. Da mesma forma, foi pela observação e portanto com ênfase na fenomenologia que Serge Lebovici e colaboradores trouxeram, na década de 1960, contribuições sobre o comportamento dos bebês. (LEBOVICI; WEIL-HALPERN, 1989). Devemos aos trabalhos de Françoise Dolto (1977) e Donald Winnicott ([1969] 1978), respectivamente na França e na Inglaterra os mais importantes aportes clínicos sobre as manifestações psicossomáticas na infância, feitos através da escuta clínica e sustentando o desejo de analisar crianças. Ambos elevaram a escuta da criança à máxima potência, criando estratégias para escutar as crianças que ainda não falavam e deixando inúmeros casos clínicos. Aluna de Dolto, a psicanalista Maud Mannoni (1981) teve um papel importante: com a experiência de Bonneuill, Hospital-dia fundado para acolher crianças e adolescentes com comprometimentos diversos, teve como fio condutor, a invenção. Ela ajudou a escrever a história da Psicanálise com a criança: de como a criança coloca seu corpo em jogo quando o psíquico precisa se expressar, mas não encontra palavras.

Em todos esses trabalhos com a criança, o papel do pediatra fica evidente já que ocupa uma posição-chave na abordagem psicossomática da criança sob três aspectos: (a) a detecção; (b) o tratamento médico; e (c) o encaminhamento para o tratamento psíquico. As doenças consideradas psicossomáticas mais freqüentes nas crianças são a asma e o eczema; os distúrbios de sono e do apetite; as infecções respiratórias e os adoecimentos freqüentes, ou seja: na linguagem médica, “infecções crônicas ou reicidivantes”. Citada na literatura, a variada patologia infantil abrange casos de artrite subaguda ou crônica, retocolites, úlceras digestivas, atrasos no crescimento (KREISLER, 1999). Também na

²⁰ SPITZ, R. De acordo com a dissertação de mestrado *A inibição intelectual na Psicanálise*, “a opção de Spitz foi tomar a via de uma saber sobre o desenvolvimento previsto de antemão como um programa a ser percorrido, que se configura como uma gênese ideal. Não há como uma clínica que se constitui assentada sobre a perspectiva do geneticismo, do percurso somático e psíquico ideal para compensar as carências do ser vivo, deixar de ser, necessariamente, uma clínica adaptativa” (SANTIAGO, 2000).

literatura referida à questão psicossomática aparecem as doenças auto-imunes, o câncer a diabetes infantil (SCHILLER, 2003).

1.3 O Referencial Teórico/Clínico

A Psicanálise foi tomada nesta pesquisa como referencial teórico, pautado principalmente pela obra de Freud e pelos escritos de Lacan. Donald Winnicott ([1934] 1999) consta como interlocutor privilegiado, principalmente no que se refere às manifestações que aparecem muito precocemente no corpo das crianças.

Em 1949 Lacan publica suas idéias sobre o estágio do espelho (LACAN, 1998), despertando no meio psicanalítico o interesse pela função exercida pelo campo do Outro (materno) na constituição do eu da criança, através de sua imagem. Tal tema provoca os estudos de alguns psicanalistas contemporâneos de Lacan, como Winnicott e René Spitz. Influenciado pelo pensamento de Lacan, Donald Winnicott publica em 1967 *O papel do espelho da mãe* (WINNICOTT, 1991) fazendo importantes considerações e colocando a ênfase na ligação do espelho com o rosto da mãe. Winnicott, que chama de “soma” o corpo vivo, diz que o corpo do bebê vai sendo personalizado à medida que vai sendo elaborado imaginariamente pela psique. Para ele, todas as funções corpóreas, motoras, sensoriais e pulsionais são simultaneamente articuladas à construção do eu.

René Spitz ([1963] 1993) enfatiza a comunicação mãe-filho no estado pré-verbal, ao dizer que a cena do espelho é efeito, e não causa. A cena do espelho seria a verificação desse algo que já estaria constituído na anterioridade. Françoise Dolto (1977) e Maud Mannoni(1971) já demonstravam como as crianças expressam no corpo seus impasses psíquicos.

De 1983 em diante, foram buscadas referências em autores da atualidade que se ocuparam da questão. Jean Guir(1986-1988), médico que trabalhava com Biologia molecular foi o primeiro aluno de Lacan a se interessar pelo fenômeno psicossomático e mais tarde se tornou psicanalista. Releu o que Lacan tinha escrito sobre o FPS (LACAN, 1976) e, ao percorrer a literatura psicanalítica, retomou a pulsão de morte do ponto de vista freudiano. Guir pediu aos analistas que lhe comunicassem suas

experiências clínicas sobre as manifestações psicossomáticas. Junto com Patrick Valas, criou um grupo de pesquisa, do qual surge a idéia de que não existe um sujeito psicossomático, mas que esse fenômeno pode aparecer em qualquer uma das estruturas: na neurose, na psicose, na perversão (GUIR; VALAS, 1989). De acordo com esses autores, a análise produz efeitos em qualquer sujeito que apresente um FPS e consiga dar conta de uma conexão entre o sofrimento psíquico e o aparecimento do fenômeno.

Seguem-se a eles Roger Wartel (2003), J. D. Nasio (1993), J. A Miller (1990), Robert e Rosine Léfort ([1984-87]1992), Alexander Stevens, (1987-1988) François Ansermet (2003), S. e S. Consoli (2006) e, no Brasil, Antonio Quinet (1998), Paulo Schiller (2003), Sônia Alberti (2004), além das publicações da Escola Letra Freudiana (ELF, 1992; 2000; 2004; 2006).

1.4 De Freud a Lacan, Passando por Winnicott

Entre 1905 e 1910, Freud (1974) utiliza a expressão “submissão ou complacência somática”. Assinala que a parte tomada do corpo no sintoma histérico pela dor ou pela paralisia advém de um acontecimento traumático anterior ou simultâneo, que tem a ver com a região lesada. Em *A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão* (FREUD [1919], 1974), um texto dedicado aos médicos, Freud afirma que o psíquico repousa no orgânico e que é necessária a predisposição dos distúrbios neuróticos para que ocorra a complacência somática dos órgãos. Em uma de suas conferências²¹, ressalta a questão da quantidade da energia, que assim é absorvida, ao dizer:

Os sintomas psíquicos são feitos prejudiciais, ou pelo menos, inúteis à vida da pessoa, que por vezes, deles se queixa como sendo indesejados e causadores de desprazer ou sofrimento [...] causando um dispêndio de energia mental, empobrecimento da pessoa no que se refere à tarefas importantes da vida...O escape da libido se torna possível pela presença de fixações (FREUD [1916-17], 1976, p. 419).

²¹ Conferência XXIII: *Os caminhos da formação dos sintomas*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. ESB, v. 16.

Compreende-se que a libido é induzida a regredir a pontos anteriores de fixação que deixou atrás de si, na trajetória de sua constituição. A libido conseguirá, assim, achar o caminho para a satisfação, embora se trate de uma satisfação restrita, que mal se reconheça como tal.²² Freud ressalta a importância das experiências infantis, porque é através das trilhas deixadas que a experiência retorna. Os efeitos traumáticos encontram-se nessa regressão, no peculiar das experiências da infância. Ele adverte ainda que, nas crianças, o deslocamento para trás pode estar muito reduzido ou completamente ausente, por isso nelas o início da doença advém imediatamente às experiências traumáticas.

Trata-se, pois, da fixação da energia libidinal, de um excesso não-dirigido para fora, para “as tarefas importantes da vida”. Freud (1976) parte dos sintomas e descreve o caminho da formação dos sintomas para dizer que ocorrem ainda no tempo da infância e que, quando a neurose emerge posteriormente ela é continuação direta da neurose infantil. As experiências infantis não podem ser tomadas como factuais: é preciso considerar a importância da fantasia desempenha na formação dos sintomas.

Se uma neurose emerge posteriormente na vida, a análise revela que ela é uma continuação direta da doença infantil... Mas sinais de neurose na infância continuam ininterruptamente, numa doença que dura toda a vida (FREUD, 1976, p. 425).

De acordo com as bases freudianas, o sintoma tem valor de metáfora, porque vem no lugar de algo, substituindo uma satisfação que o sujeito evita. Trata-se, então, de uma satisfação percebida como sofrimento. Lacan chama de gozo esse sofrimento que é tomado como satisfação, mas que constitui um sofrer para o sujeito. A circunscrição do campo do sintoma permitirá aos analistas identificar o que não é propriamente uma metáfora. Freud escuta que há manifestações sintomáticas que têm outra estrutura, com uma prevalência no corpo e que não têm essa estrutura de metáfora. Chama-as de “neuroses atuais e neuroses traumáticas” como algo que pode se manifestar num sofrimento. Mas suas formulações sobre as “neuroses atuais” abriram o caminho para que seus sucessores fizessem descobertas clínicas sobre algo que não é exatamente uma

²² Mais tarde, Freud articula esses pontos com a questão do masoquismo e da pulsão de morte em *Além do princípio do prazer*, 1920.

conversão nem uma doença de causa orgânica determinante, indo até as patologias orgânicas.

Se, por um lado, Freud assinala a associação entre linguagem e corpo como patente no sintoma histérico, por outro, chama a atenção para a reação do indivíduo que manifesta uma patologia psíquica, produzindo uma doença orgânica e aí ele se remete ao âmbito das patologias do narcisismo (FREUD [1914], 1976). Freud já havia feito em seus primeiros textos (1893 a 1914) a distinção entre conversão, hipocondria e intumescência ou congestão de órgãos, o que já nos daria eventualmente uma articulação com a questão do FPS. Embora não houvesse exatamente uma lesão, será que ele estaria se referindo a uma tensão local, suficientemente importante a ponto de determinar uma lesão? (GUIR; VALAS, 1989).

A psicossomática atual resgatou a importância das neuroses atuais para a compreensão das somatizações. Freud diz que nas neuroses atuais respondiam a um determinismo somático, resultante de uma falha do trabalho psíquico. De algum modo, a excitação somática não teria encontrado um traço de memória ao qual pudesse se ligar: ou seja, não encontraria uma representação psíquica. Essa falha de ligação com a representação faz com que a excitação fique impossibilitada de transitar no plano psíquico (nem de ser colocada fora); resta-lhe, então, o destino do corpo. Pode-se considerar a somatização uma falha de simbolização, em que o funcionamento psíquico não produz uma proteção ao soma. As pesquisas atuais enfatizam a função da mãe e a ausência da função paterna nesse processo de instauração de algumas das representações psíquicas.

O FPS poderia ser aproximado das neuroses atuais, na medida em que não é uma manifestação somática no sentido da conversão (expressão de uma manifestação psíquica no corpo), mas resulta de um curto-circuito do aparelho psíquico e de suas funções de metaforização. A excitação é diretamente transferida para o corpo sem a mediação do psíquico, resultando num impacto imediato do corpo sobre o corpo. Numa perspectiva de descarga, o ato de transpor ao corpo toma o lugar da elaboração mental (ANSERMET, 2003).

A clínica da Psicanálise foi nos ensinando que nem sempre o corpo fala pela via do simbólico e às vezes emudece (MARINÉ, 2000). Quando o corpo se expressa de modo

fortemente imaginário, há o risco de suscitar respostas somáticas. Isso ocorre quando o psiquismo emite sinais de sofrimento físico e, como a angústia está invisível, um órgão pode ser lesionado ou o corpo passa por algumas devastações mais ou menos anônimas.

No tratamento analítico, quando a angústia se manifesta, acontece a confrontação do sujeito com sua falta, sua divisão, já como uma marca no inconsciente. Na elaboração das “neuroses de angústia”, Freud ([1895] 1976) estava atento à ocorrência de uma inundação de energia, que vai diretamente para o corpo e faz com que suas funções se alterem sem que o sujeito se implique nessa manifestação.

Na clínica, constata-se que alguns sujeitos se apresentam envoltos numa linguagem de palavras vazias. O sujeito parece dê-s-subjetivado, diluído no campo do Outro, num discurso anônimo, porque não se deixa reconhecer com um nome próprio. Ele se confunde com a doença, e se demanda alguma escuta, é porque o sofrimento não falta. Mas estando reduzido a um ponto mínimo, parece ao sujeito inatingível (MARINÉ, 2000, p. 223-228 Comentário a partir do texto citado).

Winnicott (1934), pediatra e psicanalista inglês, toma na década de 1930 o caminho de Freud para relatar os transtornos psíquicos que a criança apresenta no corpo. De inspiração estritamente freudiana, suas intervenções com bebês e crianças que padeciam de transtornos psicossomáticos foram decisivas na clínica com a criança e continuam significativas até os nossos dias.

Winnicott (1987) assinala o caráter paradoxal que o transtorno psicossomático estabelece: é na doença psíquica transformada em somática que se pode construir a articulação psique-corpo. Ele observa que, nesses casos, a angústia está dispersa e levanta a hipótese de que faltam recursos a esses pacientes para lidar com ela. Os conflitos psíquicos se transformam, passam a sintomas orgânicos e são vivenciados como se estivessem fora do eu, que Winnicott chama de “self”. É então no adoecer que o sujeito estabelece o vínculo do corpo com a psique, que ele nomeia: “psico-soma” (WINNICOTT, 1999). Para ele, cria-se uma chance para o sujeito se tornar reconhecido e acolhido (pode-se ler aí a alusão ao desejo), mas isso é paradoxal, por se dar a reconhecer através de um corpo submetido e dependente. Talvez uma demanda desesperada de que a experiência primária de não-reconhecimento seja modificada, uma busca de refazer-se ou de recuperar uma estrutura defensiva, ou de ruptura de uma

continuidade, que tenha chegado a seu ponto de saturação. O adoecimento psicossomático, segundo Winnicott, tem uma vertente regressiva a uma etapa primitiva de dependência, que pode ser entendida como um retorno à dependência inicial do *infans*, na qual o progresso para além do narcisismo primário poderá se iniciar novamente.

No que diz respeito à origem de certas lesões na pele, há um desconhecimento da Medicina. A compreensão dos pesquisadores progride, mas hoje se sabe que, sobre a superfície da pele, se inscrevem os efeitos do mundo exterior, misturados aos do mundo interior de cada um de nós.

A Psicanálise estará à escuta de um dizer que possa deixar a superfície do corpo e passar à superfície discursiva: à dimensão simbólica da palavra.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 A prematuração do Homem

O bebê humano nasce totalmente desamparado, com urgências vitais e necessita totalmente de um outro para atendê-las, pois é incapaz de satisfazer por si mesmo suas exigências orgânicas. Para sobreviver, terá que contar com um adulto, geralmente a mãe, não somente para propiciar-lhe os cuidados da necessidade mas também para dirigir a ele um interesse particularizado. Essa prematuração do Homem, cujo desamparo ao nascer o faz dependente de um Outro²³ para satisfação das necessidades vitais, faz com que os objetos que respondem a essas necessidades não permaneçam como objetos da necessidade e passem a tomar um valor simbólico, de trocas com a mãe (o olhar, a voz, o seio e, mais tarde, as fezes).

Entende-se, aqui, como função materna a função de mediação entre as urgências do organismo (registro do real) e os cuidados simbólicos de interpretar suas demandas, alternando sua presença e sua ausência.

As primeiras manifestações dos imperativos orgânicos traduzem-se por estados de tensão no corpo. Essas manifestações corporais vão tomando valor de sinais (de início, bem enigmáticos) para esse outro que cuida, mas que decide aliviar essas tensões, ao compreender em que estado de necessidade a criança está. A criança emite o grito, mas não há como dizer que a criança seja capaz de uma intencionalidade, e sim que o interpretar é uma ação específica vinda do campo do Outro. A expressão do desconforto só fará sentido se quem cuida lhe atribuir um sentido. A mãe é elevada à posição de grande Outro porque a criança se encontra sujeita às palavras e às significações que lhe advêm do campo do Outro (os pais e o entorno).

Esse alívio da tensão se inscreve para o bebê como uma satisfação, visto que faz cessar o estímulo desconfortável. A experiência de satisfação deixa um registro no aparelho psíquico desse momento de encontro com o objeto que satisfaz (FREUD (1895), 1977).

²³ Outro: Não há bebê sem Outro. Em Lacan, o Outro (materno) é o elemento privilegiado no processo de surgimento do ““infans”” no registro do simbólico, o que vai possibilitar a estruturação do sujeito do desejo. O Outro materno é escrito com maiúscula para não ser confundido nem com o sujeito, nem com o outro, semelhante.

Esses momentos de repouso e alívio têm um valor de mensagem — da criança para a mãe e da mãe para a criança — porque balizam os erros e os acertos, fazendo com que a mãe possa reinvestir em seus cuidados também através de gestos e palavras. Pode-se, então, dizer com Freud que o amor da mãe apóia-se na satisfação das necessidades do bebê, quando ela traduz o grito como demanda de alguma coisa. Assim, a cada vez que a necessidade se manifestar novamente, a criança pode utilizar, por sua própria conta, o sentido que lhe foi dado à vivência psíquica da primeira experiência de satisfação.

Não há bebê sem Outro que lhe responda à satisfação da necessidade com um alívio no orgânico. Como já foi dito, esse Outro não se reduz à pessoa da mamãe, mas inclui o campo do simbólico, que vai se colocando ao bebê. Normalmente, é imprescindível que esse Outro seja alguém que dirija à criança um interesse particular. O lugar da criança no desejo materno encontra suas fontes no Édipo vivido pela mãe, quando menina. O modo como a mãe se dirige ao bebê para alimentá-lo, para cuidar dele é uma demanda da mãe ao bebê, para que ele a deixe alimentá-lo. Isso nada tem de natural, pois não se pode deixar de tomar essa demanda suposta como uma projeção do desejo materno à criança, então, desejo do Outro. Da demanda inicial que a mãe faz à sua criança é que o bebê será também capaz de demandar algo da mãe. As demandas que o bebê fará ao Outro visam não apenas necessidades vitais, mas principalmente são demanda de presença, (sob fundo de ausência). Desse modo, se constitui a relação primordial do bebê com a mãe.

A demanda é uma expressão de desejo. Desejo muito mais de reencontrar o desejo da mãe do que propriamente o objeto, portanto é desejo de desejo. O Outro confronta a criança com a ordem da perda. É porque a criança pressente que o desejo do Outro está sob a insígnia da falta, que ela pode se constituir como objeto de desejo para a mãe. Entra-se aí, através da dialética materna, no circuito da *necessidade* à *demanda* e da *demanda* ao *desejo*.²⁴ As dimensões da demanda e do desejo separam-se das funções da necessidade. “Toda demanda é demanda de amor”, diz Lacan. Se a mãe se mantém anônima, satisfazendo somente a necessidade, o alimento, por exemplo, ela permanece no real e falha como prova de amor. Se o narcisismo materno não se projeta no filho,

²⁴ Lacan articula necessidade_demanda_desejo em *O Seminário, livro 8: A Transferência*, cap. 14_15.

isso afeta o narcisismo do bebê. É o prazer que a mãe sente no contato corporal que desperta o investimento libidinal pelo filho.

Parte-se, então, da concepção de corpo do “infans”²⁵ como uma superfície que se marca pelo discurso materno, discurso que vai do olhar à palavra, do toque ao sussurro. As palavras vêm do Outro, e existe uma disposição, uma apetência a gostar dos sons da voz humana. Lacan diz que o que vem do campo do Outro incide e marca o corpo do bebê. Quando o bebê olha sua mãe, o que ele vê são os efeitos de si próprio na pupila do Outro, de perceber como ele entra no desejo da mãe. Isso é imprescindível para que a criança se humanize, para que venha a se reconhecer como pessoa, sujeito desejante.

No *Seminário XI, Os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise*, Lacan ([1964] 1979) estabelece as duas operações lógicas que estão no fundamento do sujeito: a alienação e a separação. Quando se diz que o bebê se submete às palavras (significantes) que o Outro lhe atribui, reconhece-se aí a operação de alienação: o “infans” se aliena aos significantes que vêm do Outro e o designam. Por exemplo: “Ele é um anjo”, ou “Ele não me deixa dormir, veio pra me matar de cansaço”. Essa operação de “alienação”, posta em marcha, faz com que o seio (ou a mamadeira contígua à mão da mãe) não se torne apenas o objeto da alimentação, mas um objeto erogeneizado, signo de amor. Os processos de alienação e separação, permanentes e circulares, vão demarcando a emergência do sujeito, não mais como organismo, mas como corpo, como sujeito. Enquanto o sujeito vai se alienando às palavras (significantes) do Outro, o inconsciente do infans vai sendo marcado por essas palavras. De forma concomitante, algo também se “escola”, evidenciando a ausência de encaixe entre o bebê e sua mãe. Aparecem os intervalos no que o Outro diz (a mãe não tem todo o saber sobre o bebê!), fazendo com que possa ser percebido como incompleto, e por isso mesmo, desejante. Marca-se a falta fundamental entre a mãe e seu bebê.

Apesar do Homem ser, previamente organizado pelo Simbólico, de estar inserido na Cultura, depende sempre da alteridade de um outro (Outro = função materna) para colocar a funcionar o simbólico. É o que se passa na constituição de qualquer

25 “Infans”: termo utilizado por Lacan ao longo de sua obra, para dizer do tempo em que a criança está imersa na linguagem, mas ainda não fala.

sujeito. Inicialmente, o corpo da criança é sempre do Outro e o preço de tornar-se sujeito, subjetivar-se é o da criança conquistar seu corpo.

O modo, pois, como o seio, ou mesmo a mamadeira é oferecido à criança, faz com que esse objeto chamado por Freud de objeto oral e por Lacan de “seio”, passe a ser registrado como simbólico. É também assim que o olhar materno faz com que o olho se torne mais um signo de investimento, de afeto, do que um órgão de visão. Isso acontece também em relação à voz: a voz materna, que, muito além do som, torna-se um objeto erótico para o bebê, signo da presença e do amor materno. A outra operação é a *separação*: ela deriva de que há um defeito central, uma falta real, que dá partida à estrutura. A criança vai perceber que não haverá reciprocidade perfeita. As faltas do sujeito e as do Outro não se recobrem, um e outro não se complementam; toda satisfação será sempre incompleta. O mal-entendido é efeito da estrutura de linguagem e indica à mãe e ao filho que há pontos de falta entre um e outro: pontos que retornam sobre a falta central, estrutural.

O desejo do Outro é apreendido pelo sujeito naquilo que não cola, nas faltas do discurso do Outro, e todos os porquês da criança testemunham menos de uma avidez da razão das coisas do que uma colocação em prova do adulto [...] Por que será que ela me diz isso? (LACAN [1964] 1979, Sem. XI, p. 203).

A criança percebe no Outro os pontos de falta — primeiro, nisso que o desejo da mãe é desconhecido para a criança, no que ele está sempre além ou aquém daquilo que o que a mãe lhe diz. É precisamente nesse espaço se constitui o desejo do sujeito, da criança. Entretanto, se o sujeito sente sobre si a imposição das significações confusas do discurso do Outro materno²⁶ se repetindo, isso produz um curto-circuito na operação de separação. Se o desejo da mãe fica obscuro e indeterminado, a criança se vê às voltas com uma “massa de palavras” (holófrase), porque justamente carece do intervalo que a

²⁶ Outro materno: É assim que Lacan nomeia a função materna que delimita no corpo da criança ilhotas de prazer e de gozo, que vão originar as zonas erógenas: oral, anal, fálica, chamadas por Freud de “lugares pulsionais”. No decorrer dos cuidados que a mãe oferece ao bebê, o que passa do campo do Outro ao “infans” são os “objetos da pulsão”, intercambiáveis entre a mãe e a criança, e precisamente nesse intercâmbio, vão se constituindo. O campo do Outro chegará ao bebê através da voz, do olhar, do seio e, mais tarde, das trocas que se farão pelo “dom” das fezes. O Outro fornece as palavras que determinam; do lado desse vivo da pulsão é que o sujeito tem que aparecer.

separação impõe entre o sujeito e o Outro. Essas palavras que vêm em bloco não podem ser tomadas como significantes e se escrevem como lesão, no real do corpo. (Ver a seção 3.3 *Holófrase: uma patologia da linguagem.*)

2.2 O objeto voz

A psicanálise trata do sujeito desejante. No humano, desejo e gozo coabitam. Num primeiro momento, função materna (função desejante) e gozo são a mesma coisa. Ao falar com a pequena criança, a mãe lhe ensina algo sobre a relação que ela mesma tem com o gozo, como Lacan nos ensina no *Seminário XVII, O Averso da Psicanálise*. (1992).

A linguagem maternante, através da voz da mãe, convida o bebê a participar de um jogo de prazer e gozo. O que a mãe oferece à criança através da voz é seu desejo e seu gozo, e ambos são fundamentais nesses primórdios da constituição.

A releitura que Lacan faz da pulsão em Freud, implica na formulação dos objetos da pulsão, ou pulsionais: o olhar, a voz, o seio, as fezes. Ele os nomeia de “objetos ‘a’”. Como nos diz Nasio (1993, p. 42) – “O que é o objeto ‘a’? É o representante, no inconsciente, do gozo”... “é a única amostra de um gozo ao qual não temos acesso...O objeto representa, em parte, o que é gozar.”²⁷

A voz torna-se para a criança um objeto fundamental: através da voz da mãe a criança perceberá a presença materna e receberá os significantes de sua história, tomando contato com a linguagem como expressão de ligação entre ela e sua mãe. Em torno da voz, os outros “objetos pulsionais”²⁸ se substituem (olhar, seio, fezes), e as dimensões do Imaginário, do Real e do Simbólico vão se enlaçar, para formar a estrutura. A função da voz, do blá-blá-blá materno vai marcando a introdução do bebê na linguagem,

que o sujeito tem que aparecer.

²⁶ Mas pode-se constatar que não há, entre Freud e Lacan, uma mera continuidade, por exemplo, ao nos remetemos ao que Lacan formaliza como o ponto -surdo da voz, no Seminário 10 (Lacan, 2004) e no Seminário XI, sobre o ponto-cego do olhar. (Lacan, 1979).

²⁸ Objetos pulsionais ou da pulsão: A constituição desses objetos pulsionais no início da vida faz com que o organismo perca a sua naturalidade e passe a corpo erógeno. A primeira definição de Lacan está no seminário *O desejo e sua interpretação* (1968-1969), lição 29-04-1969. Inédito. “Objetos a”: a voz, o olhar, o seio, as fezes.

agenciada por esse objeto de satisfação para a criança. Progressivamente vão se dissociando os enlaces que se estabelecem entre a mãe e a criança já que entrar efetivamente na linguagem vai implicar que se consinta em “perder” a voz da mãe, guardando apenas alguns pedaços. A voz da mãe, pelo que ela significa para o bebê, faz com que a linguagem passe a ser compreendida. É preciso que a mãe evoque, em sua fala à criança, alguma coisa da função paterna, para que não se torne uma linguagem fechada, só entre mãe e bebê, e ela possa ter acesso às regras que comandam e articulam o jogo da língua.

Como chegamos a isso? A primeira manifestação da palavra no bebê começa pelo grito. O grito é emitido inicialmente como descarga de tensões, a partir de suas necessidades essenciais e com ele acaba por provocar a ação específica da mãe.²⁹

Essa ajuda exterior transforma esses gritos modulados em palavras. No rastro da satisfação, vige o “desejo”.³⁰ Busca-se, a partir daí, reencontrar o que de fato nunca foi totalmente satisfeito, deixando “a desejar”. Assim, precipita a criança no registro do desejo e, por um lado, permite que ela vá em busca do objeto; e por outro, assujeita o “infans” aos significantes do Outro materno, lugar da linguagem.

Assim como obtém satisfação quando aprende a falar, a manejar a língua materna, a criança pequena obtém prazer em experimentar brincar com esse material. Ela passa mesmo a usar as palavras sem se ater ao sentido, para alcançar o ritmo e a rima, subtraindo-se da razão crítica. Em seu artigo *Além do princípio do prazer*, Freud ([1920] 1976) nos brinda de maneira exemplar a respeito da importância do primeiro jogo lúdico, o “fort-da”³¹, em que a criança brinca de esconde-esconde, acompanhando o brincar de palavras “sumiu-achou”. Ao brincar, a criança faz uso disso para tomar suas distâncias do corpo materno e, ao mesmo tempo, se apropriar da língua e obter

²⁹ A questão da ação específica do Outro está descrita no Cap. II.1 deste trabalho.

³⁰ Desejo: Resulta do ato de desejar. Proveniente do latim *desiderare*, que significa lamentar a ausência de alguém ou de alguma coisa. O desejo em Freud, *wunsch*, adquire a forma conceitual de desejo inconsciente e articula-se a uma experiência de satisfação cujo objeto está perdido para sempre.

³¹ “Fort-da”: Freud observa seu neto de um ano e meio brincando com um carretel preso num fio, que faz aparecer e desaparecer. Essa aventura do brincar no vazio a seu redor acompanha-se da emissão de fonemas pronunciados alternadamente e considera aí a assunção da linguagem, agenciada pela falta. Situa o jogo do “for-da” como um modelo do trabalho psíquico que produz um ato simbólico de instaurar o sujeito.

prazer sujeito, porque instaura o intervalo. Após perder a satisfação da presença materna, que no momento não está junto ao. Brinca com a sua própria presença e sua própria ausência, assim como a de sua mãe, mas realiza também a discordância fundamental entre o eu e o ser, o desencontro entre eu e o outro. Esse desencontro instaura o bebê para cuidar dele, para amá-lo, a criança atualiza em seu brincar a ausência da mãe. Ao fazer faltar o objeto, ela fala. A estrutura da linguagem vem limitar o gozo do corpo. Mas é do lugar da palavra (materna) que nasce o pai, em sua função de limite e de borda ao gozo.

A linguagem é para Freud a lembrança da palavra ouvida, quer dizer, escutada muito precocemente, desde o início da vida. Assim, as palavras ouvidas e ditas ficam como restos na memória e se juntam aos restos acústicos e visuais. As lembranças se formam sem levar em consideração a fidelidade histórico-vivencial. Elas se constituem desses resíduos impressos no psiquismo, que darão origem à realidade psíquica de cada um de nós (traços mnêmicos = memória). Quando a criança começa a falar, a palavra predomina sobre a imagem (GONTIJO, 2006).

Segundo Rosine Lefort e Robert Lefort (1992), a criança pode dar ao grito uma terceira função: ao gritar, também se impor por sua intensidade para fazer calar o Outro materno. Quer dizer, esvaziar o objeto-voz da mãe quando este se impõe em excesso. Nesse caso, provoca no corpo uma tensão excessiva, sendo percebido como algo intrusivo por vir de fora, mas que aquele que goza não sabe de onde vem. É o que Lacan denomina de gozo do Outro. Já os gritinhos e os sons emitidos pelo bebê, interpretados pelo meio que circunda o bebê como demandas de alguma coisa, têm também um outro sentido: o da satisfação, em que o bebê se apraz de escutar seus próprios sons. É o balbucio, que não faz apelo a nada, melhor dizendo, está no campo do gozo. Ele goza aí como se bastasse a si mesmo, pode-se dizer, de forma auto-erótica (prazer de órgão) porque fascinado pela satisfação de ouvir sua própria voz. O bebê não está ainda na posição narcísica. Para alcançar essa posição, será necessária uma nova ação, específica do Outro materno, que será descrita na seção seguinte *2.3 A experiência do espelho e o objeto olhar*.

