

Considerações sobre o gozo em um caso clínico de psoríase

Heloísa Helena Aragão e Ramirez

& Tatiana Carvalho Assadi

Se o que mais existe de mim mesmo está do lado de fora, não tanto porque eu o tenha projetado, mas por ter sido cortado de mim, os caminhos que eu seguir para sua recuperação oferecerão uma variedade inteiramente diferente.¹

O trabalho desenvolvido no Instituto da Pele, da UNIFESP, nos colocou em contato com a psoríase, doença de pele que no Brasil atinge mais de cinco milhões de pessoas. Trata-se de uma afecção crônica de causa desconhecida que pode se apresentar desde formas mínimas, com pouquíssimas lesões, até a chamada psoríase eritrodérmica, na qual toda a pele se encontra comprometida. A forma mais frequente é a psoríase em placas, que se caracteriza pelo surgimento de lesões avermelhadas e descamativas na pele. Ocorre igualmente em homens e mulheres. A medicina leva em consideração que em boa parte dos casos, fenômenos emocionais podem estar relacionados com o surgimento ou o agravamento da psoríase, associado a uma predisposição genética para a doença. O mal-estar geralmente é determinado pelo prurido e pela coceira, e nos casos mais severos, pelo aspecto das lesões, que em geral é motivo de vergonha e sentimento de rejeição. Quase invariavelmente nos deparamos na clínica com a repercussão psíquica do impacto que a doença causa na relação do sujeito com o laço social, evidenciada pela lesão que se mostra na pele, e que interfere na maneira do sujeito existir no mundo.

Helena foi indicada para fazer análise por outra paciente que também “lutava contra a psoríase”, uma indicação que passou, sem dúvida, pela suposição de saber uma vez que a analista estava vinculada à coordenação do projeto alocado no Instituto da Pele (UNIFESP): “Aspectos Psicológicos do Paciente com Vitiligo e Psoríase”, ligado à Rede de Sintoma e Corporeidade do FCL-SP. No entanto, não é difícil conjecturar que neste primeiro momento a transferência não estava colocada na suposição de saber sobre o sujeito do inconsciente, como é de se esperar em um caso de análise, mas numa suposição de saber sobre o objeto psoríase, com o qual Helena con-

1. Lacan, *O Seminário*: livro 10: *a angústia* (1962-1963/ 2005, p. 256).

vivia havia mais de 30 anos. Tanto foi assim, que pediu à analista a indicação de um médico que pudesse ajudá-la a se livrar de uma vez por todas, “dessa coisa horrorosa”, disse que “impregnou seu corpo”. Disse à analista que estava esperançosa e reanimada pela possibilidade de fazer um “tratamento novo, mais abrangente” por meio do qual ela iria conciliar os avanços da medicina, e quem sabe por um fim definitivo, às feridas de seu corpo, e contaria, para isso, com a ajuda da psicanálise.

Em *A terceira*, Lacan disse que sempre existe uma expectativa de êxito da psicanálise: “O que lhe pedimos é que ela nos livre tanto do real quanto do sintoma”.² Mas como psicanalistas, entendemos que não é desse lugar que devemos responder. Foi justamente isso que me fez rever este caso e pensar o que operou no manejo que produziu um efeito terapêutico reduzindo a psoríase a zero. Diferentemente da demanda médica, cujo princípio é eliminar o sintoma, para a psicanálise “o sintoma é uma formação de gozo singular, determinada ou ordenada pelo inconsciente”, e atua como “solução”, uma vez que surge na suplência ao “corpo a corpo de gozo”.³ A questão que está posta é “saber se e como a psicanálise, que opera pela palavra, dá um acesso eficiente a algo do corpo que seria real”.⁴

O que da história de Helena foi subtraído e inscrito no real do corpo, ferindo a carne?

Nos primeiros encontros com o dispositivo de análise ela se limitou a descrever o longo percurso que trilhou e os detalhes da peregrinação