Lacan situa o corpo como um lugar condensador de gozo e diz que, em situações patológicas, o corpo pode se tornar um deserto de gozo. O desejo, que está ligado ao prazer, é o que faz barreira ao gozo, interditando seu excesso. Lacan mostrou como o gozo se organiza na linguagem, pois precisa ser limitado, delineado, reduzido pela linguagem, delimitando apenas uma parte. A estrutura linguageira permite que aconteça uma separação entre o gozo, que está no corpo, e o desejo. Da subjetivação do corpo quando a palavra passa a existir, nasce o desejo. A angústia tem a função de borda entre gozo e desejo; ela sinaliza o impasse do sujeito com seu desejo.

2 3. A experiência do espelho e o objeto olhar

Como a psicanálise não se cansa de dizer, o Homem não nasce com um corpo: é preciso um organismo vivo e mais uma imagem corporal. O bebê entra aí na economia do gozo do corpo, quando o Outro o olha em espelho. Ao antecipar na imagem a maturação do que ele ainda vai ser, ainda vai ter, o Homem está, definitivamente, separando-se da Natureza, diferenciando-se de qualquer animal — até mesmo do macaco que atesta, dentre os animais, a maior semelhança com o Homem (LACAN [1949] 1998). O olhar materno, ao lado da voz, é a via pela qual o bebê constrói seu narcisismo. “Comporta a glória da marca deixada pelo Outro.”³²

O conceito de “estádio do espelho” formalizado por J. Lacan ([1949] 1998) em sua tese é a referência central para situar o debate da criança no campo do Outro. A imagem da unidade corporal do bebê é produzida no momento dessa experiência, que Lacan determina como a matriz psíquica do sujeito. O corpo, percebido inicialmente como fragmentado pelo bebê, faz unidade no espelho. Uma nova ação psíquica toma lugar: o narcisismo constitutivo.

Mais ou menos entre seis e dezoito meses de idade, o bebê começa a se organizar no espelho. O júbilo da criança diante de sua imagem é o que atesta a assunção da imagem unitária. A criança se identifica com o ideal materno.

³² Intervenção de Ângela Vorcaro, componente da Banca examinadora, por ocasião da defesa.

Quando a criança jubila isso comporta tanto uma alegria, percebida como um sentimento de completude, quanto algo que se dirige para fora e ultrapassa o sujeito. O sentimento de triunfo encontra aí a sua fonte, porque é legitimado pela mãe que a sustenta e encoraja nesse momento tão especial de sua história (VALAS, 2001, p.48).

Lacan sublinha que no espelho a criança se vê *vista pelo Outro* (o olho que se vê no olho que o vê) e não totalmente. A criança também não se vê toda, no olhar da mãe, que se dirige para além do filho. Essa precoce formação do eu, por comportar uma ausência do “todo”, constitui um vazio estruturante para que o sujeito possa desejar. A criança pressente que o desejo do Outro está sob a insígnia da falta, assim como o dela mesma.

Segundo Freud, as pulsões auto-eróticas existem desde a origem. A criança pode obter prazer ao olhar sua mão, seu pezinho, ao chupar o dedo. De início, o corpo não está unificado. Antes de seis meses de idade, a criança ainda tem de seu corpo uma impressão de partes, separadas. Entre os seis e os dezoito meses a imagem se determina: o corpo fará uma unidade na experiência do espelho, causado pelo olhar do Outro.

Para a Psicanálise a mãe é, em primeiro lugar, uma mãe que deseja, e a imagem no espelho se constitui sustentada pelo olhar materno. O olhar desejante do Outro e as palavras que acompanham o olhar, inserem a criança como metáfora do falo, dando ao corpo do bebê um valor fálico. O fato da criança equivaler ao falo para sua mãe, constata a falta no campo do Outro.

A imagem corporal do bebê vai se constituir através da relação especular com o Outro materno. Desde a origem é o olhar do Outro primordial, o olhar da mãe que vai intermediar a relação com a criança e a relação da criança com o mundo. É preciso dizer que o olhar de uma mãe sobre seu bebê é sempre uma suposição, passível de enganos e engodos. Um olhar de desejo de uma mãe desejante é um jogo de troca de olhares. Ao mesmo tempo, esses olhares não se complementam totalmente, daí o espaço da falta se instaura. O olhar da mãe não está todo tomado, capturado pela criança, que olha em outras direções. Mas, ao sentir-se amada, numa pretensa ilusão de uma união, a criança tenta ilusoriamente desmentir a experiência de separação que instala a descontinuidade entre ambas. E o olhar, mais do que se referir a um órgão de visão, passa a ser um dos objetos privilegiados de troca com a mãe, que nada tem de natural, é produzido e se torna signo de amor. O Eu e o corpo se definem como efeitos do olhar. Nessa relação

em espelho com o Outro que a criança muito precocemente experimenta ela vai poder-conceber-se como sendo ela mesma e não uma parte de sua mãe.

A criança sente-se querida, valorizada, investida, e isso provoca um júbilo por “encontrar” o desejo do Outro. O júbilo porta em si a interrogação: *-Como o Outro me vê?* Se a mãe deseja é porque algo lhe falta. A imagem dá visibilidade a uma ausência. A criança pode, então, se propor a ocupar o lugar do que falta à mãe, ilude-se quando passa a responder de modo a completar falicamente sua mãe, tentando responder a *-Como o Outro me quer?* Configura-se, assim, o eu-ideal, a partir de um ponto de falta no Outro materno. São enigmas importantes pelos quais a criança precisa se colocar, para que configurem sua base narcísica. *-O que isso significa? Que a criança pode perceber a mãe como incompleta, portanto, como desejante.*

O “eu-ideal”,³³ matriz do Eu, que inclui uma identificação imaginária, um elemento simbólico relativo ao que essa imagem representa no desejo do Outro e um componente pulsional dado pelo real do olhar. O tempo do espelho não é um tempo de história; (esta virá depois) é um *insight* configurante, que dá forma ao corpo, constituindo o “eu-ideal”, com o qual o bebê se identifica. *Esse tempo é da máxima importância, pois antecipa a forma como serão ouvidas as palavras que virão depois.*³⁴

O tempo do espelho é a operação psíquica que está na origem do corpo próprio do sujeito. A existência do corpo próprio é produzida pela caída do objeto no campo do Outro. O que isso significa? Que a criança possa perceber a mãe como incompleta. Pois a mãe que deseja não limita seu olhar à criança, olha para além, para o significante de seu desejo.

Estão postos os elementos para que se promova a transformação do real em simbólico, ou seja, para o advento da palavra. Assim, antes mesmo que a criança compreenda o que é dito, já existe algo do simbólico que se antecipa no tempo do espelho e se

³³ Eu-ideal: Identificação Imaginária. Constitui-se em vista de alguma coisa que o bebê vê no olhar da mãe. É o momento quando a subjetividade da criança se torna possível: ela se vê colocada, por meio do olhar materno, no lugar de ideal..Ideal-do-eu: Identificação Simbólica

³⁴ Uma hipótese da autora deste trabalho, em elaboração, para tentar dar conta do efeito holofrático do dito materno.- No que se diferenciam a implantação do significante no corpo e o enigma da lesão? (Myssior,S e Pujoni, S. 2007)

instaura, e, quando ela reconhece sua própria imagem, pode experimentar uma aproximação com aquele que a sustenta nos braços.

A imagem que reflete o desejo materno dá à criança a percepção de como ela é querida, e isso dá margem à formação do eu-ideal, identificação imaginária. Mas essa percepção, provoca o júbilo também traz perda, revelando que alguma coisa não se fecha entre a mãe e o bebê. Um circuito de linguagem se estabelece então entre os dois, possibilitando a transmissão de uma falta na dimensão simbólica. A palavra se coloca aí onde não há o objeto e a mãe, que parecia até então ao filho tão onipotente, se descompleta: passa a ser marcada por um traço de falta que a criança reconhece, e ao qual se identifica. Agora, de forma simbólica: isso se chama o "ideal-do-eu."

No reconhecimento da própria imagem, está posta a alteridade; só o homem pode reconhecer a própria imagem. É também daí que o sujeito posteriormente vai poder extrair os elementos para fantasiar e desejar. A imagem antecipa a fala, assim como as percepções antecedem à sua nomeação. Entretanto, a linguagem já está posta previamente como um invólucro, uma moldura daquilo que vem do Outro, da Cultura.

O que sustenta a imagem é justamente esse resto. Um resto que faz furo na imagem especular. Algo se perde na imagem entre o sujeito e o Outro. O olhar materno que olha a criança vai também, mais além dela e não fecha na criança o circuito de seu desejo.

A passagem pela experiência do espelho é a imagem narcísica que a criança passa a ter de si mesma. A criança só se interessa pela sua imagem porque essa imagem é reconhecida pelo Outro como algo amável. Entre os seis e os dezoito meses, é o júbilo da criança diante de sua imagem no espelho que atesta a assunção de uma imagem unitária dela mesma. O olhar do Outro é o que confirma essa imagem: a forma como o bebê se vê no espelho não coincidiria com a experiência que ele tem, até então, com seu corpo, por isso ele pede uma confirmação. O corpo, tomado visualmente como uma *gestalt* libera o estado de mal-estar do organismo, pois a independência de cada parte do corpo fragmentado, antes percebido, vem dar lugar a uma imagem unitária, narcísica, que vem sobrepor-se ao auto-erotismo inicial.

Para Freud, os pais olham o bebê em espelho: “Ele é o que eu fui..., o que eu não fui”. É o narcisismo dos pais, são seus ideais que passam à sua criança.³⁵ A criança é investida narcisicamente pelos pais: “*Sua Majestade, o Bebê!*” Mas mostra-se incompleta, incapaz de corresponder totalmente à criança imaginária que os pais sonharam. Portanto, tanto quanto sua mãe, a criança aparece marcada pela falta. Ela também é um ser que está por ser educado, domesticado em seu gozo, portanto vulnerável a ser submetido aos ideais parentais. Aí se fixam as identificações egóicas do sujeito, matriz do eu, cuja posição sexuada irá se organizar no percurso edípico. Ao introduzir o elemento simbólico na estrutura, ao se ver representada no desejo do Outro, inicia-se para a criança o caminho que vai do “eu-ideal” (forma referida ao registro do imaginário) ao “Ideal-do-Eu” (articulado ao campo do simbólico, da Cultura).

O elemento simbólico relativo ao que essa imagem representa no desejo do Outro é o falo. O falo seria aquilo que falta à mãe; ela é desejante disso que se supõe que o pai tenha. Pedra angular da problemática edipiana e da castração, o falo é um elemento significativo que se refere ao objeto (fálico) simbólico. A referência ao falo não diz respeito ao pênis, mas ao pai e, tal como Lacan a coloca na metáfora paterna, o pai tem uma função simbólica de separação e da lei entre a mãe e a criança.

A referência fálica é o termo operatório da função paterna. A função paterna é promover a castração simbólica, ou seja, a separação. Quando se diz função paterna, isso difere da presença do pai, bem como de suas ocorrências, tais como ausência, carência, inconsistência, porque o pai é “uma função simbólica”, colocada por Lacan como uma encruzilhada estrutural. Quando o significante fálico é denegado no discurso da mãe, a circulação do falo se dá no lado materno, não deixa lugar para se simbolizar a lei do pai e instituir a castração simbólica. Daí a importância do lugar que a mãe, enquanto mulher reserva a palavra do pai. De acordo com Freud, toda a dialética do complexo de Édipo localiza o falo no desejo da mãe.

A falta, anteriormente subjetivada no espelho é o que empurra o bebê em direção ao pai. Ao seguir a direção do olhar da mãe, o filho vai encontrar o pai (enquanto função, enquanto lei). “Esta ilusão de unidade na qual o ser humano se regozija, comporta um

³⁵ Ver Freud: Introdução ao Narcisismo. v. 14.

perigo constante de escorregar para trás, ao caos de onde partiu [...] e pode-se ver aí a essência da angústia” (LACAN, 1998, p. 137)

Algumas patologias se constituem durante o estágio do espelho e são causadas pelo defeito de um Outro estruturante que impede, de alguma forma, o acesso da lei paterna à palavra da mãe. Se lhe falta um apoio mediador, a criança não encontra como descarregar sua excitação; se não há descargas o excedente de excitação retorna ao corpo, podendo produzir desde desordens de funcionamento, até lesões no corpo. Sabemos que o excesso de excitação produz sofrimento, e não prazer.

A não-apreensão do desejo da mãe pode impossibilitar os laços primordiais com o Outro. Em outros casos, quando a criança não integra a falta materna, isso vai comprometer o processo edípico, deixando a criança à mercê de um Outro sem falta, terrificante, o que lhe impede de organizar seu mundo. Como diz Lacan ([1969] 2003, p 370.) em “*Nota sobre a criança*”: O sintoma somático oferece o máximo de garantia ao desconhecimento da falta da mãe, é o recurso inesgotável, conforme o caso, a atestar a culpa, servir de fetiche ou encarnar uma recusa primordial”.. São casos em que o corpo da criança ocupa o lugar que seria o da falta materna, obturando-a. Muitas vezes uma fragilidade somática da criança faz com que ela seja tomada pela mãe como um complemento materno e, nesse caso, Lacan localiza o lugar da criança como se tivesse sido tomada pela mãe como um objeto-fetiche.

De forma distinta dessa, a moldura edipiana, sob a lei paterna, autentifica o encontro da criança com o espelho, porque faz com que ela reconheça a sua falta na mãe. A palavra da mãe tempera o desamparo da criança, e o bebê precisa, então, passar pelos significantes maternos, mas que, por sua vez, precisam estar atravessados pela lei paterna para ter acesso à simbolização. Até por volta dos dois anos e meio, essa captação da imagem da forma humana/identificatória, que ocorreu no estágio do espelho, a partir dos seis meses, vai dominar todo o comportamento da criança diante de seu semelhante. O “transitivismo”³⁶, a não-distinção de si próprio com o semelhante, ocorre quando, por exemplo, uma criança bate em outra e diz que apanhou; e, quando

³⁶ Transitivismo: próprio da primeira infância, comum até os 3 anos de idade. A criança transfere suas impressões subjetivas a outras pessoas.

ela vê a outra cair, e chora, como se fosse ela mesma. Traduz a relação da criança com o outro, que está acontecendo de modo especular. Lacan observou esse fato, ressaltado por H. Wallon, para produzir sua teoria do espelho, em que aborda o funcionamento da imagem do outro para a criança como uma espécie de fascínio pelo semelhante. A construção do estágio do espelho responde à produção do nível imaginário, que é fundamental ao atravessamento da imagem do corpo próprio, psíquico no organismo.

Por esses motivos, o estágio do espelho é a matriz do que Lacan nomeou de alienação aos significantes maternos. Mas aí, onde ilusoriamente se produziria um encaixe, o que retorna ao sujeito é a falta desse encaixe, aquilo que não “cola”. A alienação “chama” a separação, com a entrada de um terceiro termo, que separa. Se a relação com a mãe se coloca mediada pela função paterna, o transitivismo desaparece.

Nesse ponto de desconhecimento do desejo da mãe, instaura-se o terceiro termo, a metáfora paterna que se conclui com a inscrição do Nome-do-Pai³⁷ na estrutura do sujeito. Daí parte a dialética edípica: da alienação-separação ao espelho, para culminar no Édipo. Pode-se deduzir que a questão do Simbólico passa necessariamente pelo Pai (ATTIÉ, 1987). É no Nome-do-Pai que devemos reconhecer o suporte da função simbólica, porque o pai é uma metáfora da função paterna.

“Freud nos revela que é graças ao Nome-do-Pai que o homem não permanece a serviço sexual da mãe, que a agressão contra o Pai acha-se no princípio da Lei e que a Lei está a serviço do desejo que ela institui pela proibição do incesto.” (Lacan. J. “Do Treib de Freud ao desejo do paisanalista”, in *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 866)

Se o pai é uma metáfora, é algo que significa alguma coisa para alguém: é um significante privilegiado (o falo), que significa o que a mãe deseja para além da criança. Como esse desejo é sempre desconhecido, “pai” é o termo que se interpõe entre a mãe e a criança é a palavra que a criança vai nomear, designar, colocar no lugar do desejo da mãe, como uma significação fálica. Pode-se dizer, então, que a criança está instalada no tempo edípico, às voltas com a questão da castração. E que esse significante, o falo, irá retroativamente significar os pontos de falta e os impasses pelos quais a criança terá

³⁷ Nome-do-Pai: Termo formalizado por Lacan para se referir à instauração da lei paterna (Sem. IV: A relação de objeto e Seminário V, As formações do inconsciente.).

passado até então. Chega-se até aqui ao pai, como nome: aquele que introduz, para além da procriação, a linhagem, a descendência, a diferença das gerações.

O estágio do espelho organiza o conceito freudiano de eu-imagem, objeto de investimento narcísico e ao mesmo tempo, dá partida à criação do que será, posteriormente, formulado por Lacan como o enodamento da estrutura — Real, Simbólico, Imaginário. É reconhecido como um tempo lógico da constituição da imagem do corpo, portanto, no registro Imaginário. Tem valor decisivo na estruturação, pois aponta para o simbólico, chegando a ser mesmo uma matriz para o simbólico.

A introdução do falo, da questão fálica da lei paterna, que no tempo do espelho já se esboça, mas que no tempo do Édipo tem seu ápice, está no registro do Simbólico. Aquilo que falta à mãe será no Édipo significado como o que falta ao sujeito, dando chance às identificações simbólicas com um dos progenitores e a escolha sexual do menino e da menina. Todas essas operações de constituição do sujeito deixam um resto não assimilável que se referencia no registro do Real.

3 PSICANÁLISE E EPISTEMO-SOMÁTICA

3.1 O corpo da Psicanálise

Sem o corpo, a Psicanálise não caminha.
 É sobre a base de fatos clínicos
 que a discussão pode ser fecunda.
 O desejo é bem outra coisa, completamente diferente
 do organismo, sem deixar de implicar,
 em diversos níveis, o organismo.
 (LACAN, [1964] 1985, p. 163.)

Quando se fala de corpo no contexto desta pesquisa, fala-se de um campo-limite entre o biológico e o psíquico. Normalmente ocorre certa dificuldade acerca do estabelecimento de limites, de demarcação de campos, em que se vê implicado não somente o biológico mas também certas questões específicas do campo da Psicanálise, como os conceitos de “pulsão” e de “gozo”. Também é preciso dizer que a constituição subjetiva é diferente da maturação orgânica.

Na época em que Freud iniciou suas pesquisas, a noção vigente sobre o corpo era meramente neurofisiológica. Com seus estudos sobre a histeria, ele resgata a dimensão imaginária da anatomia do corpo e rompe com a idéia do modelo de corpo biológico. Freud descobre que na histeria o inconsciente se manifesta por vias não-habituais, fazendo o corpo falar. Com essa descoberta de Freud, a conversão histérica deixou de ser encarada como uma simulação, abrindo-se a um novo campo de pesquisa.

A pulsão é um dos quatro conceitos fundamentais da experiência analítica (inconsciente, repetição, transferência, pulsão). O termo *trieb* que Freud emprega para se referir à pulsão, tira-a do domínio do organismo ou do impulso “natural”. Trata-se de um conceito para dizer de uma força constante (*konstant kraft*), que circunda um vazio, demarcando na força e no vazio, que traça seu caminho no real sexual do corpo. Ele diz que é importante distinguir da pulsão quatro termos: o impulso, a fonte, o objeto e o alvo. Ao impulso, que costuma ser identificado como simples tendência à descarga, Freud dá o estatuto de excitação interna. Mas não se trata de uma pressão como a da necessidade, como a fome ou a sede, e sim das zonas do corpo erogeneizadas, ou seja,

investidas pulsionalmente. Força constante, mas não num ritmo biológico. Como diz Lacan ([1964] 1985, p. 157), “não tem dia nem noite, nem primavera nem outono, não tem subida nem descida” (Chico Buarque também diz mais ou menos isso).

O alvo da pulsão é sempre o mesmo: o de obter satisfação. Mas o objeto da pulsão é variável: tanto pode ser o de obter satisfação num objeto externo, quanto no corpo; tomando o próprio corpo como objeto. De maneira geral, os objetos da pulsão são substituíveis, contingentes. E, se a fonte da pulsão é somática, se está localizada no corpo ou numa parte dele, essa excitação pulsional tem origem psíquica e só pode ser reconhecida pelo que dizemos dela. Ou seja, nunca temos acesso direto à pulsão, a não ser pelos seus representantes.

Enfim, a função da pulsão toca a experiência da análise, a clínica, porque coloca em questão o que é da ordem da satisfação. Alguns pacientes se contentam com seu estado, satisfazendo-se pela via do desprazer, mas por essa espécie de satisfação, por vezes, eles sofrem demais. E, de acordo com Lacan ([1964] 1985, p. 158), “sofrer demais é a única justificativa de nossa intervenção”. Lacan tira a pulsão da dimensão do mito, colocando-a no âmbito da ficção. Na análise, no lugar da satisfação da pulsão diretamente ao alvo, o caminho visado é de que a pulsão contorne o alvo, o vazio do alvo, que são os objetos pulsionais.

A sexualidade só possui registro no inconsciente por intermédio da pulsão. Não há no psiquismo nada que situe a criança como macho ou fêmea, de acordo com o sexo biológico do qual ela nasceu, a não ser no modo como ela vai se relacionar com as faltas do Outro materno. É nesse funcionamento triangular, mãe-criança-falo que a criança vai “pescar” sua sexualidade, que fica por conta do drama edípico.

Lacan formaliza o que se perde entre a criança e sua mãe e lhe dá o nome de “objeto *a*”, objeto da pulsão. Observa que nos estágios que Freud havia denominado como estágio oral anal, fálico não há relação de progressão natural de um para o seguinte. A passagem da pulsão oral para a pulsão anal não se produz por uma metamorfose natural nem por maturação, mas pela intervenção da demanda da mãe à criança. Lacan remaneja o que era tomado como estágios de desenvolvimento e passa a chamá-los de tempos lógicos de constituição do sujeito. Aos objetos pulsionais prevalentes como

representantes das pulsões, ele os denomina “objetos *a*”. Acrescenta ao seio e às fezes, o olhar e a voz. Esses objetos ficam como restos, aquilo que deve “cair” entre o bebê e sua mãe; é o que se perde na constituição do sujeito para aceder ao desejo. Quanto ao falo, Lacan vai privilegiá-lo enquanto o significante que representa a função paterna.

Pretende-se demarcar que, nas afecções psicossomáticas, o gozo se coloca de modo diferente do sintoma. É um gozo do corpo próprio, auto-erótico, masoquista, e não se trata do benefício secundário da doença. Freud diz, no entanto, que a regra do auto-erotismo não é a inexistência de objetos, mas o funcionamento dos objetos unicamente em relação ao prazer. O sujeito sofre de outra maneira, diferentemente de quando está na lógica das leis do simbólico.

Freud ([1924] 1976) também ensina em *O problema econômico do masoquismo*, que um dos destinos da pulsão é que, essa força constante que demanda satisfação se volte para o corpo do sujeito e que, paralelamente à dor do sofrimento, uma excitação sexual esteja aí presente: chama de “masoquismo originário”, erógeno, a fim de sublinhar que toda ligação do prazer sexual à dor tem por fundamento uma união entre a pulsão de vida e a pulsão de morte. Ou seja, que o masoquismo primário erógeno não é uma perversão, mas um testemunho e um vestígio de um tempo de constituição em que se fundiram e se alinharam a pulsão de vida e a pulsão de morte, num trabalho da estrutura tão importante para a vida.

Para a Psicanálise, o corpo, que não se restringe à ordem do organismo, necessita de uma construção imaginária que remete à idéia de um corpo erógeno, delimitado pelo olhar e pela palavra. Joel Birman (2005) fala de um corpo-sujeito:

O organismo é de ordem estritamente biológica, voltada para si mesma, no qual se realizam os mecanismos de auto-regulação, podendo ser concebido inserido nos grandes ritmos da natureza. Mas o corpo, em contrapartida, é de ordem sexual e pulsional, se constitui em ruptura com a natureza, aberta simultaneamente sobre ela o Outro. Tudo isso nos conduz a afirmar com força e veemência a existência de um corpo-sujeito (BIRMAN, 2005, p. 58-59).

Uma das inovações epistemológicas de Freud foi pensar em novas relações entre o organismo e o psiquismo, pela mediação da problemática do corpo. É a partir disso que se constitui o corpo próprio, pulsional, situado **entre** o psíquico e o somático. Tal

concepção e seus pressupostos éticos sustentam-se na escuta desse corpo afetado pela palavra. Na tomada do corpo pela linguagem, uma imagem corporal se acrescenta para que o Homem possa *tomar corpo*. É a imagem do corpo próprio e a palavra que atribuem um corpo ao sujeito para que ele possa dizer “Tenho um corpo”. Torna-se, com isso, um corpo de discurso, passando de corpo real (organismo) a corpo simbólico, podendo se expressar na palavra. O corpo simbólico passa a depender das representações particulares a cada sujeito, segundo uma anatomia erógena, diferente da anatomia definida pela Neurobiologia.

A experiência psicanalítica revela que o desejo inconsciente, fonte da vida, que se faz escutar na palavra, é “incorporado” e organizado pelas leis da linguagem. O inconsciente não é sem corpo, e o corpo do homem apresenta uma afinidade particular com a linguagem. A partir de então, o corpo, objeto da pesquisa psicanalítica, passa a ser visto na sua dimensão de representação do desejo, imbricado nas malhas das fantasias inconscientes. O corpo das histéricas fala não de seus órgãos, mas de seus amores, suas feridas e seus desejos. O corpo é uma representação psíquica fantasiada pela via do Imaginário, e é através da palavra que o sentido desse corpo será resgatado (SILVA, 1977).

O primeiro “eu”, para Freud, é o eu corporal. A imagem do corpo como unificado é adquirida pelo sentido que o Outro materno dá à criança, enlaçando o real do corpo à imagem do que essa criança simboliza para a mãe. O corpo, tal como a Psicanálise o concebe a partir de sua experiência clínica, está enlaçado nestas três dimensões: a dimensão Imaginária, que é a imagem na qual nos reconhecemos; a dimensão Simbólica que se refere às marcas e às palavras que recebemos do Outro em nossa história; e a dimensão Real: a de que o corpo goza.

O gozo, para a Psicanálise é um termo operatório do corpo, como ficção de uma satisfação absoluta e impossível. O gozo é sempre referido à pulsão, a um trajeto de satisfação: contornando os buracos do corpo, torna erógenas as suas bordas. Ou seja, a pulsão faz o contorno, mas não se satisfaz, porque a satisfação da pulsão é impossível por contornar um oco, um vazio. A pulsão oral chama-se assim, não porque o objeto oral é o seio, mas porque o orifício da boca é o que conta no erógeno: o alvo, orifício

em torno do qual circulam prazer e gozo. Por exemplo, uma pressão que traz prazer em volta da boca é o equivalente ao objeto da pulsão. Esse orifício, se excessivamente investido, faz circular uma energia excedente, e a esse excesso chamamos de gozo. A satisfação no corpo diz respeito a uma energia (libido). O impacto da pulsão sobre o psíquico será o encontro do sujeito com a linguagem, que não deixa de ser traumática, já que a linguagem também é sempre faltosa. Para haver desejo, é preciso haver falta, e a arquitetura significativa da linguagem se constrói em torno do ponto de falta do desejo.

Freud não conceituou o gozo, mas definiu seu campo, quando escreveu sobre a incidência da pulsão de morte em *Além do princípio do prazer* (FREUD [1920], 1976), fazendo referência à compulsão, à repetição. O conceito de pulsão de morte é indicativo de uma zona muda, silenciosa e obscura que se manifesta numa repetição compulsiva. Está além do prazer, na outra margem, indicando algo fora do domínio do prazer, onde o prazer é contrariado de várias formas e colocado fora de ação. Sabe-se que a barreira do prazer, se transgredida, provoca sofrimento.

Lacan tomou emprestado do Direito o termo “gozo”, equiparando-o à formulação freudiana da “pulsão de morte”, para sublinhar o caráter de excesso, de ultrapassagem do prazer, que produz um júbilo mórbido que causa horror e leva à dor. O gozo se manifesta nos fenômenos repetitivos de prazer na dor, referidos à pulsão de morte freudiana. Portanto, prazer e gozo não pertencem ao mesmo registro, como se costuma usar na linguagem corrente. Entre o sujeito e o real do gozo, estende-se o desejo uma escala de satisfações parciais possíveis. O desejo é a barreira contra o gozo. Um ponto fundamental que Freud marca é uma transição que assinalaria a mudança de um investimento auto-erótico, narcísico como um momento constitutivo do sujeito.

A ciência, que não considera o gozo do corpo, também exclui seus efeitos. O registro do gozo escapa aos olhares que os aparelhos científicos tornam cada vez mais onipresentes. O gozo não se deixa medir nem fotografar, nem radiografar, fazendo com que o corpo que emerge entre a Medicina científica e o sujeito do inconsciente revele a falha “epistemo-somática”, expressão que Lacan inventou para dar conta desse ponto de falta no saber médico. Talvez uma brecha privilegiada para se reintroduzir o sujeito.

3.2 Os fenômenos psicossomáticos (FPS)

De acordo com as bases freudianas, o sintoma analítico tem valor de metáfora. Ele se apresenta como um substituto de uma satisfação pulsional que não foi realizada e atualiza o conflito que produziu o recalque. O sintoma pertence, pois, à ordem simbólica. A definição de sintoma, tanto em Freud quanto em Lacan, é reconhecida como uma formação do inconsciente, que tem estrutura de linguagem e é passível de simbolização, ou seja, deslocamentos e modificações a partir da emergência dos efeitos de verdade.

A causalidade psíquica de certas doenças orgânicas não pertence a essa lógica, porque essas doenças não se revelam passíveis de uma interpretação como o sintoma, que permita ao sujeito alcançar sua posição desejante.

Entre 1964 e 1976, é pelo impacto do desejo e do gozo na linguagem que Lacan elabora algumas notas sobre a patologia psicossomática. Inicia por uma distinção entre o sintoma neurótico, que ele descreve no plano simbólico: “um significante de um significado recalcado” (LACAN, 1988). Embora haja manifestação inconsciente, o FPS aponta para uma outra ordem: constitui-se no campo do imaginário e aparece no real do corpo, sem inscrição simbólica assim como no sintoma. Existe, portanto, uma diferença entre essa manifestação no real e o sintoma analítico interpretável. No sintoma da neurose, a fala está não manifesta, mas presente, à espera de ser liberada, à medida que o sintoma vai tomando sentido como formação do inconsciente.

Lacan ressalta a estrutura narcísica do FPS, colocando-o no campo do auto-erotismo, como uma massa de libido investida e “fixada no corpo”. Na lesão, o sujeito é falado, mais do que se fala; ele não se conta. Faz uma escrita diretamente impressa no corpo, de uma forma hieroglífica, mais que enigmática, cujo sentido necessita ser construído para que, se possível, passe à dimensão de sintoma (este, sim, interpretável).

Lacan retira o FPS do campo da tensão, do *stress*, tão difundido na clínica médica. Coloca-o como uma patologia do significante, quer dizer, assim como no sintoma, as palavras nos tocam, só que, nesses casos, podem afetar seriamente o corpo. Afirma uma causalidade na lesão que diz respeito à palavra, mas uma palavra totalmente cifrada,

como se fosse um eco do significante no corpo, uma indução significativa. Contudo, diz que o FPS não é um significante porque não simboliza, apenas evoca. (LACAN, [1964] 1979). Ele interroga o tempo da indução significativa, cujo sentido seria representar o sujeito e supõe que o trauma tenha ocorrido muito precocemente na constituição do sujeito, talvez no tempo da constituição do narcisismo. Uma disfunção do corpo biológico teria se consumado devido a uma causa “lingüística”, que desorganiza uma necessidade fundamental do corpo, mais precisamente na passagem do corpo orgânico, a corpo erógeno, pulsional.

Jean Guir (1983), estudioso da psicossomática, aponta a origem do FPS nos primeiros meses de vida, em decorrência da relação entre a mãe e a criança. Ele desenvolve uma hipótese a partir de um caso clínico, que diz se tratar de uma fixação na imagem, quase uma sideração, em que o olhar, como objeto prevalente, se sobrepõe à voz. O sujeito terá ficado paralisado diante do olhar siderado do Outro (gozo do Outro), preso num transitivismo entre a imagem e o corpo, sem conseguir estabelecer uma troca simbólica.

Até o ponto em que foi, Lacan deixou a indicação de que o desejo insistente do Outro materno pode emitir ditos impositivos, que se cristalizam em massa, num enunciado particular. Até mesmo um termo metafórico pode ser tomado pelo sujeito em sua concretude e induzir uma lesão corporal, porque uma necessidade fundamental é perturbada pela palavra impositiva do Outro. Enfim, seria um significante tomado no desejo do Outro, que teria falhado em metaforizar o sujeito (STEVENS, 1988).

Se há uma forte imposição sobre a criança num tempo muito precoce da constituição, encontra-se aí um sujeito sem defesas, sem compreender o que se demanda dele. Sem conseguir subjetivar o que diz a mãe, ocorre uma fixação de certas palavras, que se aglomeram em bloco, sem intervalo, congelando-se numa holófrase³⁸, cujo efeito poderá se marcar, imprimindo-se sobre o corpo de forma totalmente enigmática: como lesão. Quando não é possível perguntar pelo desejo do Outro, a criança não pode se articular à falta.

³⁸ Holófrase: tomada em bloco dos significantes do par primordial S1-S2. Ver seção 3.3 *Holófrase: uma patologia da linguagem*.

Como se descreveu no capítulo anterior,³⁹ Lacan aponta em *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* que, para o sujeito advir, deve-se passar pela operação simultânea de dois momentos lógicos: (a) a alienação ao campo do Outro e (b) a separação do Outro. Acrescenta que, quando esse segundo tempo não ocorre, não aconteceu a extração de objeto entre o bebê e o Outro. O objeto pulsional não-extraído pode se equivale à lesão psicossomática, permanecendo “colado”, no nível do real do corpo, afetando um órgão. A eclosão do FPS pode ser, então, uma modalidade de resposta ao Outro da alienação, em que ainda não se estabeleceu a diferença entre o eu e o outro.

Em *Conferência em Genebra sobre o sintoma* (LACAN, [1975] 1988), encontra-se um resumo do que se sabe da psicossomática até então: constata-se algo como uma cifra sobre o corpo, como um índice do gozo da mãe, da ordem do número, por oposição à ordem da palavra ou do significante e cujo sentido está por ser resgatado em análise. Assim a psicossomática, essa escrita sobre o corpo, sem sentido para o paciente, exigiria um trabalho analítico, a construção de um sentido⁴⁰ para tornar-se um sintoma analisável.

A construção do sentido constitui um desafio aos analistas, pois os FPS estão ligados a efeitos de linguagem, mas fora de subjetivação.⁴¹ De todo modo, isso exigiu de Lacan uma teorização sobre o fechamento de um gozo específico no corpo, corpo próprio tomado como gozo do Outro.⁴² Mas é preciso dizer também, com Lacan e seus sucessores, que construir o sentido não é o mesmo que resgatar um sentido.

³⁹ Alienação/Separação: Ver seção 2.1 *A prematuração do homem*

⁴⁰ Sentido: Do latim *sensus*: sentir, perceber. É distinto da significação. O sentido tem por objeto a própria coisa, ao passo que a significação tem por objeto o sinal da coisa (JOLIVET, R. *Vocabulário de Filosofia*. Rio de Janeiro: AGIR, 1975. p. 202).

⁴¹ “Esse é um impasse que aparece na clínica. Há relatos analíticos, é verdade, que vêm da clínica com adultos, em que o FPS passa a se incluir nos ditos do paciente como algo dele, mas que continua sem sentido. Segundo esses dados clínicos, o analista levanta a hipótese de que o próprio movimento da análise propiciou a mudança da relação do sujeito com o FPS, mas que, mesmo assim, ele pode continuar sendo enigmático” (Comentário do Prof. Jeferson Machado Pinto, componente da banca examinadora, por ocasião da defesa desta dissertação.).

⁴² Gozo do Outro: Lacan o define como um corpo gozando de si mesmo e introduz a noção de gozo como satisfação de uma pulsão; gozo interdito, portanto.

Coloca-se aqui a dimensão de alteridade do sujeito com seu corpo, pois se espera que o sujeito tenha com seu corpo uma relação de alteridade e diga: “Eu *tenho* um corpo” e não, eu *sou* um corpo. Diante disso, pergunta-se: A manifestação no corpo seria uma forma de a pessoa ser alguma coisa, quando se vive a ameaça de não ser ninguém?

Aqui se faz referência aos FPS e, como diz Lacan, “profundamente enraizados no imaginário”, concebidos como fenômenos de borda, de limite. O FPS distingue-se das conversões históricas e das manifestações orgânicas puramente funcionais. Portanto, não se pode considerá-lo um sintoma no sentido freudiano, porque produz um assujeitamento do corpo como uma resposta a algo que se fixou precocemente e que veio do Outro como uma indução de linguagem.

Os psicanalistas contemporâneos que mais têm pesquisado a psicossomática não acreditam que haja uma clínica da Psicanálise específica para o paciente que apresenta uma desordem psicossomática. O interesse clínico despertado pelas questões da psicossomática deve-se, justamente, à não-conclusão do assunto, por isso exige aproximações tateantes e deixa restos a pesquisar. O ponto pacífico é que os afetos podem ter uma repercussão na biologia do corpo. “Não se pode confundir a causalidade psíquica de uma lesão corporal com a repercussão subjetiva normal de toda doença orgânica” (FRIGUET, 1993, p. 41).

Não foram muitas as referências que Lacan deixou sobre o assunto. Mas, para falar sobre uma possível indução significativa do Outro materno à criança, ele cita como exemplo a clássica experiência de Pavlov, que conseguiu produzir reações somáticas em cães ao estudar os reflexos condicionados:

Pavlov colocou inicialmente um pedaço de carne diante dos cães, o que os fazia salivar e responder instintivamente a isso produzindo sucos gástricos. A seguir, tocava um sino antes de oferecer a carne, repetindo várias vezes o procedimento sino, carne, salivação para condicionar os cães. Após algum tempo, obtinha-se a salivação com o simples toque do sino, sem a carne. A experiência demonstra que o animal foi capaz de associar o toque do sino à carne, mesmo que a carne não estivesse lá. Ao final da experiência, o reflexo de salivação, que antes era instintivo, passou a ser induzido pelo experimentador, que fabricou uma resposta orgânica através de um objeto que nada tinha a ver com a fome, necessidade natural do cão (LACAN, [1964] 1985, p. 224).

Pode-se concluir que o que provocou a salivação (alteração orgânica) não foi o alimento, mas o desejo do experimentador. Desejo do Outro, digamos. Quando, para a criança, o desejo do Outro fica obscuro e inacessível, se não pode ser interrogado, ele é tomado como gozo sobre o corpo do sujeito.

O corpo se deixa levar a escrever algo da ordem do número, como uma cifra particular do gozo [...] É ao nível do gozo, na sua fixação, que devemos abordar o fenômeno psicossomático: é nisso que podemos esperar que a invenção do inconsciente sirva para alguma coisa (LACAN, 1979, p. 139).

O elemento simbólico que é a linguagem pode se tornar um indutor significante, sobretudo se a palavra vem do Outro de forma imperativa e, como já se disse, interfere numa necessidade vital, podendo até provocar modificações digestivas, bioquímicas. Quando isso ocorre, o organismo responde sem interpretar o que o Outro quer dele. Nos sujeitos que apresentam algum FPS, o Outro teria se colocado de forma insistente e intrusiva. Nesses fenômenos psicossomáticos Lacan mostra que, de modo diferente do que ocorre na histeria, a indução significante⁴³ não propicia uma separação necessária entre o sujeito e o Outro que o nomeia.

É uma diferença a ser considerada entre o sintoma e o FPS, pois só nesse lugar cindido, entre dois e reservado ao sujeito para que se torne vazio de significação, é que cada um irá buscar sua significação no desejo do Outro. Uma significação que será sempre parcial, sem certeza, e é isso que institui a ordem simbólica. Se não há esse intervalo entre S1 e S2, a significação se solidifica, é tomada em bloco, e não se produz o espaço de uma enunciação possível que deslize na linguagem, inviabilizando que o sujeito interprete a significação do que ele representa no campo do desejo do Outro.

Logo de início, Lacan coloca o “processo psicossomático” numa série que reúne também a *debilidade e a psicose*, que, segundo ele, são as organizações próprias que apresentam o modo de funcionamento do par inaugural de significantes S1 e S2 — soldados, numa holófrase. O sujeito que apresenta um FPS parece funcionar como um pedaço do corpo do Outro, que é também do sujeito. Quer dizer que, nesse caso, se está ao nível do Real do corpo, na junção do Real e do Imaginário, em que o anteparo à relação com o Real, que é a fantasia, não está operante.

⁴³ O FPS não põe em jogo a suspensão do ser do sujeito no intervalo entre os dois significantes primordiais S1 e S2, que se apresentam colados, numa holófrase.

O objeto real que por princípio é destacável, não está destacado; está colado e, porque não se separou do corpo, não se tornou simbólico. Teria ocorrido uma impressão ou inscrição direta de uma característica sobre o ser corporal, diferentemente do que passa na neurose. A lesão no corpo tem por característica funcionar como uma erupção que se mobiliza em função de uma determinada data, como um aniversário, sem que uma interpretação por parte do sujeito pareça corresponder a isso ou a algo que tenha se passado nessa data (uma data só faz sentido se é remetida à história do sujeito). Mas aqui o acontecimento ou o significante traumático não parece se inserir numa história: é mais da ordem de um grito do que uma palavra articulada.

O mecanismo que dispara a crise parece ser desencadeado em bloco, ou seja, por uma conjunção de elementos, ou seja: *o corpo se deixa levar a escrever*, o que denota um funcionamento do corpo (soma) sem autonomia. Joyce Mc Dougall (1966) reconhece nesses fenômenos um funcionamento desligado das expressões verbais e reduzido a uma expressão não verbal. Ela aponta indícios de uma autonomia precoce na criança que apresenta uma vulnerabilidade psicossomática. Como entender aí a questão da não-autonomia do soma e da autonomia precoce?

A ilusão de unidade permite que as crianças durmam, façam a digestão, a eliminação, etc. Ou seja, há um tempo em que o Outro se encarrega de tudo, como se fosse um prolongamento do bebê. Winnicott ([1951] 1987) adverte sobre a importância do que a criança representa para a mãe. Ele indica que perturbações nessa relação implicam a ruptura dos fenômenos transicionais, que permitem à criança a criação de um espaço psíquico próprio para se identificar aos vestígios das funções maternas, até alcançar a capacidade de estar sozinha na presença da mãe.

E. Vidal (2000) diz que a psicossomática coloca a pessoa fora do registro da angústia. A angústia é um fenômeno normal, que envia um sinal para fazer prevalecer a dimensão simbólica, sustentando o espaço da falta. De acordo com Freud e Lacan, é preciso que o objeto, a coisa se perca, para poder ser representada. Quando a angústia não se apresenta, pode-se supor que não há queda de objeto, que ele ainda está vinculado ao corpo. Quando a angústia se manifesta, acontece a confrontação do sujeito com sua falta, sua divisão já como uma marca no inconsciente.

Parece que, na psicossomática, a função do Outro terá se passado de forma atípica, de modo que a demanda do bebê pela presença materna (demanda do simbólico, do dom) teria sido confundida e respondida com algum objeto de satisfação da necessidade, de forma insistente ou imperativa. Será que a lesão, marcada no real do corpo, poderia ser pensada como forma de suprir alguma marca que deixou de se escrever no inconsciente?

Ora, o desejo não é representativo da necessidade. Embora o elo do desejo esteja aí conservado, o que teria ocorrido para que a necessidade estivesse interessada na função do desejo? Qual seria o tipo de apelo do Outro materno à criança, que faz com que ela não faça um sintoma neurótico, mas uma lesão de órgão? Nasio (1993, p. 62) diz tratar-se “de um apelo do tipo informe, maciço, tanto no nível do som como da imagem, enunciação sem sujeito, repetidas infinitamente, como: “Apressa-te!”.

Os sintomas somáticos envolvem sempre um colapso na capacidade de simbolização: não foi possível recalcar certos significantes maternos (pré-verbais?), por isso não podem ser manejados simbolicamente e encontram expressão pela irrupção psicossomática. É o que diz Lacan (1979) em *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, ao falar da função do Outro. Trata-se geralmente da mãe, a pessoa mais significativa para a criança, mas abrange um campo mais amplo do entorno da criança, ao qual chamamos “o campo do Outro”. O fracasso da “função paterna”⁴⁴ também deve estar articulado, pois parece estar no fundamento da fixação de um gozo no corpo. Talvez o FPS venha em suplência ao pai, à forclusão do Nome-do-Pai em alguns pontos da estrutura. O que não significa que o sujeito seja psicótico.⁴⁵

Todos os autores concordam que as formações psicossomáticas devem ser incluídas no quadro da teoria do narcisismo: uma patologia do imaginário, mais precisamente uma

⁴⁴ A função paterna, ou lei paterna: Não permite que se feche o circuito entre mãe e filho, sustentando entre os dois um intervalo. Nesse tempo os objetos pulsionais, sinais luminosos da vida, vão sofrendo uma re-inscrição no psiquismo, de tal modo que seja sustentado o intervalo entre a criança fazendo com que algo da falta possa se inscrever nesses pólos de gozo. A possibilidade de acesso à fala implica que haja uma perda de gozo na ligação da mãe com a criança. A alienação-separação se conclui no Édipo, abordado por Lacan no seminário *As formações do inconsciente*, lições de 15, 22 e 29 de maio de 1958.

⁴⁵ A hipótese de forclusão pontual do Nome-do-Pai nos remete ao mecanismo do recalque, em especial ao que se refere ao recalque primário. Ver Myssior & Pujoni (2207) *Do corpo à palavra: uma outra escrita*.

perturbação da identidade narcísica. Lacan mostra que a questão psicossomática é concebida quando uma necessidade se sobrepõe insistentemente ao desejo. Enquanto o sintoma interroga o ser no percurso de uma análise, a patologia psicossomática revela não uma questão colocada a partir da “falta-a-ser”, mas um modo de ser, de viver, de nomear, por exemplo, “o asmático”. Parece constituir uma espécie de resposta ao Outro, ao gozo do Outro, que se localiza em algum lugar do corpo do sujeito. Trata-se de um gozo local, e aí, nenhuma pergunta se coloca porque a falta está elidida.

É notável que grande parte dessas lesões se reportem a órgãos que apresentam superfícies de contato, que se dão a ver: retalhos de pele que se soltam na psoríase, mucosas que se congestionam na asma, eczemas que coçam e se avermelham. Como marcações no corpo, de significação enigmática, que serão denominadas por ele de “escrita hieroglífica”.

Em seus primeiros escritos, Freud ([1895] 1977) dizia que sistema *psy* tem um suporte corporal para as excitações que vêm no rastro das marcas de satisfação deixadas pela mãe: primeiro nos órgãos sensoriais, depois na pele. A criança depende do amor materno e ama também.

Além disso, Freud ensina:

É a experiência de ser amado que volta a agressividade para dentro, invertendo o vetor da agressão ao semelhante, cuja raiz é a pulsão de destruição. Se o amor está na origem da consciência, a culpa é inevitável, aparecendo em lugar da angústia. Pois a culpa toma o sujeito e, às vezes, oculta o mal-estar (FREUD, 1977, p. 125).⁴⁶

Winnicott (1971), em seu livro *O brincar e realidade-o espaço potencial*, afirma que o percurso do espelho é feito pelo olhar da mãe. O que o bebê busca quando vê no espelho o olhar da mãe é a si mesmo, é o que a mãe exprime no olhar quando olha o filho, e isso tem relação com o que ela vê no filho. O olhar materno, ao lado dos cuidados, envelopa e protege a criança, constituindo por um tempo uma interface entre a criança e o mundo, que se apóia na fantasia de uma pele comum aos dois.

⁴⁶ FREUD, S. *Problema econômico do masoquismo*. Trad. Eduardo Vidal. In: *Letra Freudiana*, ano XI, n. 10-11, p. 125, 1977.

O FPS seria, então, uma disfunção do corpo biológico devido a processos vividos pelo sujeito na passagem do corpo biológico para uma outra ordem, de corpo pulsional ou erógeno. O homem é um ser pulsional, e isso tem uma profunda implicação na sua organização biológica.

Lacan ([1975] 1988) aborda a possibilidade de ocorrerem fenômenos psicossomáticos, onde um gozo específico é o termo operatório que desencadeia lesões no corpo, mas elas não são metafóricas com o sintoma.

Entretanto, existem distúrbios de funcionamento ou disfunções que aparecem no corpo da criança muito precocemente e, quanto mais nova ela é, não se pode afirmar ainda nem como sintoma, nem como FPS. No bebê, assim como nas crianças ainda novinhas, há uma profunda articulação entre os processos psíquicos e somáticos, de forma que os distúrbios funcionais (cólicas, insônia e outros tantos) podem ser compreendidos como derivados da construção do corpo erógeno. Em muitos dos casos em que a mãe não consegue exercer o papel de moderar a excitação (para-excitação), o bebê, sem ter ainda uma autonomia psíquica, acaba descarregando no soma esses excessos, sob forma de distúrbios funcionais.

3.3 Holófrase: uma patologia da linguagem

A criança está submetida a um banho de linguagem desde seu nascimento e até mesmo antes disso. Ela é falada pelos pais, que expõem suas expectativas, anseios, desejos. Das palavras ditas pelo Outro emerge o sujeito, entre um dito e outro, incluindo-se aí uma margem de surpresa. Mas, em certos casos, podem ocorrer ditos imperativos, propiciando uma tomada em massa dos significantes primordiais, chamados de S1 e S2. Se eles se soldam, não há como iniciar um deslizamento do S2. Lacan diz que solidificação da dupla de significantes indica a posição do sujeito na estrutura. Ele aborda o efeito psicossomático partindo da fusão de dois significantes, que denominou *holófrase*. O que fornece a medida precisa da holófrase é a experiência de Pavlov, evocada por Lacan ([1964] 1979) em *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*.

A tomada em massa dessas palavras que vêm do Outro pode parecer determinante para criança, produzindo uma soldagem, como se fosse um bloco de duas ou mais palavras misturadas, sem delimitação. Normalmente, a articulação de S1 com S2 provoca um intervalo, um vazio que representa o sujeito. Essa suspensão permite questionar a significação que o Outro dá ao sujeito. Se não se produz um espaço, não há sentido: os dois se colam, e isso não permite a substituição — a metáfora que daria um sentido à falta materna. A metáfora paterna ou metáfora do Nome-do-Pai é a operação que não permite que se feche o circuito entre mãe e filho. A lei paterna é aquela que metaforiza o NP. Quando não opera, ela dificulta para o sujeito o jogo da linguagem, no que toca às substituições ou equivalências.

O que separa S1 e S2, os dois significantes primordiais, é justamente o que fica em aberto no que se refere à criança, ou seja, um espaço que dá chances ao sujeito de surpreender e até de se nomear por si mesmo. Isso que cai, que deixa espaço entre S1 e S2 é o objeto “a”, quer dizer, cai o que há de real entre o corpo da criança e sua mãe: cai o objeto que o bebê foi no desejo de sua mãe; assim, dá lugar à dimensão simbólica. Esse objeto, quando separável da mãe, abre o intervalo para o sujeito vir a ser.

Por outro lado, se não há queda desse objeto real entre o bebê e sua mãe, a criança se reduz a ser tudo aquilo que o Outro a nomeia. Então, os significantes primordiais, que eram no mínimo dois, aparecem como holófrase, um embolado de palavras sem separação e, conseqüentemente, sem separação entre a mãe e a criança. Sem a interdição que a lei paterna promove entre a criança e a mãe, o que não permite que dois façam um (a castração simbólica). Sem a “lei paterna”⁴⁷ interditando o gozo, haverá uma espécie de congelamento de caráter sincrônico, sem separação que permita o encadeamento diacrônico do discurso. A lei paterna é a lei fálica, o que permite ao simbólico se incorporar. Quando ocorre a coalescência pai-mãe-criança, e não uma separação, isso denota uma fixação no estágio do espelho, que chamada de patologia do espelho ou patologia narcísica.

⁴⁷ Lei paterna: Aquela que metaforiza o Nome-do-Pai. O problema da metáfora paterna (MP) ou metáfora do Nome-do-Pai é abordado por Lacan no Seminário *As formações do inconsciente*, nas lições de 15, 22 e 29 de janeiro de 1958: “Não há questão de Édipo, se não há um pai; inversamente, falar de Édipo é introduzir, como algo essencial, a função do pai” (LACAN, 15 jan. 1958).

Lacan aponta as três situações em que a holófrase ocorre: (a) na debilidade; (b) na psicose; e (c) na psicossomática, embora a posição do sujeito seja diferente em cada uma delas.

Quando, a partir da delimitação unitária de seu corpo, a criança se vira para encontrar o olhar daquele que a carrega no colo, o que ela vê no espelho pode ser determinante. Normalmente o espelho deve propiciar não a existência do Outro como corpo, mas o Outro de desejo, afetado por uma perda. Se o desejo não se expressa como tal — afetado pela perda — o que prevalece é o corpo do Outro, consistente e real, sem um desejo apreensível.

Lacan diz que ocorre um curto-circuito, expressão de um transitivismo de corpos entre a criança e sua mãe, sem espaço entre um corpo e outro. Sem o espaço do terceiro termo, lei paterna que interdita, a criança confunde seu corpo com o da mãe. E isso se passa no real, fazendo com que o saber do Outro sobre a criança se fixe como verdade, sem margem à alteridade. A lei paterna exige uma renúncia pulsional tanto da mãe quanto da criança.

Retido no corpo, o gozo denuncia a coalescência com o corpo materno, da ordem de uma fixação tópica no estágio do espelho. A imagem do corpo próprio poderá restar inacessível ao sujeito (psicose) ou comprometida (FPS). Daí o questionamento do motivo pelo qual o sujeito, nesses casos psicossomáticos, não demanda por si mesmo a cura de sua doença. O sujeito aí não se apresenta, nada parece saber sobre isso, e o desejo não se manifesta. O desejo faz barreira ao gozo: impede seu excesso e proíbe o gozo incestuoso, a satisfação da pulsão.

A escuta clínica do psicanalista indica a origem dos fenômenos psicossomáticos no momento da constituição do sujeito, no tempo do estágio do espelho. Parece que, no caso do FPS, haveria um objeto destacado, mas de modo imperfeito. O objeto “a” parte de gozo do corpo, normalmente se separa e cai, para funcionar como algo que, perdido, provoca o desejo. Por exemplo: perder o seio, para a criança, é perder uma parte de gozo, pois o seio representa para ela aquilo que ela poderia devorar por inteiro: a sua mãe. Representa a perda local de um gozo impossível. Os objetos da pulsão (olhar, voz, seio, fezes) são amostras de gozo, testemunhos residuais. Para ser simbolizado, não se

destaca de fato do corpo; destaca-se apenas simbolicamente e pode ser metaforizado, ou seja, substituído. Násio (1993, p. 42) diz: “Qual seria o estatuto do objeto pulsional na lesão psicossomática? Um eczema, um episódio asmático, enxaquecas repetidas, enfim, onde há sofrimento local, lesão, perfuração local, isso tem a ver com o objeto “a”.

No caso do PFS, o objeto, porque não se simboliza, fica de algum modo ainda ligado simultaneamente ao real e ao imaginário. Algo do Outro seria imaginado como uma parte do corpo do sujeito, imaginariamente ligada ao Outro. Se não há separação do objeto, um gozo específico fixa-se no real do corpo, tomado como Outro. Num arremedo de separação, presentifica-se o Outro na lesão, para a qual o sujeito não tem palavras: é como uma mostração, feita num aglomerado indiferenciado de palavras, a holófrase. São significantes congelados dos quais o sujeito nada sabe.

Entretanto, o FPS deve representar alguma coisa para alguém, só que de forma hieroglífica, como um enigma a ser decifrado; que não se desloca nem se condensa como o sintoma, e nem parece fazer apelo ao Outro. Trata-se de, na análise, fazer surgir o sintoma, como tal, analisável. Será que, nesse caso, estaríamos diante de um apelo (velado) ao pai?

3.4 O gozo (específico) no FPS: gozo do Outro

O corpo funda o ser, fazendo com que uma pessoa possa dizer: “Eu sou (isto, aquilo)”. A energia do corpo é pulsional, e é preciso que a pulsão se dirija ao exterior, levando para fora do corpo um excesso que intoxica e mata. Ao excesso de energia retida no corpo Lacan nomeia de “gozo”. Desde a fundação do sujeito, uma parte do gozo deve ser perdida (VIDAL, 2000).

Essa noção de que uma perda fundamental deve incidir no corpo, de forma simbólica é o princípio que o discurso analítico sustenta com a noção de falta. Só haverá desejo se houver falta. E, a partir do Complexo de Édipo, (que aparece pela primeira vez em *Três ensaios sobre a teoria sexual* Freud (1905) elabora o conceito de castração,⁴⁸ que coloca

⁴⁸ Castração: A primeira ilustração clínica que Freud deu do conceito foi em 1909, no caso do pequeno Hans (*Análise de uma fobia num menino de 5 anos*. Freud, v. —. Antes disso, em *Teorias sexuais infantis*, confirmou as teorias da análise de Hans).

a falta como ponto nodal assegurar que os objetos pulsionais entre mãe e filho sejam perdidos, que o corpo da mãe esteja interdito ao sujeito, e vice-versa. O corpo normalmente se constrói a partir das trocas simbólicas com o campo do Outro. Inicialmente, o sujeito vai precisar ser, constituir o corpo; mais tarde, para vigorar a função de castração, o sujeito deve fazer uma passagem: de ser um corpo, passa a ter um corpo. Freud afirma que, logo no início da vida, o “infans” deve passar por uma transição que assinalaria a mudança de um investimento auto-erótico, narcísico, para um investimento do objeto. A libido tem como tarefa tomar a pulsão e investi-la para fora, no objeto de amor. Esse parece ser um ponto fundamental para localizar a questão do FPS.

Em seus textos iniciais, Freud estabelece uma cuidadosa diferença entre o que chamou de “psiconeuroses” e as “neuroses atuais”. Nas “psiconeuroses”, consideradas como sintomas e, portanto, metáforas, existe um temor que funciona como força motriz dos processos defensivos, que acionam o mecanismo do recalque, quando o aparelho psíquico se encontra com uma representação incompatível. Freud chamou esse temor, de “angústia de castração”. O recalque dessa representação é o mecanismo “princeps” da neurose. Nos casos em que ocorre uma falha no recalque, a energia, ao invés de vertida para fora, pode restar dentro, virando-se para o sujeito. Pode, então, fixar um gozo específico no corpo, que se traduz em manifestações somáticas.

Freud observa que alguns sujeitos não formam sintomas neuróticos para evitar diretamente a angústia, não fazem uso do mecanismo do recalque da representação dolorosa. Na neurastenia e na neurose de angústia, não encontrando os mecanismos de condensação e deslocamento. Freud está diante da força das pulsões: observa que nesses casos, o sintoma não está como metáfora, em substituição, mas manifesta-se de forma somática, não apresenta angústia, nem há representação psíquica para a doença. Ou, pelo menos, isso não lhe vem à consciência.

Em seu trabalho *Excedentes da língua no trabalho analítico*, J. C. Cosentino (2007), citando Freud, ressalta que as primeiras e muito intensas explosões de angústia da criança são a expressão de uma intensidade de excitação hipertrófica, para a qual o aparelho psíquico ainda não está preparado. A função materna oferece uma barreira

contra-estímulo, que protege a criança dos excessos de estímulos vindos de dentro (do corpo) e de fora (do ambiente). Quando essa barreira falha, abre-se uma brecha pelo excesso de excitação, propiciando as ocasiões para os recalques primários. A criança se vê em face do intolerável, do que ultrapassa por sua intensidade as defesas simbólicas de proteção do sujeito. Se as defesas simbólicas falham, isso se imprime de algum modo no aparelho psíquico.

O que terá sido experimentado no tempo em que a criança brincava com as palavras, quando ela ainda não tem palavras suficientes para dizer ou compreender o que está acontecendo?

A função materna implica que a mãe fale à criança, e é com as palavras que ela vai vestindo as percepções e as imagens. Aonde as palavras não chegam, criam-se buracos no simbólico. A mãe não tem mesmo todas as palavras, mas ela deve ter algumas, com as quais introduz o simbólico, dando contorno ao vazio estrutural que todo discurso também porta. A palavra materna é reconhecida como prazer quando a criança brinca com as palavras da língua materna. Quando a barreira materna simbólica falha, a angústia aparece, e o que era prazer passa a ser sofrimento: os representantes inconscientes do prazer, que estão articulados ao âmbito da vivência sexual, não mais se reconhecem como prazer, e sim como “mais além do prazer”, ou seja, “do lado de lá do prazer” (de Freud), formalizado mais tarde por Lacan como “gozo”. Com o gozo, isso que vai além do prazer, há uma variação de meta: não mais o prazer, mas uma satisfação de outra ordem. “Ali onde as palavras faltam, há trauma. Os traumas são percepções sensoriais, na maior parte das vezes, do visto e do ouvido, vale dizer, experiências ou marcas” (FREUD, (1924) Trad. E. Vidal. In: Letra Freudiana, ano XI, n. 10-11-12, p125).

São essas experiências, restos delas que ocorrem muito cedo e pertencem ao período de amnésia infantil os que se remetem às impressões de natureza sexual, podendo causar danos precoces ao eu, autodestrutivos. O trauma revela que os restos do visto e do ouvido não podem ser simbolizados. Pode-se observar como as crianças se tornam irritáveis e caem em crises de cólera quando lhes falta a possibilidade de se expressar facilmente por meio da linguagem. O momento traumático na primeira infância se

produz enquanto a agilidade na linguagem ainda não está ao alcance da criança. No entanto, os traumas precoces não se limitam ao efetivamente vivenciado. Vale observar que nos comportamos como se a herança dos antepassados nos tivesse brindado com as marcas da memória deles, independentemente de sua comunicação direta pela palavra. Assim, a herança arcaica abrange as disposições biológicas e genéticas, além de certos conteúdos do vivenciado pelas gerações anteriores que, apesar de não-vividas pelo sujeito, foram fantasiadas a partir de algum dito, portanto uma realidade psíquica.

Lacan ([1966] 1979) coloca essa questão do sujeito da pulsão e do sujeito da palavra da seguinte forma: que o sujeito está entre dois gozos — o gozo da palavra articulada e o gozo de seu corpo. O gozo de seu corpo está na vertente de ser submetido, de ser “gozado” pelo Outro; o gozo da palavra é o gozo permitido ao sujeito, que pode, então, “tomar a palavra”.

Porém, há casos em que o sujeito não consegue separar-se do impositivo da palavra materna. Acontece um fenômeno de linguagem, a holófrase, em que falta o intervalo entre o que é dele e o que é da mãe. A criança não pode apropriar-se de seu corpo: se não há perda, ocorre uma relação perturbadora do sujeito com seu próprio corpo. Quando não há diferenciação entre o corpo da mãe e o da criança, é como se partes do corpo da mãe se prendessem ao corpo da criança, caso em que Lacan identifica a presença de um gozo específico, que nomeou de “gozo do Outro”, que tem como uma vertente também o gozo do sujeito.

O sujeito que apresenta um PFS parece funcionar como um pedaço do corpo do Outro, comum ao sujeito. Isso quer dizer que no nível do real do corpo da criança o Outro se manifesta. O que está preso ao corpo é gozo.

As bases freudianas para se pensar o que, em Lacan, viria a ser nomeado como “gozo do Outro”, podem ser encontradas desde *O eu e o isso*, em que Freud ([1923] 1976). Na constituição do sujeito, o Outro deverá ser descompletado, e partes do Outro, perdidas. Freud ensina que “o eu é a sede da angústia”. Isso significa que quando um excesso de libido se faz presente e não é utilizada, a pessoa tem uma sensação de desamparo e se angustia. A angústia se manifesta testemunhando a iminência do desejo do Outro. As primeiras perdas entre a criança e sua mãe já se dão ao nascer, quando o bebê precisa

deixar os envoltórios (a placenta) da mãe. O nascimento é primeira experiência que gera angústia: devido à necessidade de respirar, ocorre uma tensão excessiva, o que causa um estado de desamparo.

Existe a hipótese de que, nas desordens psicossomáticas, o afeto desagradável não passa pela representação, que é simbólica. Se a energia se prende ao corpo, as situações de perigo vão se expressar automaticamente no corpo, mas de forma diferente das neuroses histéricas e obsessivas.

O que Lacan (1988) conceitua como “gozo do Outro” também não passa pelo simbólico da representação. É esse o gozo que ele identifica nas formulações freudianas citadas, na “debilidade”, na “psicose” e no que chamou de “fenômeno psicossomático”; porém, manifesta-se de forma diferente em cada uma dessas condições. Se, na Psicanálise, se concebe o corpo como efeito da palavra no organismo, cujo resultado é a diminuição de gozo, espera-se daí outros efeitos secundários. Uma espécie de escrita selvagem da pulsão no corpo. E aí onde o corpo goza não há apelo nem interrogação ou pergunta. Diz um paciente: “Quando tenho dor, eu sou um corpo. Com a dor, eu sou.”. Se o sujeito fica sob demanda absoluta do Outro, interrompe-se a abertura para as perguntas. Ele não consegue aceder ao desejo. A dor, signo do fracasso do desejo, faz o gozo aparecer no real do corpo (MARISCAL, 2007, p. 128).

Na doença asmática a dificuldade de respirar revela uma lesão nas vias respiratórias. “A asma exprime a impossibilidade de penetrar no gozo do corpo do Outro: respirar o outro, ou digerir o outro, propiciando uma lesão dos órgãos em questão”. “De certa maneira, a constituição do FPS seria um modo de resposta do sujeito ao gozo perverso encarnado pela mãe” (VALAS, 2004, p. 113).

Tratar-se-ia, em suma, de uma posição face ao Outro que encerra e aliena o sujeito, como se fosse um apelo ao traço paterno que não se inscreveu, deixando-o fixado num gozo específico, auto-erótico, que retorna sob forma de uma auto-agressão.

4 METODOLOGIA

4.1 A pesquisa em Psicanálise

O trabalho de pesquisa em Psicanálise parte do singular, tenta apreender as determinações dessa singularidade e visa extrair dela a dimensão universal que, por sua própria natureza, ela contém.
(MEZAN)⁴⁹

Uma pesquisa se desenvolve num percurso regulado por um método, a partir de um enunciado com diferentes respostas possíveis. Visa verificar uma hipótese e basicamente precisa demonstrar o laço da causa com o efeito ou o seu contrário. No campo psicanalítico, campo que está fora dos moldes epistemológicos conceituais e normativos, como uma pesquisa se viabiliza?

A Psicanálise não inclui em seus objetivos a necessidade de uma inferência generalizante nem para uma amostragem, nem para a população, e a análise do texto para efeito de transmissão é específica, portanto diferente da análise de outros procedimentos metodológicos.

A análise dos resultados não trabalha com o signo, mas serve-se do significante, que é a palavra do paciente.

Usualmente, o laboratório em Psicanálise é a prática clínica sob transferência. Cabe ao saber do analista buscar meios que permitam a consideração do erro e da exceção, em favor do verídico. Nesse sentido, seria razoável perguntar pelas possibilidades de formular, junto à ciência, um estilo de pesquisa que possa acolher o erro como positividade, como afirmação de um processo de diferenciação que, longe de ser corrigido, possa ser seguido e acompanhado.

Sendo assim, uma pesquisa em Psicanálise não poderia ser *quantitativa*. Não há como se ater aos dados observáveis na realidade e mensurá-los estatisticamente, nem pautá-la por um modelo de ciência que se defina pela observação controlada, pela reavaliação experimental ou pelo rigor matemático. Embora as metodologias *qualitativas* baseadas

⁴⁹ MEZAN, R. *Que significa pesquisa em Psicanálise?*

em Allones, (1989) Stake, (1994) e Yin, (1993) já tenham sido usadas como alternativas para a pesquisa psicanalítica, pensamos que não se prestariam ao nosso propósito, pois não se trata de ajuntar nem de ajustar um pensamento com outro.

Modernamente se discute a questão da cientificidade no campo da Psicologia, e uma certa noção de rede, proposta a partir dos trabalhos de Breno Latour,⁵⁰ tem servido como um operador prático-teórico para redefinir um estilo de cientificidade para a Psicologia. A preocupação da Psicanálise não é exatamente ser científica ou não entretanto, é interessante que ela seja considerada pela comunidade científica como tendo efeitos.

Articular o discurso do analista com o discurso da ciência pode demonstrar sua aplicabilidade na tentativa inserir justamente o que há de imponderável e surpreendente, e que normalmente encontra-se excluído do saber totalizante da ciência. Assim, a Psicanálise poderia contribuir num outro campo de saber, apostando que a própria singularidade do sujeito possa abrir novas possibilidades. Indaga-se se não estaria justamente nesse ponto a vocação científica da Psicanálise (PINTO, 1999).

Foi em Freud que buscamos uma orientação metodológica que servisse ao propósito desta pesquisa, pois a forma de produzir conhecimento em Psicanálise é determinada e regida pela existência do inconsciente. Em seus artigos técnicos Freud (1912) anuncia a articulação principal entre “o espírito científico” e a condução do tratamento, ao dizer que a Psicanálise se ocupa simultaneamente da investigação e da cura. Assim, retomar as vertentes com as quais Freud lançou as bases para a Psicanálise é observar a diferença quanto às outras abordagens metodológicas, quantitativa e qualitativa, é não tomar emprestado o método que serve a outra ciência, mas buscar na Psicanálise a exigência de seu objeto.

Se Freud inventou uma teoria que é, a um só tempo, método de pesquisa e tratamento, ele expressa a definição da Psicanálise em sua “Teoria da libido” (FREUD, (1923) 1976) como:

⁵⁰ LATOUR, B.; *Ciência em Ação*. São Paulo: Liv. Ed. Psicólogo

- Um procedimento de investigação dos processos psíquicos;
- Um método de tratamento que se confunde com a investigação;
- Uma série de concepções sobre o psiquismo que se fundem progressivamente numa nova disciplina científica. Aí o que está em causa é o sujeito, e não se pode excluí-lo da razão da pesquisa.

Não pediremos ao nosso sujeito que se cale em nome de uma certeza científica; ela se dará em outros moldes, de tal forma que não se faça do sujeito um mero objeto da ciência. A originalidade do processo reside no seu funcionamento como produção. Parte-se da hipótese de introduzir o novo, ou seja, uma nova resposta do sujeito, a partir de fazer trabalhar o texto que se escuta no *con-texto* clínico. Será usado como metodologia de pesquisa o método mais viável à Psicanálise — a *construção do caso clínico*.

4.2 A Clínica como método: construção do caso

Do ponto de vista do psicanalista, a construção do caso clínico nos remete à palavra dita pelo paciente. Ao receber o paciente, o analista sustenta, junto ao paciente, a construção de um espaço de acolhimento à palavra para, através de um trabalho ético, poder conduzir o trabalho até certo ponto.

O paciente diz, e o analista escuta nesses ditos o dizer inconsciente. O paciente não sabe ainda o que diz, já que o inconsciente não se enquadra no universo racional. A escuta dos processos inconscientes é o que permitirá ao analista intervir nas estruturas que organizam a realidade psíquica do paciente, para que ele próprio se escute e faça disso um saber. Mas o que pesquisamos?

Trata-se de escutar os traços da língua sobre o corpo: como a linguagem afetou esse corpo que se mostra marcado por um sofrimento, uma dor, uma lesão. Isso só deve acontecer no terreno da transferência, que se instaura na análise, pois permite ao analista reconhecer as representações inconscientes para retorná-las ao paciente, que tem a tarefa de elaborá-las. Por esse motivo, pesquisa e tratamento andam juntos.

Metodologicamente, pode-se dizer que, mesmo na pesquisa, “a escrita do analista” é da ordem do “discurso do analista”, o qual, em vez de acatar um sistema de normalidade e determinar o que não vai bem, propicia ao sujeito tomar a palavra e escutar a si próprio sobre o que o faz sofrer (SZPIRKO, 2000).

O modelo de *construção do caso clínico* é freudiano. Freud deixou ao paciente o encargo de se exprimir como pudesse, sem recriminá-lo ou fazer-lhe recomendações. Ao analista ele recomenda que, ao receber um novo caso, não se apresse em colocá-lo numa categoria. Apesar de reconhecer a dificuldade que o analista enfrenta quanto a isso, adverte para que se coloque a experiência na frente da escuta, que deve ser específica a cada caso. A escuta analítica não poderia aplainar as diferenças para reagrupar de modo objetivo as patologias apresentadas, como na metodologia médica (VIGANÓ, 1999).

Se Freud insiste nesse ponto, é pela premissa de que o analista esteja sempre a se interrogar e não coloque seu saber como certeza. Aí, a dúvida e o não-saber trabalham a favor do tratamento. Em um de seus últimos trabalhos, *Esboço de Psicanálise*, Freud afirma que “os ensinamentos da Psicanálise baseiam-se num número incalculável de observações e experiências, e somente alguém que tenha passado pela **experiência da própria análise** (e de outras pessoas) encontra-se em posição de chegar a um julgamento próprio sobre a Psicanálise” (FREUD, [1938-40] 1975, p. 168).

Lacan, por sua vez, não nos dá um modelo, mas algumas indicações de seu método, cujo ponto fundamental é **ir fazendo a experiência**. Segundo nos indica, trata-se, sobretudo de acolher o que surge e buscar no próprio impasse de uma situação, a força viva para poder intervir aí.

Apresentar uma pesquisa sobre os efeitos do tratamento analítico, nos dá, ainda a chance de observar ao longo do tempo, um século depois, os diferentes caminhos que Freud empreendeu para construir a sua obra, em que pontos ele insistiu, quais ele abandonou, onde os redefiniu, como retornou ou expôs com maior precisão suas descobertas. Passar pelos textos de Freud e Lacan pode nos levar à construção de novos modos de intervenção. Isso é válido não só para o analista mas também para o médico, que nas discussões clínicas pode encontrar renovada a sua experiência na abordagem ao

paciente. A interlocução entre o campo médico e o campo da Psicanálise promove um descentramento, abrindo novas possibilidades aos dois campos. Contudo, nos parece importante que não percam seu próprio contorno, pois cada um deles é um saber distinto (ALBERTI; ELIA, 2000).

Durante o processo de *Construção do Caso*, médico e analista podem se encontrar para discutir os pontos de progresso, de fracasso, os limites de cada caso estudado, bem como as intervenções possíveis ao médico e ao analista no que se refere tanto à criança, quanto ao acompanhamento dos pais.

Foram escolhidos alguns fragmentos clínicos de cada caso, como desenhos, relatos, chistes, histórias, sonhos do paciente, para tentar articular a passagem que essas formações do inconsciente testemunham. Em seus enunciados, o registro da fantasia se ancora no Imaginário como dimensão do corpo. A escuta da ordem do Imaginário se atém não à expressão da imagem especular, mas no Imaginário que tem no Real sua razão primeira e no Simbólico da língua a sua determinação. Essa é a escuta do analista, que considera que o corpo subjetivado pela linguagem é marcado pela redução de gozo.⁵¹

Entre o médico e o analista o caso é uma construção. A matéria-prima de um caso não é propriamente o conhecimento; pelo contrário, é justamente aquilo que resiste ao saber. No ponto-limite em que o saber resiste, é que se depara com o real. Está na repetição a tentativa de dar conta disso que não se sabe. Essa posição inclui e suporta o obstáculo ao invés de excluí-lo e, com isso, permite reconhecer a impossibilidade, para extrair daí algo de possível.

O analista pode recortar de cada caso uma questão — justamente o que não está claro, para si e apresentá-la ao médico. Eis aí a interseção da Psicanálise com a Pediatria, e ela surge aqui do encontro de duas faltas, melhor dizendo, da interseção de duas faltas-de-saber, a do médico e a do analista. Essa interseção, ao mesmo tempo que evidencia a impossibilidade de recobrimento de um saber pelo outro, promove a abertura a uma

⁵¹ Gozo: O que está preso ao corpo é da ordem do gozo e deve passar do corpo, à palavra. Nessa passagem, o gozo se reduz no corpo para se colocar na palavra: tomar a palavra. O inconsciente é um saber que se articula através da linguagem (LACAN. *La Tercera*).

interlocução do médico com o analista. A partir dessa interlocução, delimita-se um lugar para que alguma elaboração nova possa surgir. Assim, a *Construção do Caso* demonstra a lógica do inconsciente. Se essa modalidade produz um dizer que abre ao inusitado, um novo saber poderá nos surpreender na compreensão e na condução do tratamento. De acordo com Iribarry (2003), este é um Método que pode ser potencialmente rico para o avanço e a interrogação da clínica — médica e psicanalítica.

É também no sentido dessa experiência que a pesquisa psicanalítica tenta reencontrar suas formulações essenciais e contribuir para um processo de renovação de seu campo. Se o analista propõe uma interseção⁵² com a Medicina, importa perguntar se o saber médico poderia reconhecer nesse corpo biológico em funcionamento algo que responde às exigências do discurso do inconsciente.

4.3.a Material da pesquisa

Nos estudos de caso constarão as informações significativas, as falas do paciente e de seus pais, de tal modo que se possa recolher o essencial à formalização e à verificação das hipóteses levantadas pelo trabalho do médico e do psicanalista.

4.3.b. Critérios de Inclusão

Crianças de zero a treze anos, que estejam apresentando enfermidades ou manifestações que afetam o funcionamento do corpo, e nas quais haja a hipótese bem-fundamentada de causalidade psíquica seja exclusiva, ou não. Os critérios de inclusão dos casos à pesquisa procuraram atender basicamente às circunstâncias em que uma manifestação toca aos dois campos — médico e analítico.

1. Que a não-comprovação de uma causa orgânica pelo médico, longe de se colocar como conclusiva do atendimento, se abra a um novo procedimento: o encaminhamento ao analista.

⁵² Lacan propõe no Ato de fundação da Escola a admissão de grupos médicos, que desejem contribuir para a experiência analítica através de casuística, doutrina do tratamento, prospecção médica. Nomeia: Sessão de Psicanálise aplicada de terapêutica e clínica médica. (LACAN, Escritos: 2003 p. 237). O autor, neste trabalho, escolheu o termo **interseção**, ao mesmo tempo distinguindo-a da Psicanálise aplicada.

2. Quer se tratasse de criança, quer de adolescente que todos os casos fossem encaminhados ao analista pelo médico (pediatra ou especialista pediátrico) que as acompanhava em tratamento.
3. Foram discutidos com os médicos os critérios de inclusão: aqueles pacientes que, estando em tratamento, apresentavam evidências clínicas de possível causalidade psíquica, geralmente observadas pelo médico como tendo “fundo emocional”.
4. Pacientes com certas doenças auto-imunes de etiologia desconhecida, que tradicionalmente são consideradas psicossomáticas, podendo ser tributadas a um *stress-psicoafetivo*.

4.4 Procedimentos necessários

Para iniciar a investigação, partiu-se do material clínico, realizando-se um recorte a fim de delimitar os aspectos dos fenômenos a ser pesquisados, bem como as concepções teóricas que utilizadas neste trabalho.

Todos os pacientes foram encaminhados ao analista pelo seu pediatra ou especialista pediátrico, porque não estava havendo resposta satisfatória do ponto de vista médico, e havia a hipótese de uma causalidade psíquica.

A transferência era inicialmente endereçada ao médico, pois não havia saber suposto ao analista, e sim à Medicina. Coube ao médico propiciar essa passagem à suposição de um outro saber e, pela forma de encaminhamento, facilitar a aliança de trabalho a ser feita com o analista.

A aliança com a criança, aqui entendida como sujeito, é diferente de outras formas de saber que atendem a infância. A criança logo percebe a singularidade do tratamento, já que o analista não se coloca como um a mais na série de especialistas. Nossa escuta recai sobre a história subjetiva do encontro da criança com o campo do Outro, e o modo como se articula frente a isso é que vai lhe conferir sua posição de sujeito, com suas particularidades.

Os pacientes, meninos e meninas entre três e treze anos, foram selecionados por apresentarem doença ou manifestação psicossomática: dermatite atópica, acompanhada ou não de rinite alérgica ou de outras desordens, principalmente asma, adoecimentos frequentes. Foram atendidos em análise individual:

- 6 meninos: (entre 3 e 10 anos);
- 2 meninas: (uma de 7 e uma de 13 anos);
- Total de crianças: 8 (uma delas já adolescente).

Os participantes da pesquisa foram atendidos no consultório do analista, na frequência de uma vez por semana. Cada paciente permaneceu em análise de acordo com o tempo necessário à conclusão do tratamento, por um período que variou entre 8 meses e pouco mais de 12 meses, em média. Entretanto, um dos casos permaneceu um pouco mais em tratamento analítico, concluído após 18 meses de análise.

Também os pais de cada paciente foram acompanhados em entrevistas, juntos ou separadamente, na presença ou não do paciente. Os atendimentos aos pais, ou a um deles, se deram em pelo menos três encontros: o primeiro necessariamente no início do tratamento, o segundo no decorrer da análise e o terceiro ao final dos atendimentos. Em todos os casos os pais estavam cientes da pesquisa, e foi fornecida a eles uma cópia do *Termo de Consentimento Esclarecido*, assinada por eles.

5 A CLÍNICA

5.1 Os casos da pesquisa: fragmentos clínicos

1 O caso DANIEL

Daniel, 10 anos, foi encaminhado pelo pediatra porque havia apresentado vários e freqüentes adoecimentos, num quadro pouco claro. Por duas vezes desmaiou na escola. Ultimamente queixa-se de cólicas, constantes faltas de ar e uma mancha avermelhada, que aparece e desaparece em volta da boca. A mancha surgiu quando Daniel tinha 8 anos. Desde os 5 meses apresentava alergia de pele (brotoejas), estando sempre empipocado. Sempre foi considerado alérgico, sem que nunca se descobrisse qual era sua alergia e tendo passado recentemente pelos exames de praxe, estes se mostraram normais. A bronquite se manifestou com 1 ano de idade. Tinha períodos freqüentes de enurese noturna, com breves interrupções. Até os 5 anos tomava mingau, fato a que sua mãe relacionava a enurese. Ela declarou também na entrevista o quanto se considera indispensável ao filho: “É só viajar, sair de perto dele, que ele adoce”. Aponta a “nódoa” na boca do filho e diz que voltou havia uns 3 meses, como uma coceirinha. Apesar da presença do paciente, sua mãe fala por ele e termina dizendo que a dermatologista, apesar de não ter concluído o diagnóstico, levantou a possibilidade de dermatite.

Daniel se diz sensível, por ainda chorar muito e sentir-se inseguro para se relacionar com outras crianças. Apesar de, em geral ir bem nos estudos, sempre pede ajuda quando encontra dificuldades na escrita, para criar histórias ou se expressar. Sua mãe toma de novo a palavra para dizer que, “quando pequeno, ele não sabia perder e hoje, se alguma coisa falha, preocupa-se, vive engasgado”. Ela sempre se ocupou mais dele do que o pai. Daniel cobra todo o tempo uma excessiva correção da família, não gosta que o pai beba, acha errado e chama a atenção de todos, “como um adulto”. Muito tenso, só se diverte jogando bola e com o vídeo. No futebol é o melhor do time, ganhou troféu e medalhas. Leva tudo muito a sério. O irmão mais velho é jogador de futebol, e Daniel pretende seguir o caminho do irmão, tornar-se jogador profissional. “Preciso me aprumar”, diz o menino.

Segundo informa sua mãe, faz três anos que os pais adotaram uma menina, que já tem com 8 anos. Daniel, que tinha na época, 7 anos ficou entusiasmado, insistindo na adoção. Sua mãe diz sempre ter desejado uma menina, e quando constatou no ultra-som que o bebê (Daniel) era menino, teve um impacto. “Não foi rejeição, -depois tratei ele bem, não discriminei”, diz. “Tudo que faço para ela, faço para ele”.

Iniciado o tratamento, Daniel queixa-se: está “passado mal”. No desenho da família, os pais e os 2 filhos estão de mãos dadas. A irmã não aparece no desenho “porque não tem lugar para outra mãozinha” (irmã / mãe / mão: holófrase?). “Todos eram felizes, menos o menor”, porque este não tinha braço. Nos outros, era “tudo perfeito. O sem-braço não gostava de si próprio, tinha inveja dos perfeitos”. Ele disse que era “muito triste ter um colega sem braço”. “Sei de um caso que o jacaré comeu o braço”.

O sujeito fala de uma mordida — uma “mordida” no corpo, que tira pedaço. Para ele, a questão da castração não se simboliza. Indica estar suspenso ao tempo do olhar: do objeto-olhar prevalente entre o sujeito e o Outro materno, que não se desgarra: “Não posso sair de perto que ele adocece”, conforme disse a mãe.

Os papéis de pai e filho mostram-se invertidos: é o filho que corrige o pai, fazendo complemento à mãe. Daniel conta da festinha de uma colega que queria muito ir, mas só se fosse para dançar de “pai-constante” (par constante) com a colega. Através do atafalho aparece na análise sua posição de par constante com a mãe, colocado por ela, mas também ele próprio colocando-se no lugar do pai. Posição insustentável essa, que faz “passar mal”...

Num relato, os colegas faziam uma excursão a um campo de futebol de verdade. Pegaram autógrafos dos jogadores, adoraram, lancharam tudo, “mas de repente um deles começou a passar mal, faltar da escola, foi pro hospital, o médico precisou medicar. Teve que esperar um tempão para ficar bom”. (Daniel se conta na história que conta.) O analista intervém: - Então, ele só teve que esperar? Ou, estava buscando um outro lugar, e aceitando a intervenção desse “médico”... Daniel, surpreso, diz imaginar “que sua mãe confia no médico, que ele sabe o que faz..” É interessante como o acolhimento do terceiro termo, interpondo-se entre o sujeito e o Outro, traz alívio à Daniel. Diz gostar de vir à análise, mesmo quando pensa que não tem alguma coisa

especial a dizer. Esse menino, que de início quase não falava, esperando uma pergunta do analista para iniciar suas queixas, vai, no decorrer do tratamento tomando a palavra e se implicando nela, saindo, enfim do lugar de complemento da mãe.

As intervenções do analista demandavam dele algum dizer, por exemplo: - “O você pensa que acontece, que idéia faz disso?” Ou simplesmente, o analista não preenchia os silêncios. Suas histórias, que eram, de início, estereotipadas, foram ficando até bem imaginativas, (ao contrário do que disse a mãe), mesmo que num contexto bastante idealizado: “Uma natureza muito bonita, onde não tem nada poluindo”.

Pôde abordar sua “mania de perfeição” e a exigência de que “as pessoas sejam corretas”, com mais flexibilidade, na medida em que passa a interrogar o lugar de complemento materno. “-Imagine se eu fosse brigão, como seria se não aceitasse as coisas que a mãe decide?... Um caos”, ele responde. “Como pode a ordem familiar ser perturbada na família: toda reunida... de mãos dadas, um clima maravilhoso,... todos se gostando? Como pode ter **nódoa? Pois tem**”.

Colocava, sob transferência as questões que o atormentavam e passa a perceber as falhas na mãe e nos lapsos de discurso. Observou que na casa do vizinho os irmãos brigam muito, mas o pai acha ruim, briga. A moça ficou grávida do namorado, manchou o nome da família! Mas gosta de ir lá, não sabe porque, se sente atraído por essa família em que a mãe é diferente da sua. “Tem umas mães”, - me diz, “... do tipo... o defeito delas é que o marido fala e elas não querem ouvir, continuam fazendo”.

Conta que, na casa do primo “... tinha uma bananeira cheia de bananas, que acabaram caindo, e quem olhava via que ficou feio, faltando. Faltou, ficou sem... até brotar uma árvore caída”. Descobriu que “não é tudo igual, e as pessoas não se completam”. A “sujeira” se contrapõe à ordem e à correção que exige de si mesmo, sobretudo do pai.

Enquanto falava de suas percepções e seus sonhos, aparecem suas fantasias, em que também a “sujeira” fazia presença nos sintomas de caráter obsessivo e que o sujeito produz na análise. Os significantes extraídos de seu discurso testemunhavam seu modo de relação com o mundo. À medida que se apropriava de sua própria fala, ia deixando de ser aquele que compunha a ordem familiar tentando complementar a mãe.

A função paterna poderia ser recolocada, a partir dos “pecados do pai”, que começavam a ser relativizados e mais bem suportados. Passou a referir-se à sua “mancha, parecendo nódoa”. Os desmaios não mais se repetiram, e a volta à escola ocorreu com mais disposição e menos receios.

Daniel decidiu recomeçar a usar a pomada dermatológica prescrita pelo médico, sem deixar que a mãe passasse todos os dias, como ela tinha o hábito de fazer. Referiu-se com humor ao nome da pomada, *Protopic*, para dizer que, no uso da pomada, “sua mãe perdeu o lugar, perdeu o pique”. Afastou-se do gozo materno ao perceber a intrusão da mãe frente a seu corpo e consentiu nessa perda, que incidia sobre o gozo-mancha, talvez uma nódoa (uma coceirinha chata), não-destacada entre os dois, onde, provavelmente, a função paterna não havia incidido até então.

Daniel esteve em análise por oito meses. Produziu um movimento de separação com a mãe, tão necessário. No momento em que a mãe facilitava, melhor dizendo, consentia em sustentar um espaço de desejo entre ela e seu filho, a visita ao pai conseguia ser efetivada. Era aquele o tempo em que o pai saía de seu silêncio e vinha em sua ajuda, e o gozo podia ser interditado, dosado, modulado. Alegando que já estava bem, o paciente disse estar “bem em sua pele” e decidiu interromper, mesmo sem saber se um dia precisaria voltar. Essa expressão é digna de nota: longe de se referir à mancha, esse dizer remete a um sujeito *apropriado de seu próprio corpo*.

No momento, ia ter treinos de futebol à tarde, porque “... meu pai prometeu que, quando eu tiver 12 anos, vai me colocar para fazer um teste, acho que é o teste mais importante! Se eu passar...”. Daniel deseja fazer o teste de colocar o corpo em jogo, mas agora, de uma outra maneira.

2 O caso Gisela

Gisela tem quase 13 anos. Encaminhada pelo alergista/imunologista, foi à primeira entrevista com sua mãe. Relato de dermatite atópica desde bebê, que apareceu em torno de 1 ano e desde então vem sendo tratada no serviço de Dermatologia com corticóides e anti-histamínicos, além de cremes manipulados e pomadas. Nos últimos 4 anos, com o

nascimento do irmão, piorou muito; as melhoras não se sustentam, repetindo-se as crises uma após outra. Consulta a imunologista.

De 11 para 12 anos teve um eczema supostamente alérgico, com prurido intenso, que resultou em nefrite com hipertensão, num quadro grave. A mãe de G. chega a dizer, em sua presença, que “teve medo que ela morresse, de tão horrível que ela ficou”. Até permitiu-lhe ficar um tempo sem ir à escola.

Enquanto sua mãe descrevia o quadro, Gisela permanecia calada, encolhida na cadeira. De repente, pede à mãe que “não chore, como faz toda vez que fala nisso”. De fato, a mãe já estava chorando, e a menina, transtornada, coça-se sem parar.

A mãe fala da gestação: com várias ameaças de aborto “e muito medo de perdê-la”. Relata uma cena no banheiro “com todo aquele sangue vermelho em volta, teve medo que o bebê nascesse com algum problema, mas ela nasceu linda, e foi uma pena que até os três meses o marido passou viajando e não pôde ajudar nada”. Mudaram-se durante esse tempo para a casa de uma tia da mãe, que a tinha criado e que se dispôs a ajudá-la na falta do marido. Quando G. tinha 4 meses, sua mãe volta a trabalhar e a desmama de repente. Passa a deixá-la durante todo o dia com uma vizinha que se encarregou da alimentação, mas a mãe pensa que tal pessoa “não soube introduzir de acordo os alimentos, traumatizando a criança”. A partir de 1 ano, a criança passa o dia na creche.

Gisela é desenvolvida fisicamente, já entrando na adolescência. Mostra-se simpática. Mas chupa dois dedos até hoje. Diz que “o corpo todo coça, dos pés à cabeça”.

Imediatamente sua mãe a interrompe, dizendo “não suportar a idéia de que a filha esteja entrando na adolescência: por ser religiosa tem princípios rígidos e sua filha não liga para religião”.

Aponta para as áreas do corpo de Gisela que se mostram mais lesionadas: o rosto, sobretudo em torno dos olhos, o colo e as mãos. A garota se encolhe, e disse que o ventre também coça, “mas é uma coceirinha gostosinha”. Ficava envergonhada quando as colegas a chamavam de “perebenta”, e muitas vezes ligava da escola para os pais com “dor de barriga, de cabeça”, querendo voltar para casa.

Na entrevista com o pai, ele relatou que um dos filhos de seu irmão também era muito alérgico e tinha dermatite como sua filha. “O que ele tem em comum com Gisela é que ambos são muito ligados à mãe”.

Iniciado o tratamento, observo que G. nada mais fala sobre as lesões, mas de vez em quando quer me mostrar algumas partes do corpo afetadas, comentando o que está melhor, o que está pior. Durante algum tempo, apesar de ser prolixa na fala, Gisela só relata fatos do cotidiano, pulando de um assunto a outro. Se lhe interrompo para perguntar algo que diz respeito ao assunto que me conta, ou peço sua opinião, foge rapidamente da questão, dizendo “– Não sei, né nada não... esquece, então!” O analista se pergunta até que ponto esses relatos com os quais Gisela parece não querer se comprometer, embora cheios de palavras que ela esvazia e entrecorta, estariam em função de proteger o sujeito da invasão de sua intimidade, como para reforçar alguma barreira que antes tinha sido falha.

Seu olhar, “colado” ao analista, parecia querer captar tudo, como mímicas e movimentos corporais. É provável que o sujeito estivesse, em análise, repetindo na transferência algo do gozo apreendido no olhar materno, que tudo vê e tudo controla. Finalmente, Gisela consegue me dizer que não gosta que lhe perguntem as coisas, e só vai “me falar” quando quiser. O analista concorda.

Com o prosseguimento das sessões, faz uma única menção sobre a dermatite no dia em que volta do tratamento dermatológico com infravermelho (fototerapia) que fazia, e que ela chamou de “pulva”. Queixa-se de que o tratamento resseca seu cabelo e faz sua pele “queimar”.

Fala de seus anseios: que quando crescer quer ser pediatra. “- Gosto tanto de crianças que até olho meu irmão para ela, sendo que às vezes, até penso que sou a mãe dele; - é engraçado, me confundir com ela...” O analista diz que, de fato, uma coisa é brincar de ser a mamãe, fazendo as coisas que ela faz, copiando “de mentirinha”; outra coisa é a gente se confundir... (O “engraçado” logo vira “estranho”)

No tempo que se segue, alegando não ter o que dizer, Gisela cantarola repetidamente o trecho de uma música: “Sela” dança,... eu danço... “Sela” dança,... eu danço...”. E como

o analista se interessa, pergunta se conhece a canção. Frente ao desconhecimento o sujeito se põe em marcha e passa a cantar toda a letra. Parando no meio da estrofe que diz que diz preferir “Mas... ela... só pensa em beijar”. E ri, dizendo que “a mãe nem sonha que o colega pediu licença para beijá-la, e que tem com muita, muita vontade de beijar, ops!..de deixar”. Fica evidente a percepção do quanto sua adolescência (portanto sua sexualidade) ameaçava o Outro materno.

Num determinado ponto de seu trabalho analítico, Gisela traz a “certeza” de que sua mãe tentava afastá-la das pessoas de quem gostava, para “segurá-la para sempre” em sua companhia. Que uma briga que teve com a mãe, esta a puniu e a acusou de “mentirosa”, por causa de um passeio feito em surdina com as amigas no horário da escola. Queixa-se da mãe que fiscaliza seu armário e suas coisas, mas que não tem coragem de reclamar. Até dizer:- “Se eu me separo dela, não será mais minha amiga”. Quando esse assunto retorna à pauta, Gisela pôde dizer que pensava que se ficasse independente, iria sofrer retaliações. A garota começa a produzir sua própria fala, já expressando as fantasias.

Seus relatos mudaram de figura: falou das festas que gostaria de ir, dos amigos da escola com quem queria se encontrar, mas que, para ser permitido, aquilo requeria dela uma série de bons comportamentos de acordo com o que a mãe queria. A analista pergunta sobre o pai, qual o papel dele nessa história dela com a mãe: “Aliás, meu pai pergunta tudo pra mãe, é ela que decide, ele não resolve nada. Aí, ela me cerca de tudo, acho que não quer que eu cresça”.

Relata um sonho: “Sonhei que eram dois cachorrinhos que eu tinha que levar para passear, mas não dava, porque era **uma coleira para dois**. Tinha que encaixar nos dois, prendia os dois na mesma coleira. Aí arrumava uma confusão, porque enrolava nas minhas pernas, eu não conseguia andar. Acordei muito mal”. Os significantes foram se associando: cola-coleira--coça-coceira. (*Uma coceira para dois?*).

A partir da pintura, uma história: “Faz de conta que essa menina era Cachinhos de Ouro. Ela queria sair de casa, ir à casa dos ursos da floresta, mas tinha que esperar o pai chegar. Só que o pai não chegava nunca, de tanto que trabalhava. Aí a menina teve que

ir para fora esperar a entrada, não, a chegada do pai. Porque não agüentava mais ficar sozinha lá dentro”.

Gisela deixou um pouco os desenhos, disse gostar de “contar casos”, até os contava na escola, as colegas gostavam. Tem uma amiga no prédio de quem sua mãe não gosta muito porque namora um rapaz. A mãe a proibiu de andar a amiga, além de outras meninas com quem ficava conversando, cantando música de *funk*. Disse gostar muito de ser menina, me mostrou o batom, o perfume, o tratamento do cabelo que a “pulva” ressecou. (Naquele ínterim, pedi um contato com a dermatologista que havia indicado as aplicações, na tentativa de conhecer o tratamento).

G. começou a falar dos meninos, que até aquele momento só contaram como foram as provas, mas que gostava muito de dançar no clube e comprar roupa nova, sapato alto, blusa preta. Na sala havia um menino que ela achava que queria namorá-la, e ela gostava dele secretamente. A garota deu asas às fantasias, trazendo à análise suas questões sobre a sexualidade e a morte.

Após seis meses de análise, continuava tendo crises de coceira, que se alternavam com a remissão. Dois meses depois as coceiras se foram, mas não foi possível precisar do que dependiam para aparecer e desaparecer.

Num encontro com os pais, fui informada de que Gisela não estava indo à imunologista, mas havia recommçado, no serviço de dermatologia, as aplicações de “pulva”, que, anteriormente já haviam sido dadas como concluídas. Era o pai que a levava às aplicações. No momento em que o pai participava ativamente do tratamento, acompanhando a filha e comparecendo à entrevista com a mãe, é que se pôde observar o desaparecimento das coceiras.

Sua mãe atribuiu a melhora da pele ao retorno da “pulva”. Mas agora queixa-se que G. está “rebelde”, preferindo ficar com as colegas a tomar conta do irmão como antigamente e querendo decidir muita coisa sozinha. Pede a cumplicidade do analista para saber o que a filha anda pensando. O analista intervém chamando a mãe para escutar o que ela tinha a dizer. Chorando, a mãe de Gisela diz estar “perplexa com as meninas de hoje, desobedientes e muito diferentes da criação que havia recebido,

porque a mãe já não pode, hoje em dia, saber tudo sobre a filha”. Mas ao falar da filha, a mãe fala de si mesma. Lembra-se que, quando adolescente, foi enviada para morar com uma tia “muito religiosa que poderia tomar conta de uma moça”, e da rigidez com a qual teve que lidar, onde “... não podia ter acesso aos rapazes, e a certas amigas das quais a tia não aprovava”.

Escutei os pais sobre a questão do adolecer da filha, de como ambos se sentiam ameaçados por ela estar ficando moça, sobretudo a mãe, ao misturar sua própria história com a de sua filha.

Numa nova discussão de Gisela com a mãe, o pai fosse chamado a interceder e dessa vez apoiou a filha. Diante da insistência materna de ocupar o armário de G. com coisas velhas, “roupas de bebê”, o pai “a socorreu”. A mãe chorou, “virou um drama”, e escutou da filha: “Você não entende, já não sou sua menininha, você não quer que eu fique moça”. Repetições de relações familiares de “tudo ou nada”, que não permitem entrar em pauta a prevalência simbólica, em que uma presença transmite a ausência e vice-versa, alternadamente.

Localizar o gozo do Outro permite retirar o gozo do corpo e produzir um outro gozo, na fala, este permitido. São necessárias as palavras para articular o que estava fixado, sem movimento. Após mais ou menos um ano de trabalho, G. concluiu sua análise, ao dizer, com humor, que estava conseguindo que a mãe “saísse de cima dela”. Lamentou que o pai estivesse trabalhando fora e só voltasse nos fins de semana, mas já ela administrava com menos sofrimento as aproximações e as distâncias em relação à mãe.

A construção do caso junto à médica que havia encaminhado a adolescente à análise foi fundamental à condução do tratamento. O acompanhamento dos pais foi também muito importante, pois a mãe não estava suportando a distância necessária à autonomia da filha, mas pôde retificar sua posição, à medida que, através da análise de sua filha, foi tomando contato com as próprias angústias, antes espelhadas em G. A fala da mãe, finalmente, proporcionou uma nova perspectiva quando disse: “Não gostaria que G. passasse pelo que passei, justo quando ela está ficando moça”.

No caso G. é possível constatar como o sexual é uma das bordas do corpo que é colocado em pauta pelo fenômeno psicossomático. No momento em que concluiu sua análise, G. tinha a pele inteiramente reconstituída e estava bastante envolvida com suas questões de adolescente, que, até então, ela vinha encaminhando bem.

3 O caso Frederico

Frederico, 4 anos, já havia sido encaminhado pelo pediatra alguns meses antes, devido à queixa materna de que ele andava triste, chorava muito, dormia mal e não “soltava” a mãe. Mas só chegou ao analista quando os pais se assustaram, pois ele apresentava gânglios no pescoço e um tumor benigno de glândula salivar do tamanho de um grão de feijão, recentemente desenvolvido e imediatamente operado. Após a cirurgia, bem-sucedida, começou a apresentar tiques de estalar a língua e piscar os olhos incessantemente.

Filho único, F. nasceu num período em que seus pais trabalhavam muito e havia ficado até pouco tempo com a babá. Segundo a mãe, tratava-se de uma babá que foi se revelando medrosa e insegura, à medida que era muito exigida nos cuidados com a criança. Agitado desde pequeno, F. costumava berrar pela mãe e, quando ela vinha, mandava-a embora. Segundo ela disse, “me deu tanto trabalho que dei todas as roupas e brinquedos e jurei que nunca mais teria filhos”. A fala materna foi reveladora de uma forma tão ambivalente de amar, e não deixou de provocar efeitos em F. Este, por sua vez, segundo ela diz, “a cobria” de xingamentos dizendo que queria matá-la, alternando com jogos de sedução e carinhos, quase “subindo em cima dela”. Quando F. solicitava a presença do pai era sempre para comprar algum brinquedo, aliás, nunca recusado. “... o pai compra-lhe tudo de material para compensar a falta de disponibilidade e não suporta choro. Abraça-o bastante para que fique quieto, cede em tudo e não resolve a situação”.

Logo no início da análise, F. fez muitos desenhos e contou histórias: “Esta era uma máquina de robôs, que construía de dia e destruía de noite”. Apareceu também “um dinossauro surdo que fica mordendo o rabo, é um ‘pit-bosta’ que fica irritando a máquina até ela dar um ataque. Olha que doido: tá formando uma bola de fogo, bola que mata”. Uma “pit-bola”, “pit-bosta”.

No decorrer da análise F. vai desenvolvendo o tema das “bolas do mal”, “que vão andando” e onde passam, elas vão “chupando” o menino na cara, no cabelo. Seus tiques se acentuaram: “O menino tampou o olho, porque ele estava ‘com a corda (bola) no pescoço’, quase virando um monte de explosivos”. Mas aí aconteceu uma coisa que “cortou as bolas perto da boca, com uma sabedoria do feijão”. (O cisto extraído era chamado assim: do tamanho de um caroço de feijão).

A mãe de F. observou que o filho está especialmente irritante, e conta que em casa, o pai se surpreende ao perguntar ao filho o que ele queria ganhar de presente, obtendo do garoto outra pergunta: “Pai, me ajuda a arrumar as minhas roupas?”. E que, mesmo tendo escutado esse pedido de ajuda, o pai não tinha conseguido se disponibilizar e passou tarefa à mãe, como de hábito. Frederico brinca na sessão com o tigre que “não tem mãe, ela morreu, só ficou um robô com um monte de olhos”.

Numa sessão em que estava bastante angustiado e agitado, Frederico disse que queria fazer um livro de histórias, que seria da briga do elefante com o tigre. Eles “debatem”, me disse. “O elefante dá patada, o tigre, pula. Qual será o mais forte?” No segundo capítulo, me disse que, “como os dois só brigavam, tiveram que chamar alguém pra resolver o caso”.

Sem poder contar muito com a função paterna, Frederico fazia seu debate na análise, sob transferência: “Aí uma mão que apareceu e tocou uma música assim: ‘V. pensa que é um balão, mas é um boneco, um menino que não é uma estrela, é um meteoro’. Você sabe que caiu um meteoro na cidade, e depois disso todo mundo foi pra sua casa? Depois que ele passou, o menino foi cantar”.

F. permaneceu em análise por volta de 15 meses. Bem mais calmo, fazia seus deveres e brincava sem solicitar a mãe como antes. Não mais a “cobria” de beijos ou de xingamentos. Nenhum outro episódio preocupante ocorreu em sua saúde, e seus tiques foram se tornando pouco a pouco mais brandos.

Ao voltar das férias na casa do padrinho, de quem muito gostava, os tiques tinham desaparecido completamente. Poderíamos nos perguntar até que ponto o aparecimento do “caroço de feijão, essa bola de fogo, essa pit-bola”, teria relação com o

“embolamento” do sujeito com a mãe? Naturalmente de modo inconsciente, com as manifestações de sofrimento que a criança apresentava e que, constituindo motivo de queixas da mãe, não eram consideradas como um pedido de socorro da criança, até que a evidência do “caroço” deixou os pais em pânico, mobilizando-os.

O acompanhamento dos pais permitiu-lhes também uma reflexão sobre isso. Em face das suas elaborações em análise, as tentativas de aproximação com o pai e o contato efetivo com o padrinho, F. já não mais precisava de se manifestar somaticamente. Já haveria espaço para o sujeito “debater”, ou seja, passar à palavra, do corpo à palavra. Enfim, dialetizar a função paterna, pela via da palavra, no simbólico.

4 O caso João Paulo⁵³

João Paulo, 5 anos, foi encaminhado pelo pediatra para uma avaliação psíquica, após ter sofrido vários e intensos episódios de pneumonia e estado hospitalizado durante um mês. A criança voltou a apresentar os gânglios enfiados e baixa resistência, caroços pelo corpo, embora os exames clínico-laboratoriais não tivessem justificado as causas de seus constantes e graves adoecimentos. Alimentava-se bem, era esperto, sofria de faltas de ar e perdia o fôlego facilmente. Sibilava ao respirar, mas esse fato não caracterizava propriamente uma asma.

Foi trazido pela avó paterna, pois mora com ela e o avô doente desde os 2 anos. Fruto de um breve namoro, que terminou durante o período de gravidez, JP nasceu na casa da avó materna. Sem condições de continuar criando o filho, a mãe o entregou aos avós paternos, já que o pai do menino havia se mudado para outra cidade.

“É o braço direito do avô”, disse sua avó. “Faz tudo que a gente manda, é bonzinho, não amola, não reclama, só é doentinho”. Queixou-se de que o neto ia mal nos estudos, mas que em casa não havia ninguém para “olhá-lo”, nem para se ocupar de seus estudos e, como a mãe de JP estava voltando a morar em Belo Horizonte, talvez “o entregasse”. Mas se o fizesse, diria à mãe: “Se quiser, ela pode levá-lo, desde que não o traga de volta”.

⁵³ FONTES, M. J.; MYSSIOR, S. G. Trabalho apresentado na *XI Jornada do Aleph - Escola de Psicanálise*, out. 2005.

Essa fala da avó diante da criança, sem constrangimento, foi repetida muitas vezes e remete a criança a um lugar absurdo e impossível, ou seja, a um lugar de não-desejada. Entretanto, desde sua primeira sessão, JP estava decidido a se fazer escutar. Sua respiração era forte e barulhenta, ele sibilava ao dizer que “precisa de um papel... urgente!”. Desenhou “um avião que traz o pai, mas que está parado no aeroporto”.

Em seu desenho da família, o personagem que se destacou era seu cachorro: “Está me olhando, e o olho dele brilha. Agora tem que fazer meu pai, mas ele não gosta do meu cachorro”. A mãe não consta no desenho.

JP contou muitas histórias, parecia ávido, falava aos atropelos. Uma das histórias era sobre “um robozinho que anda pela casa limpando com o aspirador de pó dele e, quando alguém não pode pegar alguma coisa, ele levanta o braço e pega, mas só que ele não sabe o que é. Um dia, o moço deixou cair uma jóia, e o robozinho encontrou, consertou toda e ficou brilhante. O moço era um pai, que queria que o robô fosse com ele pra fazer o que ele não consegue”.

Desenhou e contou: “Uma casa diferente, com a porta aberta, a janela também, e o teto solar. Tem muito vento, precisa fechar a porta. A visita vem pro meu aniversário, e pode ficar só um pouquinho, depois vai embora. A garagem, se não tiver controle, fecha e abre sem parar”. Mais algumas falas: “O pintinho era filho do galo, queria ficar pertinho dele assim”; “uma casa de janela toda colorida, uma nave, mas só está aí o cachorro, todo mundo saiu, foi comprar comida: quando alguém sai, é pra comprar comida”.

O analista, escutando algo da ordem da necessidade atravessando o desejo, fez cara de espanto e perguntou ao menino se não se poderia sair para fazer alguma outra coisa, passear, brincar. Resposta: “Lá em casa? Não sei”.

E a história do polvo: “Tinha um polvo, queria engolir as pessoas, pelo rabo de espinho. Mas as crianças conseguiram respirar. Tinham que ir lá em baixo, procurar um tesouro. Tinha que ter um tesouro! O menino montou no golfinho, mas ele tava cansado; aí foi na baleia, tava cansada também; aí foi no barco, mas o caranguejo furou o barco. O menino saiu correndo, sem fôlego, até encontrar um cavalo-marinho pra levar até o

tesouro. Achou, era todo brilhante! O polvo apareceu, mas o cavalo-marinho trancou ele. Sabe como? Deu uma rabada, botou a chave e trancou”.

Alguns fragmentos de suas produções nos fizeram escutar o quanto estava difícil a posição dessa criança em sua família e como sujeito, que fazia apelo à presença da lei, do pai. A viagem em direção ao desejo-tesouro-congelado prosseguiu. O elemento paterno insistiu em todo o percurso, “para ajudar o menino” a se desvencilhar de sua condição de “polvoado” pelo gozo.

Como o corpo da criança é o lugar da inscrição da palavra do Outro, ela depende da função materna, de que esse Outro a coloque como objeto, fato que, para esse sujeito se constituía numa questão complexa. É através do olhar do Outro que a criança se olha (como é olhada) e, a partir daí, perceberá o seu valor dependendo de como ela se vê no olhar materno. Também para que as palavras sejam subjetivadas e não coladas à superfície corporal a função paterna precisa estar operante.

Seria a falta de um desejo particularizado, essa indiferença dirigida a JP? “Não há quem o olhe”. Esse dizer constituiria um fator determinante para a manifestação de ordem psicossomática?

No que se refere à psicossomática, Lacan denota que, num tempo bem precoce da constituição, teria ocorrido um grave impasse, em que “uma necessidade atravessa a função do desejo” e provoca um modo de resposta do sujeito ao Outro, cujo efeito é o de um assujeitamento do corpo, ao invés de uma subjetivação. Assim, a insistência da demanda do Outro materno, sem o substrato do desejo particularizado, pode induzir uma lesão psicossomática, pois a criança não compreende o que se quer dela (era para ele pegar alguma coisa, mas ele não sabia o quê).

Quando que vem do Outro, o sentido é fechado, não-dialético. O corpo da criança permanece fixado num gozo específico, causando um dano imaginário à estrutura. O desejo “congelado” pela fixação do sentido de uma palavra do Outro (o braço do avô) representa ao mesmo tempo o gozo do sujeito e o gozo do Outro (o polvo), ao qual o sujeito está identificado e torna inoperante o acesso ao simbólico.

Para essa criança, que porta a marca traumática de não ser vista pelo olhar desejante do Outro, seu corpo não adquire valor (não há o brilho no olhar do Outro). Escondendo a angústia de não se ver olhado, está condenado a ser parte do corpo do Outro, como um adendo. Ser o “braço direito do avô” vai fixá-lo num gozo específico, gozo do Outro, tal como Lacan formalizou, por ter podido ler em Freud um “mais-além-do-prazer”(ver Freud, v. 18 (1920) 1976) presente nas neuroses atuais e nas neuroses traumáticas. A pneumonia de repetição, os caroços, a falta de ar seriam tentativas repetidas, mas até então malogradas, de escrever o gozo?

Na análise de algumas crianças é possível constatar que as palavras avançam ao lado do corpo, interrogando o campo do Outro até que algo entre os dois funcione, e o sujeito possa ir se separando do gozo do corpo. Através da palavra, do desenho, do sonho, a criança pode pensar o corpo próprio. No caso de JP, que faz ruídos para se fazer escutar, a escuta do analista é a oferta para uma possível passagem do corpo à palavra. Trata-se de fazer o corpo se expressar em palavras, modulando algo do gozo na questão do desejo.

De todo modo, durante o breve tempo em que lhe foi permitido permanecer no trabalho da análise, JP conseguiu se expressar surpreendentemente, sobretudo através de histórias e desenhos, trazendo elementos que lhe permitiram ao menos começar a elaborar sua difícil situação. Até que ponto, exatamente, não é possível saber, mas supor o sujeito permite articular um diálogo para trabalhar em conjunto com a Pediatria. Também aqui, a possibilidade da construção do caso junto com o médico foi importante para a condução do tratamento.

5 O caso Régis⁵⁴

Régis iniciou sua análise aos 3 anos. Foi encaminhado à análise pelo pediatra, por se considerar que nesse caso a Medicina encontrou um limite. Os pais se referiram a Régis como “aquele que não dá sossego”: vinha tendo recorrentes crises respiratórias, bronquite, falta de ar, sucessivas internações hospitalares, com prescrição constante de corticóides, inclusive intravenoso. Perdia o fôlego com facilidade. Em sua curta vida escolar, os pais foram chamados à escola diversas vezes, e as professoras o descreviam

⁵⁴ Caso apresentado na Sessão Clínica do Aleph - Escola de Psicanálise, ago. 2006 (GUERRA, 2006).

como a criança “mais laboriosa” que a escola já teve, causando grande mal-estar por sua intensa agressividade, sobretudo por bater nos colegas.

A palavra que os pais usaram para nomear o filho causa estranheza: “laborioso” vem do substantivo “labor”; é um adjetivo é polivalente, que caracteriza tanto quem é devotado ao trabalho quanto algo que requer muito esforço, é penoso, duro, árduo. Porém, eles a usaram com a conotação de “trabalhoso”, ou seja, “aquele que dá trabalho”. “àquele que trabalha”, E isso não passa despercebido ao ouvido do analista.

Nesse caso, então, o que faria uma criança colocar tantos adultos a trabalho? Como a Psicanálise poderia responder a esse sofrimento psíquico, que transborda pelo corpo? Essas perguntas atestam que a criança coloca também o psicanalista a trabalho.

Em *Duas notas sobre a criança*, Lacan ([1969] 2003) diz que o sintoma da criança depende da subjetividade dos pais ou de um deles. Na experiência analítica a criança poderá construir um saber sobre o lugar que vem ocupando na subjetividade dos pais, possibilitando que se descole tanto quanto possível de um lugar de sofrimento, para encontrar novos lugares.

R. é o primeiro filho do casal, de uma gravidez idealizada como “perfeita”, tendo como expectativa um ideal pelo parto natural de cócoras. Entretanto complicações inesperadas fizeram com que o parto culminasse numa cesárea. “Uma decepção”, disseram os pais.

No período da amamentação, a mãe relata uma “ligação visceral” com seu filho, ponto em que mãe e bebê poderiam ter se enlaçado num excesso de gozo, sem barra. O desmame se deu com 1 ano e 7 meses, interrompido devido à outra gravidez da mãe. O pai, dizendo-se muito cuidadoso e solícito com o filho, relatou que “o casal faz tudo junto com as crianças: tomam banho, dormem juntos, andam nus pela casa, já que se rebelam contra uma perspectiva “careta” de educação.

Com o nascimento da irmã, os sintomas de Regis se exacerbaram: ele alternava entre medo e apego à mãe e rejeições ao pai. Os adoecimentos eram muitos e pediam internações freqüentes. O menino mostrava forte incômodo todas as vezes que via a mãe amamentar a irmã.

A escuta analítica tornou possível mobilizar a criança para um outro “labor”. De início Régis se mostrou muito silencioso, apesar de ter um rico vocabulário. Desenhava, fazia massinha, onde não admitia nenhum burquinho. Nas viagens dos personagens, ninguém podia faltar, só a analista pode faltar. A falta, o buraco, enfim o espaço, está por enquanto, só do lado do analista, sendo que Régis não suportava nenhum intervalo. Disse à analista que “na sua família estão todos juntos, fazendo tudo junto”.

Um séqüito de gente acompanhava essa criança à sessão. O analista interveio: no encontro com os pais questionou a não-diferenciação no ambiente familiar, que inclusive trata as diferenças sexuais como se não existissem. Régis se põe a falar da escola e da casa “como tudo fechado, sem um burquinho, está sem ar”. Conta que uma colega sua “é perigosa, bate mesmo, cuidado com ela”. Mas, de fato, é Régis que tem sido contido pela professora quando ele bate. Nas sessões de análise, quer sempre levar seus trabalhos para casa para “misturar com os outros”. O analista não permite, reiterando que “cada um em seu lugar”, do que o menino discorda e ameaçando ir embora, quando não consegue o que quer. O analista não se deixa intimidar e confirma, a cada vez, que o espera na próxima sessão. A criança vem, aliviada com a possibilidade de “cada um em seu lugar” — espaços, separações, novos lugares, mais “ventilados”, mais “separados” vão sendo evocados e mais suportados pela criança.

Com o prosseguimento da análise, os sintomas físicos desaparecem, dando lugar a uma melhora radical nos relacionamentos tanto em casa quanto na escola. Mas o efeito da melhora é que tanto a família quanto Régis comunicam que querem interromper a análise. A analista não está convicta de que seria esse o momento, por supor que a criança precisaria trabalhar um pouco mais para que sua nova posição pudesse ser verificada. Mas seus pais insistem, acham que o filho já está muito bem e encerram suas idas à análise. Pode-se considerar que, neste caso, a análise, que teve a duração de pouco mais de um ano, permitiu um percurso não muito longo, mas um tanto “laborioso” para o paciente.

6 O caso Gilberto⁵⁵

Gilberto, 7 anos, apresentava uma dermatite atópica grave: com intenso prurido e escoriações no rosto, nos braços e nas pernas que o levavam à incessante necessidade de coçar-se e que vinha causando transtornos à sua vida pessoal e social. Sofria de asma e manifestações clínicas graves desde os 6 meses de idade. Estava em acompanhamento clínico com o pneumologista, o dermatologista e o alergo-imunologista há 3 anos. Vinha obtendo certa melhora com os tratamentos médicos, porém fazendo crises freqüentes, cujos sintomas iam ficando cada vez mais graves: agitação, ansiedade, insegurança, a ponto de comprometer seu aprendizado escolar (apesar de ser muito inteligente e aprender rápido). Diante dessa evolução clínica claudicante associada a evidentes alterações emocionais, o paciente foi encaminhado à psicanalista para avaliação e tratamento.

Filho de mãe solteira que trabalha e mora em uma casa de família, G. sabe da história de seu pai: apesar de nunca ter morado na companhia do pai nem se lembrar de tê-lo encontrado, evocava a presença dele. A mãe contou-lhe que o pai se mudara de cidade para trabalhar, mas quando G. nasceu foi conhecê-lo e o registrou em seu nome. Quando o pai falhou na pensão, e depois de muitas tentativas de entendimento, a mãe recorreu à justiça, o que ela supunha ter causado um profundo mal-estar. Todas as vezes que a mãe tentava facilitar o encontro do filho com o pai nas férias, encontrava barreiras: tanto do lado de G., que não se conformava por “ter sido abandonado”, quanto do lado do pai, que não se dispunha a ficar com ele por uns dias e tentava sempre transferir para a avó paterna o acolhimento à criança.

Amamentado até 1 ano e 2 meses, mãe e filho encontravam-se ainda muito ligados, a ponto de dormirem juntos. G. manifestava-se contrário ao namoro da mãe, competindo com o rapaz e, aprontando, mandou-o embora, tentando provocar o término do namoro. Infelizmente conseguiu, pois houve um momento em que a mãe fez vacilar o namoro, e “escolheu” o filho.

⁵⁵ MARQUES, M. C. Caso apresentado no *XXIII Colóquio de Alergo-Imunologia*, em Angra dos Reis, mar. 2007.

Rechacado na escola pelos colegas por causa de suas “feridas”, G. sentia-se sem lugar longe da mãe, tornando-se agressivo e desobediente. Com “os nervos à flor da pele”, a mãe de G. relata que ele chora à toa e “coça tanto quando chora que chega a arrancar a sobrancelha”.

Alegando não ter paciência por precisar cumprir suas obrigações na mesma casa onde morava com o filho e trabalhava, a mãe ou batia nele, ou fazia tudo que ele queria para ter sossego. A situação encontrava-se insustentável para a mãe e o filho.

Com os atendimentos iniciados, quer dizer, com entrada da criança em análise e o acompanhamento da mãe, o sofrimento dessa criança se fez ouvir: “Por que meu pai não quer me ver? Por que não gosta de mim? Foi embora por minha causa?”.

Seu brincar se inicia pela cena de: “um caminhão que tem que ir a outra cidade buscar trabalho, pois aqui não tem”. Dominar a ausência pelo brincar é a melhor perspectiva para mudar de lugar, para deixar de ser o objeto submetido ao Outro. Até então, a forma de expressar sua angústia ante o impasse edípico só havia encontrado a via do corpo. Essa criança, que aos 7 anos ainda dormia na cama da mãe, tinha verdadeiras crises de birra quando algo se interpunha entre os dois. Denotava a função paterna carente e intensa ligação com sua mãe.

A pele é associada metaforicamente com a superfície-limite do corpo, entre o dentro e o fora. Envelope narcísico por excelência, sinal da diferença, que desenha as fronteiras entre o sujeito e o Outro materno. As manifestações na pele, quando apresentem afecção dermatológica efetiva ou algo além disso, como anseio de limites, são freqüentemente associadas às patologias do narcisismo. Sem recusar a hipótese de causalidade narcísica, as pesquisas têm nos levado também à questão da sexualidade. A escuta de alguns autores é que a sexualidade pode ser facilmente abandonada em nome da doença.

O tratamento analítico prossegue e, com a chegada das férias, após encontro da mãe com a analista, levantou-se a possibilidade de que G. fosse passar uns dias com o pai, propiciando que a mãe se decidisse a viajar sozinha. De início, ele recusou, dizendo “de jeito nenhum, não vou sem ela”. Mas, com a chegada de um parente, a quem o pai encarregou de buscá-lo, logo se decidiu.

O efeito da estadia na casa do pai propiciou a reinserção da função paterna na vida de G., o que logo resultou em nítida redução de ansiedade, com melhora clínica evidente. Esse foi o resultado preliminar dessa intervenção da mãe no “resgate” ao pai, que passa a ser admitido enquanto função paterna.

As elaborações que a criança foi fazendo na análise (que teve a duração de 12 meses) depois desse acontecimento fazem vacilar sua “certeza” de que “nunca iria deixar sua mãe, nem casar, nem nada”, até conseguir assegurar um espaço que está permitindo a G. reconhecer o desejo da mãe para além do filho. Ao abordar seus desejos incestuosos pela mãe, a forma de sua sexualidade vem à tona, permitindo a intervenção da analista para que um outro laço amoroso possa ser sustentado e reforçar os processos do tratamento.

Sua viagem sem a mãe, categoricamente recusada de início e mais tarde desejada para ir ao encontro do pai, propiciou a aproximação com a lei da interdição. A identificação efetiva com o lugar fálico do masculino assegurou-lhe a passagem necessária. Deixou de tentar *ser-o-falo* da mãe e buscou um novo lugar: o de poder *ter* o falo, e assim vir a desejar uma mulher no futuro. G. começou a revelar suas aspirações nos desenhos que fazia, construções de seu lugar no mundo. “Vou trabalhar muito, construir uma casa, viajar, aprender”.

Freqüentemente G. tem solicitado passar suas férias com o pai, que não somente o tem acolhido, como também reconhecido, com orgulho, a inteligência e a perspicácia do filho. A função paterna é aquela que permite a cada um se orientar no simbólico e no social. Função de autoridade é a que interdita o incesto, escreve as bordas, o limite.

Em sua última sessão, encenou um jogo de boliche durante o qual observou que era preciso “ficar atrás da linha demarcada e não jogar o corpo, senão machuca”. G. revelava-se corajoso e prudente ao mesmo tempo, e começava a dominar seus impulsos.

As crises de asma não têm tido lugar, as coceiras cessaram, o que sugere que, para além do biológico, existe um espaço não-ocupado pela Medicina das evidências, lugar onde é possível operar com a subjetividade do paciente, onde é possível “des-amordaçar” a

dimensão inconsciente de uma mensagem e colher, muitas vezes, resultados surpreendentes.

7 O caso Thaís

Thaís tinha 9 anos e fora encaminhada à análise pela primeira vez aos 7 anos, pelo médico consultado por sua dupla especialidade: pediatra e homeopata.

Sua mãe disse buscar por uma alternativa além da Medicina. Partiu-se da queixa escolar de que a filha não conseguia acompanhar a turma na leitura e na escrita, somada aos episódios de dermatite atópica e rinite alérgica. Tinha dificuldades na escola porque omitia as vogais, aglutinava letras, era muito lenta, dispersa e desinteressada.

Somente naquela ocasião os pais aceitaram o tratamento analítico, pois a situação ia piorando. Em casa, exigia atenção, era muito dependente e “agarrada” com a mãe, ficava todo o tempo querendo abraçá-la. “É pegajosa”, disse a mãe. Quanto ao pai, tem dificuldade de se comprometer com os filhos (A menina tem um irmão 3 anos mais novo que ela), alegando “estar sempre ocupado, agarrado no trabalho, que se ocupar das crianças cabe à mãe; ele cuida de seu trabalho e dos negócios de seu pai”.

Por sentir-se *sozinha* na educação dos filhos, a mãe compartilhava os cuidados e os problemas com a própria mãe e dizia-se também “agarrada” à família. A avó de Thaís tem uma forte ascendência sobre as decisões do casal, e as férias e feriados eram habitualmente passadas junto aos avós maternos. A mãe relacionava o jeito do marido com o pai dela mesma, que nunca se interessou pelos filhos, era só o provedor. Disse que estava muito preocupada com a vida escolar da filha, desinteressada pelas palavras, apesar de ter um bom desempenho em Matemática. (O significante “agarrado” retorna insistentemente na fala da mãe e da paciente).

Thaís apresentava dermatite atópica desde pequena, e seu irmão mais novo também. Sua mãe teve quando criança, bem como asma. Sempre muito alérgica, fazia constantes somatizações, como dores de cabeça e de ouvido, que ocorriam geralmente na escola, ou quando se via diante de alguma dificuldade. Quando chegavam de carro à escola, fingia dormir. A avó reparou que o cabelo de Thaís estava caindo, fato que sua mãe

atribuía ao emocional, porque a menina era muito sensível. Consultou um neuropediatra, e nada se constatou de neurológico nas manifestações que ela apresentava, por isso foi reenviada à análise.

Ela se apresentou como muito “preguiçosinha”, que “da escola só gosta das colegas, das brincadeiras, de dar risada. Se pudesse, só dormia na cama da mãe”. Fica “procurando colo da mãe e do pai”, mas acha “que o pai gosta mesmo é do irmão, acha os desenhos dela muito fraquinhos. Nela acha graça e ri de tudo... depois, chama a mamãe pra resolver”.

No desenho, avisa que sua família é muito grande, tem muitos primos, mas vai fazer “só eu, mamãe, papai, o irmão. Não, só eu, papai, mamãe. Não, **só eu e mamãe**”. Recorta e cola de forma compulsiva tudo o que desenha.

No decorrer de sua análise, começa a escrever um livrinho de história, que alterna com desenhos muito coloridos e expressivos. Começa com um personagem, caçador, que se chama “Olhado / Olhudo”, que tem um olho gigante que olha tudo, mesmo o que não está perto dele”. “Tem uma menina que gostava dos animais” (quer ser veterinária quando crescer!), mas tinha que arranjar um binóculo: “um olhado emprestado para enxergar mais de perto, senão não via nada. O caçador era o dono do binóculo e não podia emprestar, porque o pai dele, avô da menina, estava velho. O caçador tinha que olhar as coisas do pai dele. Ao mesmo tempo, gostaria de passar por invisível na escola: a menina dessa história não está querendo estudar e prefere então que ninguém a veja, porque a avó dela é professora.”

Em casa Thaís tornava-se reivindicativa e mais que visível solicitava atenção, sobretudo da mãe, que estava se sentindo muito irritada com a filha. Queixava-se de que a filha não dava conta das próprias coisas, não criava hábitos de higiene e cuidados, que tinha de ser sempre lembrada de escovar os dentes, pentear o cabelo, se calçar.

O que expressa o sujeito em seus ditos? Pode-se escutar seu “apelo” ao pai-caçador, que não a vê nem escuta o seu chamado, “grudado”, que está a seu próprio pai. Muito entregue aos cuidados maternos, a menina desejaria ser “olhada” de outra maneira?

Nas sessões, recortava tudo que via pela frente: separava corações, colava de novo, voltava a separar. Tentativas de simbolizar a distância necessária entre ela e sua mãe, colocando algo entre o que ela vê e o Outro que *a olha*. T. relatou sua ida ao oculista: a mãe a levou para “enxergar melhor”, pois não estava enxergando bem. Justamente o que a sustentação da função paterna faria se possível fosse promovê-la.

Mesmo com a “distração” do pai, que se mantinha na maior parte do tempo à margem da atenção à filha, o trabalho em análise permitia que T. e sua mãe fossem efetivando um intervalo entre as duas. Estava produzindo uma revista, com as “entrevistas” que fazia, de forma fictícia, com uma moça e um rapaz que se conheceram, namoravam, e pensavam realizar vários projetos em comum. Inventou uma ficha de identificação de cada um, com dados pessoais, o que permitia a si mesma, através da ficção, situar-se como sujeito, buscando construir seu próprio lugar na família. Na história, “este casal se casa, tem uma filha e, embora o pai quisesse muito um filho, aceitou a mulher. Os pais do casal moram em outra cidade e só se encontram no Natal. Vão comprar um sítio deles mesmos para os filhos brincarem nos fins de semana”. Essa análise ainda estava em andamento quando esta dissertação foi redigida, e as construções avançam um pouco mais a cada sessão.

Surpreendentemente, sua mãe comunica que iniciou um novo trabalho que havia muito pretendia, e isso exigiu do pai que se revezasse com um motorista para acompanhar a filha à análise. Por sua vez, a paciente tinha começado a assumir suas próprias opiniões e se autorizado a expressá-las em casa e na escola, diferentemente do que fazia habitualmente, que era falar com voz de bebê, rir à toa por tudo, demandando à mãe que falasse por ela. Seu último relato, em análise: “ Sabe que na escola vai ter festa da família para comemorar o Dia dos Pais? Mas meus pais não poderão ir, porque meu pai vai viajar com minha mãe, e estarão fora também no Dia das crianças. É demais, ficar sem pais nesses dias... mas pedi ao pai da minha colega para eu ir com eles, assim, vou substituir, quer dizer, um pouquinho... Já avisei para a diretora da escola que não precisa se preocupar, que dei um jeito.”

A dermatite não mais se manifestou nos seis últimos meses, e as crises alérgicas amenizaram bastante. Atualmente Thaís vai à natação, que diz ter escolhido no lugar do

balé. Está, de fato, passando a se responsabilizar mais pelas suas tarefas escolares.

8 O caso Renato

Renato, 7 anos, foi encaminhado pelo alergista/imunologista, porque não estava respondendo satisfatoriamente à terapêutica médica. As melhoras eram mínimas com os vários tratamentos e pomadas dermatológicas. Apresentava alergia cutânea (urticárias), rinite e sinusite de repetição, mas o quadro prevalente era a dermatite atópica. Algumas áreas do corpo apresentavam-se bastante lesionadas, sobretudo o antebraço, em torno dos joelhos, nas orelhas, em volta dos olhos, lesões intensificadas pelo efeito das coceiras. O cotovelo apresentava descamações e forte vermelhidão. Foi sua avó quem procurou o pediatra, preocupada com a tristeza do neto. Esse o encaminhou à analista.

A primeira entrevista foi feita com ele e sua mãe. Ficou evidente o mal-estar que ela manifesta em relação ao “mau-comportamento” de Renato. Era bem-desenvolvido fisicamente, agitado, articulava mal as palavras e parece desconfortável diante do que a mãe fala dele. O pai, de quem era próximo, separou-se da mãe quando Renato tinha 3 anos e, até pouco tempo, o menino perguntava insistentemente à sua mãe por que o pai o abandonara. Na falta de resposta, culpa a si próprio pelo abandono, repetindo “Eu sou uma praga mesmo”. Por outro lado, diz ser muito próximo da avó, que o escuta e o ajuda quando as coisas andam mal.

A mãe de Renato se casara recentemente, e ele *ganhou* um padrasto, a quem estima e passou a chamar de pai, além de um novo irmão. Quando este nasceu, perguntou “por que não se dá esse bebê pros outros?”, mas atualmente tratava-o com carinho, até cuidava dele. Dizia à mãe e à avó ter ciúmes, já que o irmão “tem o mesmo sangue do padrasto, e ele não”. Ainda demonstrava raiva quando se tocava no assunto do pai biológico. Na sua história pregressa, o que chama a atenção é que demorou muito a falar, e o fez por volta dos 3 anos, pouco antes de o pai deixar a família.

A avó materna morava com a família, e partiu dela o empenho para que se iniciassem os atendimentos psicanalíticos: achava que os pais estavam sendo muito rudes com R. sem paciência, gritavam muito com ele, às vezes batiam, sem conseguir ajudá-lo. O menino vinha se comportado na escola de forma agressiva, o que o deixou sob ameaça de

expulsão. Interrogado pela analista sobre o que pensa sobre essas coisas que a mãe estava dizendo, ele disse estar muito incomodado com as coceiras, e que seus colegas tinham medo dele, tinham nojo e o chamavam de “cascudo”.

Os atendimentos à criança iniciaram-se, incluindo entrevistas com os pais (mãe e padrasto) e a avó.

Freud (1976)⁵⁶ mostrou a importância da superfície do corpo, das sensações, das experiências e das trocas táteis para constituição do psiquismo e a construção do eu. As doenças cutâneas fazem apelo ao olhar e podem provocar mais do que outras doenças somáticas, uma profunda ferida narcísica.

R. permaneceu durante 12 meses em tratamento psicanalítico, ao qual aderiu com muita disposição. No início da análise teve duas crises bem fortes e, quando mostrou o braço à analista, disse que “está em carne viva, até saindo sangue”.

A analista tentava encontrar mãe com certa frequência, pois ela já havia manifestado sua ambivalência quanto ao filho, expressa nesse período como uma visível rejeição, por isso ela perdia a paciência e lhe batia. Mas a maior parte das vezes a mãe envia a avó em seu lugar, alegando cuidados com o bebê.

Estaria o mal-estar materno retornando ao corpo da criança, ao confrontar-se com o que faz intrusão através da hiper-sensibilidade cutânea?

Eis alguns fragmentos de falas desse paciente: “Tinha um homem que foi procurar alguma coisa lá nos Estados Unidos, mas não sabia direito o que era, só sabia que onde ele tava, não dava”. “Pegou o caminhão dele de construtor e foi, mas teve que parar, não sabia o caminho, pra que lado era”. “Quando o homem apontou o caminho, ele foi, mas teve que voltar pra trás. Já não sabia mais, e aí, **queriam tirar a pele dele**, como nos bichos, para fazer roupa”. “Parecia que o homem queria isso, mas aí levaram para a cura e não podia mais **tirar o couro**. O homem lutou com ele, e o que morreu ressuscitou,

⁵⁶ Freud (1923): “O eu é finalmente derivado das sensações corporais, principalmente daquelas que têm sua fonte na superfície do corpo. A pele pode ser considerada como uma projeção mental da superfície do corpo e também do aparelho psíquico”.

então ganhou, ganhou um pai. Um não podia tirar a pele do outro, não é? E terminou legal”. O sujeito revela o quanto de angústia lhe causava a relação com sua mãe, quando ela lhe batia; na maior parte das vezes por estar irritada com ele. Aos poucos, vai deixando de tentar ser um prolongamento de sua mãe e se separa das questões que “tomava” dela. “A cura não é o couro”, disse. Suas crises de dermatite e de rinite foram se espaçando; a pele se recuperou. A medicação dermatológica passou a apresentar efeitos rápidos, surpreendendo o médico em suas respostas, e no momento da conclusão da análise R. apresentava a pele inteiramente lisa e rosada, sem nenhuma lesão. É preciso dizer que seu comportamento passou por muitas modificações, tanto na escola quanto socialmente, sua linguagem se organizou de forma mais clara e articulada do que antes. R. se reconheceu “mais forte” para prosseguir seu caminho.

O que essa criança construiu em análise?

De início, muito sozinho e desamparado, encontrava-se “perdido, não sabendo que caminho tomar”. Sem conseguir aceder ao simbólico da separação com o Outro, a função paterna era chamada o tempo todo: brigava na escola, provocava reações dos que encarnavam a autoridade, parecendo buscar o exercício da função do pai, que promove o recalque. Pois o recalque,⁵⁷ enquanto não se realiza em certos pontos, poderia ser a causa de uma ancoragem no imaginário, ou seja, no corpo da criança. O menino, em seu percurso edípico, estava às voltas com a passagem de *ser-o-falo* para *ter-o-falo*⁵⁸. O suporte paterno, identificação ao pai, possibilitou a passagem necessária à sua escolha pela identificação com o masculino e com as interdições ao corpo materno, que já se encontravam na estrutura, carecendo de ser confirmadas. Se essas operações de constituição do sujeito careciam de suporte simbólico, lesões poderiam aparecer no real do corpo. A função paterna aparece em seus relatos como aquele pai imaginário cruel (que o abandonou), a ponto de “tirar a pele”. É a esse pai cruel e tirânico que ele se submete, quando se nomeia: “*eu sou uma praga*”. Por outro lado, R. se refere “a essa

⁵⁷ Recalque: (secundário): Quando um representante da pulsão chega à consciência, ou seja, uma idéia que traz em si um quantum de energia pulsional, ocorre prazer ou desprazer.. Sendo o afeto de desprazer, por estar em excesso, incompatível com o eu e a realidade, o aparelho psíquico convoca o mecanismo de recalque (colocar para baixo, recalcar a idéia) para evitar o desprazer. Rejeita-lhe o acesso à consciência., desviando de seu fim. Revela o papel do supereu no recalque, na dialética edípica. Sintoma e retorno do recalque são o mesmo.

⁵⁸ Ser ou Ter: No tempo do Édipo, é preciso que a criança deixe de SER (o falo para a mãe) e, identificando-se à figura paterna, passe a querer TER (o falo) como o pai.

praga dessa doença.”, já na época, percebida por ele como um corpo estranho, do qual anseia se ver livre.

A análise veio possibilitar que aquilo que estava fixado, paralisado, retido no corpo, se inscrevesse simbolicamente, fazendo com que os efeitos do simbólico se presentificassem em sua vida.

O que acontece no decorrer da análise, que pode provocar tais mudanças? Nada além do trabalho analítico. Através da escuta das palavras da criança — enfim, do sujeito, — pelos relatos de seus sonhos e fantasias, do seu brincar, do devanear, de suas produções gráficas, o analista pode retornar ao sujeito as questões com as quais ele tanto se debatia sem poder expressá-las claramente. Torna-se, assim possível elaborá-las.

No tratamento psicanalítico com as crianças, é também fundamental o acompanhamento dos pais. Trata-se de não aconselhá-los, mas ouvi-los em sua dificuldade de exercer sua função, em suas dúvidas, e que recebam uma ou outra intervenção, quando necessário. Isso faz com que retifiquem sua posição.

Certa transferência de trabalho que se estabelece com o analista é também o que assegure a possibilidade do trabalho com a criança.

6 A CONSTRUÇÃO TEÓRICA: MÉDICA E PSICANALÍTICA

6.1 A dermatite atópica, do ponto de vista médico (imunologia, dermatologia)⁵⁹

A dermatite atópica (DA), chamada também eczema, é uma dermatose inflamatória heterogênea que geralmente se apresenta durante os primeiros cinco anos de vida. Geralmente melhora com a idade, e essa é a forma mais comum de dermatose crônica nas crianças. A prevalência em adultos é mais baixa e em países desenvolvidos afeta até 20% das crianças. É uma doença inflamatória cutânea, de curso crônico e recidivante, com patogenia complexa e controversa. Existe um nítido caráter hereditário que, associado a fatores alergênicos ambientais e/ou alimentares provocam a alteração da composição lipídica do extrato córneo, que reduz a produção de ceramida, deixando o paciente mais exposto a alérgenos ou a fatores desencadeantes. Devido a isso, podem ocorrer infecções (*Staphylococcus aureus*, *Pityrosporum*), já que, tanto certos agentes físicos, quanto alterações emocionais podem provocar a liberação de citosinas pelos queratinócitos com subsequente prurido e escoriação. Clinicamente, misturam-se reações de hipersensibilidade tipo I (resposta TH2) e tipo IV (resposta TH1). Os portadores de DA apresentam irritação, hiperatividade, ansiedade, às vezes, revolta e agressividade, o que provoca exacerbação da doença e manutenção do processo. O intenso prurido e a incessante necessidade de coçar-se causam transtornos do ponto de vista dermatológico e social. Os corticosteróides tópicos constituem a base do tratamento farmacológico dessa afecção; entretanto, para reduzir os efeitos adversos locais e sistêmicos, o uso desses agentes envolvem restrições quanto à localização, à extensão da área tratada e à duração do tratamento.⁶⁰

6.1.1 Apresentação de caso: dermatite atópica grave do ponto de vista médico (imunologia, dermatologia)

Trata-se de Gilberto, 7 anos, encaminhado ao consultório de alergia e imunologia clínica com 1 ano e 8 meses de idade por seu pediatra, para auxílio diagnóstico e tratamento de manifestações dermatológicas e respiratórias graves, possivelmente

⁵⁹ Fortes, M. J.; Marques, M. C.; Myssior, S. G. Trabalho apresentado no *Congresso de Pediatria*, 2006.

⁶⁰ Dados de Adis Drugs Evaluation: 2005. p. 65.

relacionadas a alguma etiologia alérgica. A criança apresentava-se extremamente irrequieta e agitada, com prurido intenso pelo corpo e lesões eritemato-exsudativas de forma extensa na face, no tronco, nos membros superiores e inferiores, especialmente nos pés, com intensa descamação e liquenificação. Sua mãe, uma jovem solteira que trabalhava em uma casa de família, onde morava com G., relatava que ele havia feito uso de leite materno até 1 ano e 2 meses, além da alimentação habitual. Acrescentou que aos 6 meses G. começou a apresentar reações alérgicas dermatológicas (pápulas urticariformes) ao contato com leite ou derivados, associadas a episódios de vômito e diarreia após ingestão desses alimentos.

Desde então, sob orientação do pediatra, fazia uso do leite de soja e evitava, de forma radical, leite e derivados. Estava também sob os cuidados de um pneumologista para controle dos episódios recorrentes de sibilância, com uso contínuo de corticóides por via inalatória.

Realizada a investigação alérgico-imunológica na criança, constatou-se uma forte positividade dos testes cutâneos a antígenos de leite de vaca e *D pteronyssinus*, associados a altos níveis de IgE sérica para ambos. Foi iniciado um tratamento de suporte e prevenção com acompanhamento clínico, aproximadamente de 2 em 2 meses nos primeiros anos, e posteriormente de 3 em 3 meses.

Foram utilizadas fórmulas de hidratação convencional, com ênfase nos cuidados com a pele, medicação anti-histamínica oral intermitente, pulsos de corticoterapia oral nas crises mais graves e cursos de antibióticos nas piодermites freqüentes. Apesar da medicação e do desvelo da mãe com relação à condição da criança, persistiam os sintomas de forma moderada/grave, bem como o nervosismo, a ansiedade e a agitação da criança. Em julho de 2004, quando o paciente estava com 4 anos, foram solicitadas novas dosagens de IgE sérica, que mostraram um nível decrescente para proteína do leite de vaca (1,20 ku/l), com nível alto para *D pteronyssinus* (IgE específica >100ku/l). Na época, a criança já não apresentava reações cutâneas em contato com leite de vaca ou derivados nem manifestações gastrointestinais. Por causa da marcada atopia e da sua hipersensibilidade a inalantes, foram propostos tratamentos hipossensibilizantes, com extrato de ácaros da poeira domiciliar, a fim de determinar

certo controle das lesões cutâneas e respiratórias, e mantiveram-se as medidas de rotina de hidratação da pele e controle da asma.

Em setembro de 2005, ainda sob esses tratamentos, Gilberto retornou em crise aguda, com eczemas exsudativos graves, e uso quase constante de corticóides tópicos e hidratantes na pele. Surgiu, então, a possibilidade de atendê-lo do ponto de vista da Psicanálise, paralelamente ao tratamento médico. Cerca de 3 meses após o início do atendimento, a criança já apresentava mudanças de comportamento na consulta médica, de muito agitada que era inicialmente, não conseguindo se concentrar em nenhum brinquedo e tocando em todos os instrumentos médicos. Gilberto começa a interagir às perguntas, a esperar deitado para ser examinado, e a contar histórias de sua casa e das viagens que tem feito.

Do ponto de vista de sua pele, as lesões iam, gradativamente, se tornando menos graves, e os pontos de eczema e ulceração foram ficando mais isolados. Sua mãe passou a conseguir cuidar melhor da hidratação da pele de seu filho, o que gerou um menor uso de medicamentos. Ela se disse mais tranqüila quanto ao prognóstico do quadro e ao manejo dos sintomas de Gilberto. Mas, ao se dar conta nas entrevistas com o analista que nem todas as suas queixas passavam pelo filho, demanda uma indicação e encaminhada à análise.

6.1.2. A dermatite atópica do ponto de vista da dermatologia⁶¹

Segundo o dermatologista do Ambulatório de Dermatologia da UFMG, existe um fosso entre a imunologia e a dermatologia quanto ao tratamento da dermatite atópica (AD). Em sua opinião, isso ocorreria porque a imunologia supõe uma alergia atribuída a algum alimento, propõe uma dieta, etc. (Esta opinião, aqui descrita, foi questionada pelo pediatra.)

O tratamento dermatológico ambulatorial nesse serviço consiste na aplicação tópica de um hidratante e uma pomada tópica de corticóide. O corticóide quase nunca é receitado por via oral, embora às vezes seja necessário, e até mesmo o antibiótico, quando há um quadro de infecção. A gravidade da dermatite atópica é avaliada conforme a extensão

⁶¹ Entrevista com o dermatologista-chefe do Ambulatório de Dermatologia da UFMG em 13 jul. 2006.

das lesões, e a criança pode estar lesionada dos pés à cabeça, constituindo, assim, um quadro bastante grave. A incidência maior é na primeira infância.⁶²

De acordo com sua vivência clínica, o dermatologista entrevistado está seguro de que a dermatite atópica o remete ao psiquismo do paciente para explicar a causa da moléstia. Entretanto, o tratamento oferecido pela UFMG é feito em grupo, (grupos operativos, com o objetivo de educar e informar sobre a moléstia) sem uma atenção particularizada a cada criança. Um complemento do tratamento é a fototerapia, que tem como objetivo diminuir a vulnerabilidade aos raios solares. Esse recurso é associado ao tratamento medicamentoso.

Segundo informação da dermatologista-chefe do Serviço, o tratamento prestado no Ambulatório de dermatologia da UFMG é o seguinte:

- Tratamento medicamentoso.
- Acompanhamento psicológico das crianças através de grupos operativos e aos pais (grupos de pais), a quem são fornecidas as informações sobre a moléstia.
- Estatística:
 - Em 2005: foram atendidos 44 pacientes até 12 anos;
 - Em 2004: foram atendidos 98 pacientes até 12 anos.

6.2 A pele: a escuta da Psicanálise

É clássico dizer que a pele materializa os limites entre o dentro e o fora do corpo, fazendo papel de fronteira entre dois mundos: o mundo exterior, visível e exposto e o mundo interior, invisível, escondido e silencioso.

Sobre a pele se inscrevem os efeitos do mundo exterior, misturados aos do mundo interior de cada um de nós. A pele é também o representante do limite do espaço psíquico, que se expressa através de modulações nos contratos com as outras pessoas.

⁶² O analista pergunta ao dermatologista se estaríamos face à patologia que Winnicott (1999) descreveu sob o nome de “urticária papulosa”. O dermatologista informa que, de acordo com sua prática clínica, nomeia-se de urticária uma mordida causada por inseto, que se espalha.

No bebê, assim como no adulto, a pele é o principal órgão de percepção, já que permite a transmissão de sensações físicas e emocionais. Além disso, é uma superfície de numerosas e variadas sensações, tanto que se usam expressões como “nervos à flor da pele”, “contato pele a pele”, “tirar a pele”, “salvar a pele”, “estar na pele de”, etc.

São também numerosas as moléstias dermatológicas cuja compreensão dos pesquisadores progride, mas guardam ainda muito desconhecimento: psoríase, alopecia, dermatite atópica. Em todos esses casos, parece que a pele revela, ao olhar de todos, uma desordem visível a olho nu, uma desordem que “se dá a ver”, sem palavras, desde sua primeira abordagem. É nesse caso que Freud parece situar o investimento narcísico a que ele se refere como se tivesse “um caráter de dor”, para diferenciar do desprazer, e somente a passagem para fora, para um investimento no objeto externo ao sujeito fará emergir a angústia, como sinal de um outro tempo no tratamento.⁶³

Desde o *Projeto para uma psicologia científica* Freud ([1895] 1976) imaginou um sistema funcional concebido como um envelope, que recobre a superfície do organismo. Esse envelope filtraria as excitações vindas do exterior, que por sua intensidade ameaçariam destruir o organismo. O trauma é aí definido como uma efração desse sistema para excitação. E, nos seus momentos iniciais, esse sistema (psy) tem um suporte corporal: primeiro nos órgãos sensoriais, depois na própria pele. Mais tarde, esse sistema será conceitualizado como um dos componentes do aparelho psíquico que permite, alternativamente, um investimento e um desinvestimento do sistema percepção-consciência, ou seja, uma excitabilidade periódica e não-constante, permitiria fragmentar as excitações mais fortes.

Então, se inicialmente esse mecanismo foi concebido como espacial, mais adiante será recolocado como temporal. Freud vai retornar a essa questão a partir de 1920, no texto *Além do princípio do prazer*. Em *O eu e o isso* ele vai demonstrar a importância da superfície do corpo, das sensações e das trocas táteis para a constituição do psiquismo e a construção do eu na criança. Freud nos faz observar que o eu é, antes de tudo, corporal, não somente ser de superfície, mas sendo o próprio eu a projeção de uma superfície (FREUD [1923] 1976).

⁶³ Freud (1926). *Adendo C: Inibição, Sintoma, Angústia*. Trad. de Ana Maria Portugal. Em separata.

Didier Anzieu, psicanalista francês que tem importante trabalho sobre o assunto e elaborou o conceito de “eu-pele”, por meio do qual concebe a pele como um envelope psíquico, é citado por Joyce Mc Dougall (1966). Ela descreve o esforço de Anzieu para teorizar as experiências da introdução da Psicanálise no tratamento individual a pacientes com moléstias de pele, considerados pacientes em “estado-limite”. O conceito de “eu-pele” designa uma função de intersensorialidade, sustentando que trocas táteis precoces harmoniosas permitiriam assegurar a construção do narcisismo. A pele se tornaria a superfície de inscrição de traços deixados pelas trocas afetivas na relação mãe-bebê.

Antes de Anzieu, psicanalistas como J. Bowlby, Winnicott (1971) e René Spitz (1963) mostraram a importância das trocas táteis precoces entre o bebê e sua mãe, a partir do atendimento no pós-guerra de muitos órfãos em Londres e seus arredores.

Winnicott (1971) afirma num capítulo de seu artigo *O papel do espelho da mãe e da família no desenvolvimento da criança*, que o percurso do espelho é feito no olhar da mãe. O que vê o bebê quando, no espelho, ele busca o olhar da mãe? O que ele vê, é ele mesmo, porque o que a mãe exprime no olhar quando olha o filho, tem relação direta com o que ela vê no filho. Durante um tempo, a criança estará envelopada, envolvida pelos cuidados maternos, constituindo uma interface. A criança se encontraria aí apoiada na fantasia de uma pele comum a ela e à mãe, capaz de protegê-la dos excessos de excitação. É certo que as doenças cutâneas fazem apelo ao olhar e podem provocar, mais do que outras moléstias somáticas, uma profunda ferida narcísica.

O que veria uma mãe quando olha o filho que sofre de uma doença da pele? Pode vê-lo ferido, porque sua pele está feia, ferida, descascada, descamada ou manchada. Se ela o vê feio, ela se veria feia, a ela mesma? Ela olha seu bebê ou desvia seu olhar para não ver sua pele ferida, por estar deprimida ou por ter horror ao que vê?

Vê-se, portanto, que são muitas as nuances do modo como o olhar materno poderia retornar ao filho e do modo como a mãe vai lidar com isso, como vai tocar a pele de seu bebê. A pele, enquanto lugar do nascedouro da ternura, da sensualidade, do prazer, enfim, da sexualidade. Quando lesada, pode transtornar as relações interpessoais, podendo não assegurar as funções de limite e de contenção — e, nesse caso, não faz seu

papel —entre o interior e o exterior do corpo. Falha em proteger a intimidade do sujeito ao acesso do Outro. Nessa superfície, o sujeito poderia se confrontar com aquilo que faz intrusão.

O sujeito pode se sentir traído pelo aparecimento de uma vermelhidão, de uma coceira, de uma reação. Mas existe principalmente o risco de um deslizamento semântico, quando se parte de uma doença de pele para um apelido cruel, que afeta a auto-estima (narcisismo) do sujeito com uma conotação bizarra (“barata descascada”, “cascorenta”, “nojenta”, etc.).

Aparece a vergonha como elemento freqüente, como uma injunção que atravessa o “eu-ideal”⁶⁴, que é forjado na mais tenra infância sobre o modelo de narcisismo infantil todo-poderoso. A vergonha é passagem necessária à constituição do eu corporal, mas se a criança está fixada aí, é por constatar a excitação do olhar do outro. Nos casos de lesão na superfície do corpo, o sujeito se esconde já que não pode esconder sua pele. O olhar do outro pode lhe sugerir identificá-lo com sujeira, dejetos, o que vai fatalmente interferir na constituição de sua auto-estima. Sabemos que a vergonha aparece normalmente na criança pequena quando ela perde o domínio de uma função que parecia já ter sido decididamente adquirida, e quando, por não conseguir sustentá-la, teme perder o amor de seus pais. A vergonha incide na auto-estima da criança em decorrência da confrontação com o eu-ideal, conseqüentemente pode atingir o eu em sua estrutura e causar dano em seu valor.⁶⁵ Os efeitos de vergonha também podem ser encontrados em alterações cutâneas banais, que aparecem precocemente, mas não chegam a constituir uma moléstia.

6.3 A clínica da Psicanálise e o FPS: qual tratamento?

Em seu texto *Análise leiga*, Freud ([1926] 1976) escreve que “o homem não quer sarar”. Embora seja surpreendente, essa alegação não se refere a um não-querer consciente. Em *Além do princípio do prazer*, Freud (1920) observa que a tendência do organismo não faz um retorno ao equilíbrio, mas à compulsão a repetir, a “fazer de novo”. Ele remete a

⁶⁴ Eu-ideal: Freud ([914]1976) descreve a passagem do auto-erotismo para o narcisismo como uma identificação da criança com a maneira como o Outro a deseja.

⁶⁵ Esta é a origem do que Lacan ([1972-1973] 1982) chamará, em sua releitura do texto freudiano, de “gozo do Outro”, em *O Seminário, livro 20*, p. 9-20.

uma outra lógica, cujo poder e força são de natureza inconsciente e chega a dizer que, nesse sentido, o sintoma da neurose, por si só, seria uma tentativa de sarar. Mas reconhece também uma resistência maciça que permite compreender o motivo pelo qual um tratamento é rejeitado e por que o sujeito lança mão de condutas que agravam seu sofrimento. Essa recusa de sarar, de construir um saber que o desembarace da doença, é um componente que o analista precisa escutar para daí extrair as conseqüências: trazer à luz o que está à sombra e determina os movimentos silenciosos de desligamentos da vida, aos quais o paciente se submete. A chance de colocá-las em palavras pode promover uma mudança de discurso e uma mudança de posição. Ao tomar para si a palavra, abre-se um espaço transicional, um espaço de circulação, “entre dois”, tal como Winnicott (1975) formulou.

Assim, as proposições teóricas desenvolvidas pela Psicanálise quanto à clínica da psicossomática serão sempre a partir de uma clínica do particular — particular de cada sujeito — direta e rigorosamente confrontadas aos conceitos fundamentais da Psicanálise advindos da obra de Freud, da experiência pediátrica e psicanalítica de Winnicott, bem como dos aportes contemporâneos de Lacan e seus seguidores.

Quando se refere pela primeira vez à psicossomática numa concepção ainda muito clássica, Lacan (1953, p. 5-16)⁶⁶ diz: “Se a tensão corporal se descontrolasse ou desregulasse tornando-se muito elevada, produziria lesões”. Ou seja, a tensão psíquica se eleva quando aumenta a quantidade de informações que o aparelho recebe. Lacan (1998) descreveu um caso de hipertensão arterial sem causa orgânica aparente, ligada a uma forte e prolongada tensão psíquica que teria engendrado uma lesão corporal, provocando hemorragias retinianas.

Françoise Dolto (1977), contemporânea de Lacan e atravessada pelas suas teorizações da clínica, escreve: “A imagem do corpo se organiza articulando-se mãe-filho com o pai”. Ela afirma que no tratamento analítico pode-se dar um outro eixo às palavras da mãe e instaurar aí uma espécie de intervalo, em que o sujeito possa tomar suas

⁶⁶LACAN, J.; LÉVY, R.; BLOILEAU, D.. Considérations psychosomatiques sur l’hipertension artérielle. In: *Ornicar*, n. 43, 1987, p. 5-16. (Editado pela primeira vez em 1953. *Evolution Psychiatrique* 3).

distâncias dos ditos maternos. Segundo a autora, é nesse contexto que a análise pode fazer as vezes da função paterna.

Jean Guir (1987) faz do indício teórico de Lacan a respeito da holófrase, do par significante tomado em massa, um indício clínico. Quando Lacan diz que S1 e S2 estão colados, sem intervalo, o que Guir escuta na clínica são frases condensadas em uma palavra, que acredita estar na origem do desencadeamento de uma lesão de órgão. Esse é o dado clínico que o analista costuma encontrar quando há uma formação psicossomática. Geralmente o paciente não diz nada sobre algo que se articule com a lesão e, em sua fala, é como se a lesão estivesse fora dele. O analista pode introduzir aí uma questão, como “O que acha que está acontecendo com você, como você concebe esse sofrimento, o que acha disso?”. Na sua resposta, o paciente terá chances de colocar na fala os elementos mais favoráveis para que o inconsciente possa emergir. Se ele não quer saber nada disso, se o silêncio predomina, estamos diante de uma “solda”, em que uma palavra não reme a outra. A dificuldade maior à análise é quando a lesão não se desloca da palavra. Para isso, o desejo do analista é fundamental, pois a análise se sustenta na transferência; A transferência evoca o amor pelo saber, e assim, o paciente vai supor que o analista “saberia” a palavra que falta. A partir daí abre-se uma possibilidade para o paciente retomar a palavra, tirando-a dessa massa compacta, para querer saber e encontrar um sintoma novo e analisável, no lugar da lesão. O simbolizar seria isto: propiciar que o que está silenciado se torne palavra.

Em *Formações do objeto* a Násio (1983) afirma que só no processo de análise a lesão pode vir a ser falada, nomeada pelo paciente. Uma observação clínica que ele nos traz é que, quando um sintoma da infância retorna no decorrer do tratamento, pode-se supor estar no caminho da cura. Násio interroga ainda qual seria o destino clínico da lesão no tratamento analítico e remete a pensar que o gozo poderia retornar simbolicamente ao sujeito lesado. O gozo da fantasia é gozo fálico, cifrado, parcial, não-absoluto. Lacan ensina que a lesão pode vir a ser subjetivada na análise e marca sua posição de onde se espera que situemos nossa clínica: “Se nós falamos de psicossomática, é na medida em que aí deve se interpor o desejo” (LACAN, 1979, p. 215). É um marcador necessário para nós que o elo do desejo esteja interessado na lesão psicossomática.

Trata-se, portanto, de pesquisar os traços da língua sobre o corpo como, aliás, acontece em todas as análises. Pode-se supor um determinismo de linguagem do FPS na história do sujeito. O primeiro ponto são as datas, que aparecem insistentemente; depois, pode-se notar um impasse no que diz respeito ao nome próprio do sujeito.

A convergência de fatos de linguagem, que emergem junto com significantes particulares, datas particulares, provérbios repetidos, permite dizer que há um conjunto estrutural particular que comporia a história da lesão. “Há provavelmente uma determinação de linguagem no FPS, mas que exige uma decifração” (GUIR; VALAS, 1989, p. 40) Trata-se, aqui, de um gozo específico, fixado sobre o corpo, do qual Lacan (1982) fala em *O seminário, livro 22*. Mas adverte: embora se tenha em perspectiva a decifração, deve-se renunciar a decifrar a lesão diretamente. Acrescenta que as intervenções do analista devem favorecer a subjetivação da lesão e dar sentido ao gozo específico que ela implica; enfim, o analista deve se abster aí, onde ressoa alto o apelo à interpretação.

A questão do FPS é que ele é induzido pelo significante, mas não é estruturado como um sintoma. Schiller (2003) afirma que:

...em Psicanálise, sintoma é aquilo que é passível de se modificar por conta de uma interpretação. Esse efeito não é oferecido pelo analista, mas resulta do próprio discurso. A palavra tem o poder de operar o deslocamento do sintoma (puramente psíquico ou associado a um distúrbio orgânico) (SCHILLER, 2003, p. 30).

Se não são deslocáveis pela interpretação, os FPS podem ser deslocados pelas construções simbólicas, que estão num vazio de palavras. Na construção dos casos clínicos, pode-se verificar como essa construção vai acontecendo no decorrer da análise.

O tratamento analítico não deve seguir outras modalidades, além das impostas pela regra freudiana de deixar o sujeito dizer, com certa liberdade e sem pressão. Para a terapêutica, Lacan sugere nenhuma mudança técnica no decorrer da cura: apenas que o analista deve se abster de interpretar tão freqüentemente como nos outros tratamentos. A necessidade de deixar a interpretação em suspenso vai se impondo, para que o sentido seja verificado na posterioridade.

Segundo Valas (2004), certas “interpretoses” que relacionam a lesão com palavras podem produzir estragos, tais como o aumento das lesões ou o fechamento do inconsciente. Na análise, esse movimento de subjetivação de um FPS é obtido progressivamente e se inicia quando o analisante fala de sua lesão com angústia (angústia = índice do desejo) e em alternância com ela. Assim, mediante o ato analítico, o gozo distingue-se do desejo. Desejo e gozo se separam: o ato é separa-dor!

Na ocorrência do FPS, e este não sendo um sintoma, as interpretações não se fazem metaforicamente ou pelo equívoco, mas visando dar um sentido ao gozo. Dar sentido não é interpretar, mas construir, apontando para uma direção. Visa-se uma simbolização do real, disso que estava no imaginário, para possibilitar um deslocamento do corpo à palavra. Palavras coladas são liberadas pela fala, dando chance a que o sujeito reescreva sua história bem precoce.

De todo modo, o que poderia ser chamado de cura, não significa um retorno ao estado anterior à doença. No caso de crianças de 0 a 12 anos, a intervenção do analista visa tocar o que poderia ser a perturbação de uma necessidade fundamental do lactente pelo desejo do Outro, que se impõe de forma imperativa. É assim que Lacan (1988, p. 137) diz: “Uma necessidade do sujeito é perturbada pelo desejo do Outro”. Isso quer dizer que uma mãe pode perturbar uma necessidade alimentar da criança através de um desejo muito exigente, e isso poderá engendrar o FPS. Pode perturbar também outras necessidades além do comer, dormir ou mesmo as necessidades excretoras. (Como na experiência de Pavlov, em que o corte do desejo do experimentador, impositivo, vem perturbar uma necessidade.). A intervenção do analista entra aí como separadora do que se congelou entre a mãe e a criança.

Há que levar esse gozo para fora do corpo, sob a forma de diferentes formações clínicas, por exemplo, um pouco de gozo na construção de uma fantasia, que é uma formação do inconsciente. As formações do inconsciente são interpretáveis, ao passo que a lesão é signo, não-interpretável por si mesma. A lesão enquanto signo exigiria uma decifração. Decifrar não é reconstruir, mas *fazer* história, converter o que era silêncio das pulsões em enigma, que possa colocar ao sujeito uma questão.

Na análise de uma paciente adolescente que apresenta uma grave dermatite atópica, o aparecimento de um discurso narrativo-reativo poderia estar fazendo função de proteger o sujeito da invasão de sua intimidade, para reforçar um sistema de paraexcitações, que antes tinha sido falho e que o entravava? O olhar, colado ao analista, parecia tentar captar as expressões faciais, as mímicas e os movimentos corporais dele. O analista era interrogado cada vez que se mexia, e suas intervenções dirigidas ao sujeito pareciam ser indiferentes.

Que possibilidade haveria aí de constituir uma borda, uma demarcação entre o sujeito e o Outro, que construção possível através da palavra? O FPS pensado como uma espécie de assinatura ou de nome próprio do sujeito, aparece como uma marca impressa, com um gozo fixado. A questão é como fazê-lo falar do que está escrito, marcado como lesão? O analista estará à escuta da palavra que poderia portar o traço do sujeito, fazendo vigorar, na linguagem, o sentido do que se trata. Como se passa sob transferência, o tratamento analítico já tem por si mesmo um valor significante, pois trata-se de um encontro singular, num espaço de passagem, de busca de sentido e é significativo de um momento que se inscreve no presente, para dizer do passado. Porém, Patrick Valas (2004) adverte que uma aproximação psicossomática mal compreendida poderia conduzir a interpretações abusivas, com risco de reenviar o sujeito à sua “escolha” pela doença. Pode-se pensar que a intensidade da ferida narcísica do sujeito dependa de seu capital narcísico, isto é, da qualidade de suas identificações.

François Ansermet (2003) propõe que se aborde o FPS como um “indício”, tal como Pierce⁶⁷ formulou o termo: como um resto material de um elemento passado, traço de uma marca direta de contato, de uma impressão material de um enigma que convida à descoberta. A noção de indício parece indicar um caminho para a condução do tratamento analítico. Evita ainda conceber o FPS de maneira ou redutora, ou generalizante, tal como tentar corresponder uma doença psicossomática com algum distúrbio específico da personalidade.

⁶⁷ Pierce cita o exemplo de um molde do buraco produzido por uma bala (tenha ou não sido devido a um tiro ou não). Ou o cata-vento que indica a direção do vento, mas não é o vento. O indício sugere o mistério, ao mesmo tempo que o respeita e ajuda a pensá-lo (ANSERMET, 2003, p. 117).

A pesquisa nessa área, tendo como referência o campo psicanalítico, tem partido das questões da clínica e se revelado uma experiência dinâmica, móvel, bem diversa de um sistema generalizante. Mas ela não tem sido tão extensa, e os analistas pensam que ainda há muito a pesquisar. Até o momento, é possível dizer que o FPS aparece em qualquer estrutura: neurótica, perversa e psicótica.

O tratamento é uma aposta no efeito da escuta, o analista dirigindo o tratamento como aquele que não encarna o Outro invasivo, para que o sujeito, em lugar de se manifestar no corpo, tenha a chance de passar à palavra e à construção de uma ficção. De acordo com Lacan (1992) o desejo do analista sustenta a aposta de que o inconsciente sirva aí para alguma coisa outra, que não o gozo corporal como um apelo ao pai.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7.1 Conclusões

7.1.1 Do psicanalista

Considerando a particularidade de cada paciente foi possível ressaltar algumas respostas que poderiam ser características comuns aos pacientes desta pesquisa, acompanhados em análise:

1. Clinicamente, nenhum deles está na estrutura psicótica: não apresenta nem a linguagem paradigmática da psicose, nem o comportamento psicótico. Não há a forclusão generalizada do Nome-do-Pai.
2. Os sujeitos da pesquisa comportam-se dentro da estrutura da neurose. Em alguns momentos do tratamento ocorreu o aparecimento de sintomas: histérico, obsessivo ou fóbico, configurando a estrutura da neurose nesses pacientes. Porém, mesmo que todos os casos da pesquisa tenham apresentado desordens psicossomáticas, nem todos se confirmam como um FPS. Alguns deles não parecem se configurar como tal, sendo possivelmente uma manifestação. De todo modo, essas manifestações também não constituem propriamente sintomas típicos da neurose.
3. Observa-se que as crianças que apresentam desordens psicossomáticas, quando evocam seus laços com a mãe, estes se mostram demasiadamente estreitados, sem espaço. Em outros casos, possivelmente de fenômenos psicossomáticos, os ditos da criança parecem conter algo de forclusivo, sendo que o próprio corpo parece confundir-se com o corpo do Outro. Revela-se, nesses ditos, uma fragilidade na operação do Nome-do-Pai, o que provoca uma pergunta sobre a possibilidade de uma “forclusão pontual da metáfora paterna”,⁶⁸ ou seja, em alguns pontos da estrutura, a função paterna não se sustenta.

⁶⁸ Forclusão pontual do NP ou da MP: Considera-se a possibilidade de acontecer no FPS uma forclusão pontual do NP, em algum ponto da estrutura, mas não de forma generalizada. Cabe à mãe instaurar o lugar do NP, que vai se tornar, para a criança a metáfora do lugar onde sua mãe deseja. Lugar terceiro entre ela e o filho, significa o desejo da mãe: que para além da criança, o que ela deseja, está no pai). O modo como a mãe apresenta esse lugar à criança terá valor determinante na história do sujeito.

4. Do ponto de vista da psicanálise, a realidade é feita de palavras que determinam o lugar que temos para os nossos pais. Mas o sistema da linguagem só é consistente quando uma palavra remete a outra, o que faz com que lugares pré-determinados não se cristalizem, dando margem a que a criança vá aparecendo, ela mesma. Assim, as palavras em torno dela se deslocam; é isso o simbólico. Nas circunstâncias em que isso não ocorre o que encontramos no lugar da palavra é a fixação de uma lesão no corpo. Constatamos clinicamente que na ocorrência do FPS a lesão está no real do corpo e o funcionamento psíquico está enraizado no imaginário. A criança mostra uma prevalência da imagem e do real do corpo, em detrimento do simbólico, de tal forma que o sujeito não toma suas distâncias com campo do Outro materno. Segundo os autores consultados, trata-se de uma patologia do narcisismo (primário) que teria sua origem no tempo da constituição da imagem corporal da criança, fixado no tempo do espelho.
5. O corpo da criança parece estar em posição de submetimento excessivo, confundido na palavra e no olhar do Outro primordial: por isso, o sujeito se coloca como uma espécie de refém da mãe. Essa posição da ilusão de “um corpo para dois” é reveladora de um gozo específico, que Lacan nomeia como *gozo do Outro*. Supõe-se que um retorno do gozo do Outro sobre o corpo do sujeito, condensado, produza a lesão, como um FPS.
6. Não se considera aqui que uma doença ou manifestação psicossomática seja sempre um déficit, um defeito, mas sobretudo um engendramento⁶⁹ da estrutura, sobrevinda numa conjuntura particular; uma forma possível ao sujeito no tempo de sua constituição, que teria lhe servido para abrandar a indução da palavra materna. Entretanto esse engendramento “força” retornar a um trabalho à matriz do corpo
7. O encadeamento do desejo revelou-se preservado em todos os oito casos da pesquisa, e foram principalmente os relatos dos sonhos, quando presentes, que promoveram a abertura à interpretação. Também nesses casos em que o analista precisa ser reservado quanto a interpretar os ditos do paciente, os sonhos se fizeram

⁶⁹ *Separare*: engendrar. De acordo com Násio (1983) 1993, p. 53) “uma lesão de órgão é, certo, uma operação sofrida, de engendramento, mas fundamentalmente libertadora”.

uma via privilegiada para a análise.

8. Em alguns casos foi possível escutar algo como uma holófrase, significantes congelados que deslizam metonimicamente na cadeia, embolados, sem efeito de metáfora. Já em outros casos, isso não foi escutado pelo analista.
9. Em quase todas as crianças a angústia não estava manifesta de início. O aparecimento da angústia em certos momentos da análise revelou-se como um sinal de progresso no tratamento, levando o sujeito a novas associações e produções do inconsciente. Na *Conferência 32*, Freud⁷⁰ afirma que não há vida sem angústia: ela é um sinal que não engana, um sinal de que o aparelho psíquico está funcionando. E afeta o corpo: pode provocar suor, fazer o coração disparar, tirar o fôlego, dar um nó na garganta, secar a boca. Pode também fazer gritar, dar dor no estômago, no peito. Em outras palavras, a angústia é a nossa mais fiel companheira, embora possa ser tão desagradável, a ponto de levar alguém a buscar uma análise. E, então, é preciso fazer falar a angústia, para que ela não permaneça represada no corpo. Seu aparecimento na análise é bem-vindo. Mas isso não significa que a angústia não tenha que ser dosada, manejada, em proveito do trabalho analítico do paciente.
10. A direção do tratamento nos casos pesquisados deu-se pela oferta à palavra do paciente, numa tentativa produzir o sujeito na dimensão discursiva, sem chamar a atenção para a lesão, como tal. Entende-se que, quando o paciente chega a falar da lesão em lugar de mostrá-la, observa-se uma evolução para um sintoma analisável.
11. De acordo com o artigo *Nota sobre a criança* (LACAN [1969] 2003, p.373-4), a criança capta do inconsciente dos pais aquilo que eles não sabem, mas passam adiante, mesmo sem saber. “O sintoma da criança pode representar a verdade do casal parental. Em alguns casos, o sintoma da criança vem da subjetividade da mãe, fazendo com que a mãe coloque a criança no lugar de objeto, sem mediação paterna”. Aí, o sintoma somático tem valor de verdade. O corpo da criança, que toma o lugar do que não foi simbolizado dos ditos familiares, acede ao estatuto de real, sob forma de gozo do Outro. O papel da mãe, nesses casos, é sempre

⁷⁰ Ver Freud, (1933) 1976) “Angústia e Vida Pulsional”

ambíguo: um misto de preocupação e de irritação referente ao corpo da criança. Pode-se tornar devastador quando ela se ocupa demais da criança, pois sua própria posição de sujeito também se torna problemática. Se a mãe se faz muito necessária ou intrusiva, o sujeito sente que não pode se separar. **A análise funciona como separadora, fazendo suplência ao ato paterno, e o analista é o operador da separação.**

12. A análise com a criança deve, necessariamente, passar pela transferência que se estabelece com os pais. É necessário que os pais sejam escutados e, quando a mãe está mais comprometida na patologia da criança, é preciso que ela possa reencontrar seu lugar de Outro materno, simbólico.
13. Constata-se, através desta pesquisa, que o fato da criança ser dita pelo Outro materno e por sua condição mesma de estar submetida à decisão do Outro, não evidencia se o FPS teria, na criança a mesma cristalização do que num sujeito constituído. Entretanto, pode-se levantar a hipótese de uma maior flexibilidade na estrutura, visto que é possível reconhecer nos casos clínicos como a análise permitiu o deslocamento da posição do sujeito: do corpo, à palavra.

7.1.2 Da Psicanálise com a Pediatria

1. Em três dos casos de dermatite atópica estudados, não foi possível desconsiderar a economia homeostática, de equilíbrio do corpo. Constatou-se a importância de prosseguir com o tratamento médico, mesmo considerando as melhoras dos pacientes.
2. A construção do caso clínico em conjunto com o médico foi possível em alguns casos, já que propiciou não somente a interseção de dois saberes, o médico e o psicanalítico, mas também um melhor encaminhamento no tratamento do paciente.
3. Em alguns dos casos pesquisados, notou-se a presença de outras alterações no funcionamento do corpo, tais como rinite alérgica, asma, gânglios enfiados não-

justificados organicamente, desmaios sem causa comprovada. Associadas ou não, a asma e a dermatite surgem como possíveis manifestações de ordem psicossomática, uma vez que foi possível comprovar na análise, mediante os ditos dos pacientes, sua pertinência a essa patologia estudada.

4. Há uma outra forma de pensar a psicossomática, diferente daquela que se situa como resto do saber médico. Essa outra forma inclui a análise como tratamento e o analista como operador de separação. Mas implica ainda que o pediatra utilize uma estratégia de como encaminhar o paciente ao analista.
5. O encaminhamento ao analista é um aspecto fundamental para a possibilidade de uma intervenção analítica, pois o primeiro a receber a criança é sempre o pediatra, ou especialista pediátrico, e é no saber médico que os pais depositaram sua confiança. Além disso, não são muitas as pessoas que sabem do que se trata uma consulta com o psicanalista; isso não faz parte dos atendimentos usuais que a maior parte das pessoas estão habituadas. Então, do que depende o encaminhamento para que o paciente chegue ao analista?
6. Observa-se que o encaminhamento direto, logo na primeira consulta com o médico, não favorece a ida do paciente, pois ele ainda não tem como confiar na indicação do médico. É necessário que o pediatra faça primeiro um vínculo com o paciente e sua família, para depois, num momento preciso, indicar o nome do analista. Também é importante não fazê-lo como se estivesse enviando a um procedimento de raios X ou a um outro especialista. Perguntou-se aos médicos que encaminharam os pacientes a esta pesquisa como foram feitas as indicações, (já que provavelmente não deve haver só uma maneira de indicar), e os pontos acima foram considerados por eles.

Assim, até o ponto em que estamos, pode-se concluir que:

- Existem doenças e manifestações psicossomáticas que podem ser modificadas, alteradas em seu curso ou curadas pela construção de um sentido que se refere à causa orgânica. São distúrbios sintomáticos, que buscam interpretação, como

algumas manifestações da asma, a enxaqueca, as alergias, algumas doenças de pele, a chamada fibromialgia, assim como certas disfunções digestivas ou intestinais crônicas.

- Existem doenças psicossomáticas mais graves, que causam lesões agressivas e até potencialmente fatais, e que, apesar da associação com a causa psíquica, tanto podem seguir seu curso quanto modificá-lo. A apreensão de sua origem, embora mais complexa, aponta para as formulações mais atuais de fenômeno psicossomático (FPS), uma disfunção do corpo biológico em função de processos vividos pelo sujeito na passagem do organismo ao corpo pulsional, na qual a “natureza”, de ordem instintiva, é substituída pelo corpo erógeno.

Colocam-se nessa série: certas lesões e doenças dermatológicas, como a dermatite atópica grave, psoríase, vitiligo; a asma crônica, além de algumas doenças imunológicas, o lúpus, a artrite reumatóide, entre outras, ainda em estudos. (Alguns autores levantam a hipótese de o câncer e o diabetes estarem incluídos) (SCHILLER, 1991).

Em todos os casos, a Psicanálise sustenta que o corpo sofre quando existe um obstáculo que impede o acesso do sujeito à construção de sua história, à origem de sua angústia ou ao acesso a seu desejo.

Assim, de acordo com os resultados da pesquisa, pode-se considerar a dermatite atópica como uma manifestação de efeitos de fronteira, que rege as relações do corpo com o exterior, que interroga *os efeitos da linguagem na fisiologia, nas modificações e nas relações do corpo com a lei paterna*, e não simplesmente como um determinante biológico. Isso porque o gozo corporal é sentido pelo sujeito como um apelo ao pai, ao traço paterno, que não se inscreveu em algum ponto da estrutura. No estádio do espelho, que é o contexto em que o corpo se unifica numa imagem, algo da “lei paterna”⁷¹ fica

⁷¹ A lei paterna é a incidência na criança da paternidade. Um lugar vazio instaurado pela mãe para a criança, dá a esta a possibilidade de acesso ao desejo e ao nome próprio. Um homem poderá ocupar esse lugar designado pela mãe. É um lugar de uma posição terceira, entre a mãe e a criança, à espera de um ato paterno que *inter-dita* o que Freud chamou de incesto:proíbe que mãe e filho façam par e com isso, introduz a castração. O pai é aquele que, com seu ato, pode ocupar esse lugar vazio.

fora, fazendo com que o sujeito não integre sua imagem corporal. Retorna algo do gozo auto-erótico como uma auto-agressão.

7.2 A experiência de interseção com a pediatria: É possível passá-la adiante?

Do ponto de vista médico, a imunologia tem trazido ao tratamento da dermatite atópica significativas contribuições, e a perspectiva de novas descobertas médicas é bem-vinda; por outro lado, é preciso reconhecer o lugar da Psicanálise frente a esses fenômenos que a Medicina distingue das moléstias que trata habitualmente, dando-lhe o nome de psicossomática. O problema é quando se pressupõe uma separação entre uma “psique” e um “soma” que se juntariam para produzir determinadas afecções. Essa clivagem entre o orgânico e o psíquico criada pelo discurso científico imagina um organismo funcionando segundo as leis naturais, sem a participação do sujeito. A ciência aceita uma consciência que assiste o que ocorre no corpo, e chama de “lado emocional”. A atual medicina das evidências deixa de fora o que não “fecha” na lógica formal. O real, é reconhecido, mas descartado pela ciência., ao passo que a Psicanálise o considera como elemento de trabalho. Valoriza o insabido e o mínimo fragmento de saber . Busca a solução do impasse no próprio impasse, no que não se compreende, convocando a experiência da palavra para produzir um movimento.

- Até que ponto poderia a Psicanálise incidir na ciência? Ao sustentar uma interlocução com a Medicina, a Psicanálise poderia manter aberto esse ponto de real, a fenda que por estrutura, faz parte do sujeito. No tratamento analítico testemunha a existência do corpo próprio, não como natural, mas um corpo assujeitado às leis da linguagem. A partir das relações estabelecidas muito precocemente com o Outro materno, constituem-se as ocorrências reais, imaginárias e simbólicas que influenciam todo o funcionamento do corpo, inclusive a postura, a motricidade e o tônus muscular. A primeira infância é a época em que os traços deixados pelo Outro no aparelho psíquico (traços mnêmicos) não podem ainda ser traduzidos em imagens verbais. Freud (1895-1896) vincula a falha de tradução a uma inscrição no corpo que culmina em realizações somáticas..⁷²

⁷² FREUD, S. *Carta 52*.

A lesão psicossomática ou FPS é uma lesão corporal ligada a uma causa lingüística, que desorganiza uma necessidade fundamental do corpo. Vem de uma sugestão forçada, testemunhando um sofrimento que não está subjetivado, ou seja, que não está podendo ser tomado para transitar na dialética do desejo. O FPS não é um sintoma no rigor do termo, não aparece como metafórico de algum sentido assim como as formações do inconsciente, que são interpretáveis. Aí o sentido está absolutamente incompreensível ao sujeito. A lesão é “signo”⁷³, é não-interpretável por si mesma. O paciente costuma memorizar os acontecimentos, datando-os, e fazendo do número seu ponto de ancoragem na doença. É como se ele se expressasse através de *cifras*, impressas *sobre* o corpo. Em lugar da tomada na palavra, no sentido de associações, fantasias, conjecturas, ou a formulação de algo enigmático, o que há da linguagem no FPS está *cifrado* de tal modo que resulta na tomada do corpo, do qual o Outro goza à custa do sujeito.

Essa concepção de psicossomática indica sua abordagem clínica: uma prática que opera através da palavra; a palavra como limite ao gozo, levando o gozo para fora do corpo, sob forma de diferentes formações clínicas, por exemplo, um pouco de gozo na construção da fantasia, converter o que estava silencioso na pulsão em enigma, para que o sujeito possa se colocar em questão.

Patrick Valas (2004) relata que:

1. A Medicina é requisitada quando a lesão incomoda o paciente. Nos serviços médicos, geralmente onde o paciente faz uma entrevista de anamnese com o psicólogo, nada haveria de significativo nem para o paciente, nem para o médico, a não ser a possibilidade de encaminhá-lo ao analista.
2. A Psicanálise com a criança e o adolescente, no caso da manifestação psicossomática, costuma ser buscada ou por indicação médica, ou após um longo percurso feito pelo sujeito, que terá passado talvez pela acupuntura, relaxamento, técnicas psicológicas, etc. Essas terapêuticas permitem certa abertura quando

⁷³ Signo (lingüístico: Saussure): Não une um conceito e a uma imagem acústica. Não é um som, mas a marca física desse som. O signo é escolhido em relação à idéia que ele representa, é uma massa *falante*, de sentido imutável, a princípio. Não é um sinal, pois sinal é aquilo que quer dizer, que representa algo. Lacan ressalta a incidência do processo inconsciente na alteração dos signos lingüísticos.

incidem no gozo auto-erótico que a lesão representa, mas, de fato, não chegam à causa. O efeito do encontro com o analista pode ser obtido desde as primeiras entrevistas, ou seja, um abrandamento da lesão, já que a relativização da onipotência de um Outro imperativo faz parte da transferência. Entretanto, o alívio não significa a cura, e são esperadas reincidências durante o tratamento.

Lacan hesitou para se manifestar sobre qual seria a contribuição que a Psicanálise poderia oferecer à ciência. Diferenciando-se do espírito que reinava nas décadas de 50 a 60, quando se pretendia incluir a psicanálise nas Ciências Humanas, ele se manifesta em Radiofonia (Lacan, 1970-1975) enfatizando a possibilidade de se resgatar, na ciência, os pontos de real.

Na contingência de uma angústia que se manifesta no médico que trata o paciente, é que se poderia retomar as perguntas à Psicanálise, sobre as questões que, no saber médico, não se encontram as respostas. Algumas interrogações decorrentes dos progressos da ciência, como na Neonatologia, na Reprodução assistida, na depressão materna, na clonagem, na possibilidade de escolha do sexo, etc, etc, As perguntas podem incluir o que há nelas do impossível, sem privilégio à totalidade da resposta. Mas é importante que cheguem sempre, de forma contingente; nunca com a exigência do necessário, nem recorrendo a previsões ou apoiando-se em certezas.

Pensa-se, de acordo com o presente trabalho, tratar-se de uma contribuição da Psicanálise à Pediatria que poderá ser demandada ao analista, cuja intervenção seria sempre de forma contingente. Que o sujeito possa advir, face à “forçagem” da linguagem, no corpo.

REFERÊNCIAS

- ABLA, D. M.; ANDRADE, M. R. A. O corpo na interlocução do saber psicanalítico e do saber da medicina: entrevista. In: *O corpo do Outro e a criança*. Escola Letra Freudiana, Ano XXIII, n. 33, Rio de Janeiro, 2004.
- ALBERTI, S.; ELIA, L. (Org.). *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.
- ALBERTI, S.; RIBEIRO, M. A. C. (Orgs.). *Retorno do exílio: o corpo entre a psicanálise e a ciência*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.
- ALVIM, C. G. *A representação social da asma e o comportamento de familiares de crianças asmáticas*. 2001. 230 fl. Tese (Doutorado em Pediatria) - Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.
- ANALYTICA 48. *Le phénomène psychosomatique et la psychanalyse* - GREPS, Paris: Navarin: Ed., 1986.
- ANALYTICA 51. *L'enfant et la jouissance*. CEREDA, Paris: Navarin: Ed, 1987.
- ANALYTICA 59. *Exist-il um sujet psychosomatique?* GREPS, Paris: Navarin, 1989.
- ANGLADE, A. L'autre corps. In: *L'enfant et la jouissance*. Analytica 51, Cereda. Paris: Navarin, 1987, p. 19-29.
- ANSERMET, F. L'invention de l'organisme: notes sur neurosciences et psychanalyse. In: *La Recherche à l'heure de la psychanalyse*. PERU, v. 7, Rennes, France, 2004.
- ANSERMET, F. O fenômeno psicossomático. Tradução de Daisy de Ávila Seidl. In: *Clínica da origem: a criança entre a medicina e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003. p. 163-185.
- ATTIÉ, J. A questão do simbólico. In: *Transcrição*. Salvador: Fator, 1987, v. 3.
- ÁVILA, A. L. *Doenças do corpo e doenças da alma, uma investigação psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Escuta, 1996, p. 125
- BALMÉS, F. Guérison et vérité. In: *Carnets 30*. Paris: École de Psychanalyse S. Freud, 2000. p. 35-48.
- BELISÁRIO, M. A.; MYSIOR, S. G.; Brasil, V. S. (Orgs.). *Transfinitos - Colóquio*. Belo Horizonte: Autêntica; Aleph - Escola de Psicanálise, 2007, ano 6, n. 5, v. 1.
- BIRMAN, J. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. p. 58-59.
- BIRMAN, J. O objeto teórico da psicanálise e a pesquisa psicanalítica. In: *Ensaio de teoria psicanalítica*. Rio de Janeiro: Zahar. 1993. Parte I, p. 12-24.

BIRMAN, J. *Psicanálise, ciência e cultura*. Rio de Janeiro: Zahar, 1994. (Coleção Pensamento Freudiano, 3).

BOUCHER-LASRY, E. De la “guérison” d’un cas d’asthme sévère. In: *Carnets 30*. Paris: École de Psychanalyse S. Freud, 2000. p. 31-37.

CONSOLI, S. S. *Psychanalyse, dermatologie, prothèses: d’une peau à l’autre*. Paris: PUF, 2006. p. 11-19.

COSENTINO, J. C. Excedentes da língua no trabalho analítico. Tradução de Vânia Baêta. In: BELISÁRIO, M. A.; MYSIOR, S. G.; Brasil, V. S. (Orgs.). *Transfinitos - Colóquio*. Belo Horizonte: Autêntica; Aleph - Escola de Psicanálise, 2007, ano 6, n. 5, v. 1. p. 19-26.

DEJOURS, C. O corpo entre a biologia e a psicanálise: *Biologia, psicanálise e somatização*. In: VOLICH, R. M.; FERRAZ, *Psicossoma II*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

DEJOURS, C. *Repressão e subversão em psicossomática: investigações psicanalíticas sobre o corpo*. Rio de Janeiro: Zahar, 1991.

DICKSTEIN, P. Distúrbios psicossomáticos após pneumonia; relato de dois casos. In: *O corpo do Outro e a criança*. Rio de Janeiro: Escola Letra Freudiana, 2004, ano XXIII, n. 33, p. 181-186.

DOLTO, F. *Psicanálise e pediatria*. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

DOR, J. *Introdução à leitura de Lacan*. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1992, p. 71-95

ESCOLA LETRA FREUDIANA. *O corpo do Outro e a criança*. Rio de Janeiro: Letra Freudiana, 2004, ano XXIII, n. 33. (Hans, 6).

ESCOLA LETRA FREUDIANA. *Pulsão e gozo*. Rio de Janeiro: Dumará, 1992, ano XI, n. 10, 11, 12.

ESCOLA LETRA FREUDIANA. *O corpo da psicanálise*. Rio de Janeiro: Letra Freudiana, 2000, ano XIX, n. 27.

FERREIRA, R. A. *A pediatria da UFMG: inserção na mudança de ensino médico, implantada em 1975 e sua relação com o saber (paradigma científico) e a prática médica*. 2000. 332 f. Tese (Doutorado em Pediatria) - Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

FERREIRA, R. A.; PIMENTA, A. C. O sintoma na medicina e na psicanálise - notas preliminares. In: *Revista Médica de Minas Gerais*, 2003, n. 13(3), p. 159-229.

FREUD, S. *O problema econômico do masoquismo* [1924]. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 19).

FREUD, S. *O problema econômico do masoquismo*. Trad. Eduardo Vidal, in Letra Freudiana- Escola, Psicanálise e Transmissão, Ano XI, n. 10-11-12, p. 125, 1992.

FREUD, S. *As neuropsicoses de defesa* [1894]. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 3).

FREUD, S. *As origens da psicanálise* [1895]. Rio de Janeiro: Imago, 1977. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 1).

FREUD, S. *Uma perturbação psicogênica da visão segundo a psicanálise* [1910]. Rio de Janeiro: Imago, 1974. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 11).

FREUD, S. (1913). *O interesse científico da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 13).

FREUD, S. *Introdução ao narcisismo* [1914]. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 14).p. 92

FREUD, S. *A pulsão e suas vicissitudes* [1915]. Rio de Janeiro: Imago, 1974. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 14, p. 89).

FREUD, S. Os caminhos da formação dos sintomas. In: *Conferência XXIII* [1916-1917]. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 419-440 (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 16).

FREUD, S. Psicanálise e psiquiatria. In: *Conferências introdutórias sobre psicanálise, XV* [1917]. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 16).p. 289-303

FREUD, S. Angústia e Vida Pulsional. In: *Conferência XXXII* (1933). Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 19).

FREUD, S. *A psicanálise e as neuroses de guerra* [1919]. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 17).

FREUD, S. *O eu e o isso* [1923]. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 19).

FREUD, S. *A questão da análise leiga* [1926]. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 20). P. 291

FREUD, S. *Inibições, sintomas e angústia* [1926]. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 20).

FREUD, S. *Construções em análise* [1937]. Rio de Janeiro: Imago, 1974. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 23). 292-304

FREUD, S. *Esboço de psicanálise* [1938-1940]. Rio de Janeiro: Imago, 1975. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 23). p. 168

FREUD, S. *Projeto para uma psicologia científica* [1895]. Rio de Janeiro: Imago, 1977. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 1).

FREUD, S. *Além do princípio do prazer* [1920]. Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 18).

FRIGUET, H. RSI e psicossomática. In: Teixeira. A. B. R. (Org.). *Psicanálise e psicossomática*. Salvador: Ágalma, 1993. v. 3, p. 41-53.

GAULIN, Ph. *Traitr: Cent ans après la psychanalyse de Freud dans une société technomédical*. Controverses (Canadá): Triptyque, 2006.

GONTIJO, T. *A escrita na psicanálise: imagens, sonhos, caligrafia*. Trabalho apresentado no Colóquio A escrita da psicanálise do Aleph - Escola de Psicanálise. Belo Horizonte, ago. 2006.

GRODDECK, G. *O livro d'isso*. Tradução de José Teixeira Coelho. São Paulo: Perspectiva, 1984.

GUERRA, A. M. C. *A Lógica da clínica e a pesquisa em Psicanálise: um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Departamento de Psicologia da UFMG, Belo Horizonte, 2007.

GUERRA, R. B. *As voltas do corpo à palavra: um caso de manifestação psicossomática na criança*. In: SESSÃO CLÍNICA. Belo Horizonte: Aleph - Escola de Psicanálise, 20 mar. 2006. Não-publicado.

GUIOMARD, P. *Entrevista em Paris*. Campinas: V Congresso de Psicopatologia da Universidade Estadual Campinas, 12 jul. 2000. Concedida a Mario Eduardo Costa Pereira. Não-publicada.

GUIR, J. Fenômenos psicossomáticos. In: *Psicossomática e psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.p. 48

GUIR, J. *A psicossomática na clínica lacaniana*. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.p. 25-26

GUIR, J.; VALAS, P. In: *Correio do Simpósio*, ano 3, n. 5, p. 34-41, 1989. Paris, 1988. (Responsáveis pelo Group de Recherches Psychosomatiques (GREPS) du Departement de Psychanalyse de l'École de la Cause Freudienne). Entrevista concedida a Antonio Benetti.

GUIR, J.; VALAS, P. *O fenômeno psicossomático*. Entrevista à Revista *Correio do Simpósio*, Belo Horizonte, ano 3, n. 5, p.34- 41, 1999.

HERRMANN, F.; LOWENKRON (Org.). *Pesquisando com o método psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

IRIBARRY, I. N. O que é a pesquisa em psicanálise? In: *Revista Agora*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003, v. 6.

KREISLER, L. *A nova criança da desordem psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

LACAN, J. A ciência e a verdade [1965]. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 860-892.

LACAN, J. *Le Séminaire, livre IV: La relation d'objet* [1956-1957]. Paris: Éditions du Seuil, 1994.

LACAN, J. Nota sobre a criança [1969]. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. p. 369-370.

LACAN, J. A agressividade em Psicanálise. In: *Escritos*. Rio de Janeiro; Zahar, 1998. p. 101-126.

LACAN, J. O estágio do espelho [1949]. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 96-103.

LACAN, J. *O seminário, livro 1: Os escritos técnicos de Freud* [1953-1954]. Rio de Janeiro: Zahar, 1986. ps. 12-71-168

LACAN, J. *O seminário, livro 10: a angústia* [1962-1963]. Rio de Janeiro: Zahar, 2004. Lição de 28 nov. 1962.

LACAN, J. *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* [1964]. Rio de Janeiro: Zahar, 1979. ps. 119-176 e 215-16

LACAN, J. *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise* [1969-1970]. Rio de Janeiro: Zahar, 1992. p. 39-50

LACAN, J. *O seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise* [1954-1955]. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 136.

LACAN, J. *O seminário, livro 3: as psicoses* [1955-1956]. Rio de Janeiro: Zahar. 198, p. 352.

LACAN, J. Psicoanálisis y medicina [1966]. In: *Intervenciones y textos*. Buenos Aires: Manantial, 1985. p. 86-99.

LACAN, J. Televisão [1973]. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. p. 508

LACAN, J. *Conferência em Genebra sobre el síntoma* (1975). In: *Intervenciones y textos* 2, Buenos Aires: Manantial, 1988. ps. 115 e 137-144.

LACAN, J. De nossos antecedentes. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 69-76.

LACAN, J. Intervenção no I Congresso Mundial de Psiquiatria. In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. p. 132-135.

LACAN, J. *O seminário, livro 20: mais, ainda* [1972-1973]. Rio de Janeiro: Zahar, 1982. p. 9-20.

LACAN, J. R.S.I. [1974-1975]. In: *Ornicar*, n. 3, 1975.

LAURENT, E.;NOMINÉ, B.; MATET,J. D.et all. L'attribution réelle du corps, entre science et psychanalyse. (Table ronde sur la question de la psychanalyse face à la médecine périnatale) In: *Mental Revue Internationale de Santé mentale de Psychanalyse Apliquée*, Paris: Fr, n. 5, juillet, 1998, p. 42-58.

LEBOVICI, S.; WEIL-HALPERN, F.; *Psicopatologia do bebe*, Paris: PUF, 1989.

LECLAIRE, S. *O corpo erógeno*. São Paulo: Escuta, 1992.

LEFORT, R. R. (Org.). Image et objet: l'enfant sous le signifiant-maître. In: *Analytica 47*. Paris: Navarin: Editeur, 1986.

LEFORT, R. et R. A holófrase: a topologia do significante. Conferência. In: *Papéis do Simpósio*. Revista do Simpósio do Campo Freudiano, Belo Horizonte, 1987. p. 25-48.

LEFORT, R. et R. De lalangue à l'Autre. In: *L'Autre du bebe*. Series de la Découverte Freudienne, v. XIII, Quinzième Journée d'études du CEREDA. Toulouse (FR): Presses Universitaires du Mirail, 1992. p. 5-24.

LEFORT, R. et R. Le corps de l'Autre: du signifiant à l'objet *a* et retour. In: *L'enfant et la jouissance*. Analytica 51. Paris: Navarin: Ed, 1987. p. 7-17.

LOPES, B. L.; PERES, R. S. M. Uma escrita ilegível. In: *O corpo do Outro e a criança*. Rio de Janeiro: Escola Letra Freudiana, Ano XXIII, n. 33, 2004. p. 127-137,

MANONNI, M. *O psiquiatra, seu louco e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1971.

MANONNI, M. A psicanálise de crianças. In: *Um saber que não se sabe: a experiência analítica*. Campinas: Papyrus, 1989. cap. 4, p. 57-81.

MARINÉ, L. C. G. Corpo e psicossomática. In: *O corpo da psicanálise*. Rio de Janeiro: Escola Letra Freudiana, ano XIX n. 27, p. 323-328; 2000.

MARISCAL, D. L. Pulsão e escrita. In: BELISÁRIO, M. A.; MYSSIOR, S. G.; Brasil, V. S. (Orgs.). *Transfinitos - Colóquio*. Belo Horizonte: Autêntica; Aleph - Escola de Psicanálise, 2007, ano 6, n. 5, v. 1. p. 119-128.

MARQUES, M. C; MYSSIOR, S. G, FONTES, M. J. F. *Dermatite atópica grave: uma abordagem médica associada à psicanálise*. Pôster apresentado no XXIII Congresso Brasileiro de Alergia e Imunopatologia - *Revista Brasileira de Alergia e Imunologia*, v. 29, suplemento1, p. 26. Angra dos Reis (RJ), 2006.

MARTY, P. *L'investigation psychosomatique*, Paris: PUF, 1963.

MARTY, P. *A psicossomática no adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MC DOUGALL, J. *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1966. p. 10.

MC DOUGALL, J. *Em defesa de uma certa anormalidade: teoria e clínica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

MILLER, J. A. Algumas reflexões sobre o FPS. In: *Matemas II*. Buenos Aires: Manantial, 1990. p. 173-181.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.

MYSSIOR, S. G. Psicanálise com a primeira infância: clínica e pesquisa. In: *Transfinitos: A experiência da Psicanálise*. Belo Horizonte: Autêntica; Aleph - Escola de Psicanálise, 2004. v. 4, p. 169-174.

MYSSIOR, S. G. *A experiência de interseção da psicanálise com a pediatria: Como se escreve?* In: BELISÁRIO, M. A.; MYSSIOR, S. G.; Brasil, V. S. (Orgs.). *Transfinitos - Colóquio*. Belo Horizonte: Autêntica; Aleph - Escola de Psicanálise, 2007, ano 6, n. 5, v. 1. p. 273-281.

MYSSIOR, S. G. O desejo do analista e a questão moebiana da intensão/extensão da psicanálise. In: *O desejo do analista*, ano XXII, n. 30, 31, parte III. Rio de Janeiro: Escola Letra Freudiana, 2003. p. 183-186.

MYSSIOR, S. G. & PUJONI, S. F. *Do corpo à palavra: uma outra escrita*. Seminário de Psicanálise com Crianças, ministrado no Colóquio “A escrita na Psicanálise”, em Agosto de 2006, BH.

NASIO, J. D. *Psicossomática, as formações do objeto “a”*. (1983). Rio de Janeiro: Zahar, 1993. ps. 18-25, 52-53, 72,125-126.

NASIO, J. D. A forclusão local: contribuição à teoria lacaniana da forclusão. In: *Os olhos de Laura - o conceito de objeto a na teoria de J. Lacan*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p. 73- 89.

NEVES, S. M. R. Eu-pele, psicossomática e dermatologia: nos limites da palavra, da transferência e do corpo, a pele. In: *Psicossoma III: Interfaces da Psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 359-369.

PENNA, L. M. D. M. *Psicanálise e universidade: há transmissão sem clínica?* 2003. 114 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: Autêntica, 200, p. 38-39.

PIMENTA, A. C. *O trauma em Freud*. Texto apresentado nas atividades preparatórias para o *Encontro Nacional Trauma e Fantasia*. Campo Lacaniano, Belo Horizonte, 2006. Não-publicado.

PINTO, J. M. A instituição acadêmica e a legitimação da vocação científica em psicanálise. In: *Psicologia reflexão e crítica*, n. 3, v. 12, Porto Alegre, CPG Psicologia - UFRGS, 1999. p. 681-695.

- PINTO, J. M. A servidão ao saber e o discurso do analista. In: Furtado, A. P. (Org.). *Fascínio e servidão*. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.
- QUINET, A. A. O corpo e seus fenômenos. In: *Papéis do simpósio*. Belo Horizonte, 1988.
- ROSA, G. L. A. Pesquisa do tipo teórico. In: *Atas do encontro de pesquisa acadêmica em psicanálise e universidade*, n. 1, fev. 1994.
- SAMSON, F. *l'angoisse*. In: *Carnets 48*. Paris: École de Psychanalyse Sigmund Freud, p. 29-37, jan./fév. 2004.
- SANTIAGO, A. L. B. *A inibição intelectual na psicanálise: Melanie Klein, Freud e Lacan*. 2000. 325 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- SCHILLER, P. As psicossomáticas. In: *Psicossoma III: Interfaces da Psicossomática*. São Paulo: Caso do Psicólogo, 2003. p. 27-32.
- SCHILLER, P. *O médico, a doença e o inconsciente*, Rio de Janeiro: Revinter, 1991.
- SCHILLER, P. *A vertigem da imortalidade: segredos, doenças*. São Paulo: Cia. das Letras: 2000.
- SILVA, L. M. E. (Org.). *Investigação e psicanálise*. Campinas: Papyrus, 1993.
- SILVA, M. H. B. A constituição imaginária do corpo. In: *Autismos*. São Paulo: Escuta, 1997. p. 69-77.
- SOUZA, A. L. E. O caso clínico como ficção. In: *Revista Psicologia Clínica*. Rio de Janeiro: Dep de Psicologia da PUC, 2000, v. 12, n. 1.
- SPITZ, R. *O primeiro ano de vida* [1963]. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- STERN, D. *Mères-enfants: les premières relations*. Liège (FR),: Mardaga 1977.
- STEVENS, A. L'holofrase, entre psychose et psychosomatique. *Ornicar ?* n. 42, Revue du Camp Freudien, 1987-1988. p. 45-79.
- SZPIRKO, J. Ser doente, ter uma doença. In: *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Tradução de Luciano Elia. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.
- TEIXEIRA, A. B. R. (Org). *O sujeito, o real do corpo e o casal parental*. Salvador: Ágalma, 1998. (Coleção Psicanálise da Criança, 3, 4, 5).
- TEIXEIRA, A. B. R. (Org.). *Psicanálise e psicossomática*. Salvador: Ágalma, 1993. (Coleção Psicanálise da Criança, 3).
- TURATO, E. R. Tratado da Metodologia de Pesquisa Clínico-Qualitativa. Rio de Janeiro: 2003. p. 238-244

VALAS, P. *As dimensões do gozo: do mito da pulsão à deriva do gozo*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001. (Coleção Transmissão da Psicanálise, 67.).

VALAS, P. Exist-il um sujet psychosomatique? In: *Analytica 59* - GREPS, Paris: Navarin: Ed., 1989.

VALAS, P. Horizontes da psicossomática. In: *Psicossomática e psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1987. p. 77.

VALAS, P. Um fetiche para os ignorantes: psicossomática. In: *O corpo do Outro e a criança*. Rio de Janeiro: Escola Letra Freudiana, 2004, ano XXIII n. 33, p. 113.

VANDERMERSCH, B. Inscrito, mostrado, não articulado, In: *O sujeito, o real do corpo e o casal parental*. Salvador: Ágalma, 1998. p. 95-115. (Coleção Psicanálise da Criança, 3, 4, 5).

VIDAL, E. A. Dimensões do corpo: Winnicott e Lacan. In: *O corpo do Outro e a criança*. Rio de Janeiro: Escola Letra Freudiana, 2004, ano XXIII, n. 33, p. 27-37.

VIDAL, E. A. *O corpo da psicanálise*. Rio de Janeiro: Escola Letra Freudiana, 2000, ano XVII, n. 27, p. 7-9.

VIDAL, M. C. V. (Org.). Neurose Infantil: cem anos de Winnicott; uma contribuição à Psicanálise. In: *Revinter*. Rio de Janeiro: Escola Letra Freudiana, 1996, n. 19-20.

VIGANÓ, C. A construção do caso clínico em saúde mental. *Revista Curinga*. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise, n. 13, set 1999.

VOLICH, R. M. ; RANÑA, W. (Orgs.). *Psicossoma III: interfaces da psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

WARTELL, R. *et al. Psicossomática e psicanálise*. Campo Freudiano no Brasil. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. p. 87-97.

WINNICOTT, D. W. Urticaire papuleuse et ensations cutanées [1934]. In: *L'enfant, la psychê et le corps*. Paris: Payot, 1999. p. 218. (Bibliothèque Scientifique).

WINNICOTT, D. W. O papel do espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil [1967]. In: *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1971. p. 153.

WINNICOTT, D. W. A cura. In: *Tudo começa em casa*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005. p. 106-114.

WINNICOTT, D. W. *Los bebés y sus madres*. Barcelona: Paidós, 1998.

WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1971.

WINNICOTT, D. W. *Processus de maturation chez l'enfant: developpement et environnement*. Paris: Payot. Version française publiée par J. Kalmanovitch, 1987.

WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise: textos selecionados*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

WINNICOTT, D. W. Les visées du traitement psychanalytique. In: *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris: Payot, 1987. p. 133-138.

WINNICOTT, D. W. Objetos transicionais e fenômenos transicionais, In: *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 16.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1 Título do Projeto

Doenças e manifestações psicossomáticas na infância e na adolescência: construindo uma interseção da psicanálise com a pediatria

2 Objetivo do estudo

Esta é uma pesquisa realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais. O objetivo é verificar se o atendimento psicanalítico, junto com o atendimento médico que está sendo prestado ao seu filho pode ajudá-lo a melhorar mais rápido. Tem também o objetivo de ajudar o médico e o psicanalista a entender melhor os motivos da sua doença.

3 Procedimentos

Seu filho está sendo indicado pelo médico que o está acompanhando, para realizar também o tratamento psicanalítico. O médico e o psicanalista se reunirão periodicamente para juntos discutir e acompanhar a evolução e as melhoras de seu filho, e, assim, orientar a direção do tratamento.

Caso vocês concordem em participar deste estudo, seu filho deverá permanecer em tratamento por um período aproximado de 6 meses. Durante esse tempo, ele deverá comparecer uma vez por semana ao consultório do analista.

A primeira entrevista é só com os pais ou, pelo menos, com um deles. Durante o tratamento, os pais serão chamados algumas vezes para conversar com o analista sobre o tratamento. O trabalho psicanalítico consiste em conversas do analista com seu filho. No caso de crianças, brinquedos são usados também.

A participação neste estudo vai oferecer a seu filho a possibilidade de tratar dos fatores emocionais que podem estar causando a doença ou participando dela. Vocês também estarão contribuindo para que os profissionais da saúde que cuidam de crianças e adolescentes possam entender melhor o que se passa com eles quando adoecem, e possam ajudá-las mais.

Ao participar dos atendimentos com o psicanalista, vocês, os pais, e seu filho não estarão expostos a riscos. Vocês podem decidir interromper a participação no estudo a qualquer momento em que acharem conveniente. Se isso ocorrer, o tratamento com o médico continua da mesma forma, sem nenhum prejuízo para o seu filho. Solicitamos apenas que o psicanalista seja avisado da decisão de não continuar o tratamento.

Vocês não receberão pagamento nem terão custos para participar do estudo. Se, depois de ler este consentimento e esclarecer as dúvidas, vocês estiverem de acordo com a participação de seu filho, solicitamos que assinem este termo de consentimento. Mesmo após a assinatura, vocês poderão sair do estudo, no momento em que desejarem. Se não

tiverem dúvidas agora, podem perguntar mais tarde ao médico ou ao psicanalista qualquer ponto que você não tiver entendido bem.

Caso vocês desejem falar com alguém sobre este estudo por julgar que foram prejudicados ao participar, ou caso tenham qualquer outra questão relativa ao estudo, vocês devem telefonar para os pesquisadores ou para o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG para as providências necessárias. Os telefones se encontram na cópia deste consentimento que ficará com vocês.

Se vocês concordarem que seu filho seja incluído nesta pesquisa, entrem em contato com a **Dra. Sílvia Myssior** pelo telefone, para marcar um horário.

•	Dra. Silvia Myssior	(31) 3287-4832
•	Dra. Maria Jussara Fernandes Fontes	(31) 3223-4389
•	Dr. Roberto de Assis Ferreira	(31) 3248-9540
•	Comitê de Ética da UFMG	(31) 3248-9364

Importante!

A UFMG não tem nenhum programa para reembolsá-lo na ocorrência de danos ou acidentes que não sejam da responsabilidade dos pesquisadores.

Confidencialidade das informações

As informações obtidas de vocês serão confidenciais e mantidas nos limites garantidos pela lei. As pessoas que não estão envolvidas no estudo não terão acesso a nenhuma informação.

Vocês receberão uma cópia deste consentimento.

Assinatura do responsável (pai, mãe, outro)	
Data	
Seus telefones para contato	
Assinatura do entrevistador	
Data	

Obs: As cópias assinadas deste consentimento são arquivadas pelo pesquisador.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Para pacientes de 12 a 15 anos

Título do projeto

Doenças e manifestações psicossomáticas na infância e na adolescência: construindo uma interseção da psicanálise com a pediatria

Você está participando de um estudo da UFMG para ver se o tratamento psicanalítico, junto ao atendimento médico que você está recebendo, pode ajudá-lo a melhorar mais rápido. Este estudo servirá também para ajudar o médico e o psicanalista a compreender os motivos de sua doença ou manifestação.

Se você consentir em participar, deverá permanecer por mais ou menos 6 meses em tratamento psicanalítico e comparecer uma vez por semana ao consultório do analista. A primeira entrevista é só com os pais e durante o seu tratamento eles serão chamados algumas vezes para conversar sobre o tratamento.

O que você falar ou escrever na sua sessão de análise será mantido em sigilo e não será passado a seus pais. O material que você produzir na análise será, como o de todos os outros pacientes, arquivado no consultório e mantido sob a guarda do psicanalista. No estudo ou na publicação dos resultados, nem seu nome, nem o nome de seus pais serão revelados.

Você virá ao tratamento psicanalítico para conversar e, se quiser, escrever ou desenhar. Seus horários serão marcados com a analista, **Dra. Silvia** pelo telefone **3287-4832**.

Você e/ou seus pais não receberão nenhum pagamento, e não haverá custos para participar deste estudo. Com esse tratamento, você e seus pais não estarão expostos a nenhum risco.

Se vocês decidirem interromper a sua participação no estudo, o tratamento médico continua da mesma forma. Apenas pedimos que o analista seja avisado da decisão de interromper. Se você tiver alguma dúvida, pode perguntar agora ou mais tarde ao médico ou ao psicanalista. Se quiser falar com os responsáveis por este estudo, pode ligar para:

•	Dra. Silvia Myssior	(31) 3287-4832
•	Dra. Maria Jussara Fernandes Fontes	(31) 3223-4389
•	Dr. Roberto de Assis Ferreira	(31) 3248-9540
•	Comitê de Ética da UFMG	(31) 3248-9364

Seus pais já assinaram o ANEXO A e ficaram com uma cópia.
Esta é a sua parte, ANEXO B; por isso, você receberá cópia deste Consentimento.

Consinto em participar do estudo.

Nome

Belo Horizonte, novembro de 2005.

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

Parecer nº. ETIC 332/05

Interesse: Profa. Maria Jussara F. Fontes
Depto. de Pediatria - FMUFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, aprovou no dia 09 de novembro de 2005, depois de atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado « **Doenças e manifestações psicossomáticas na infância e adolescência: construindo uma interseção da Psicanálise com a Pediatria** » bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

O COEP recomenda que seja corrigido a expressão "anexo 2" por "anexo B" para coerência do documento.


Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP/UFMG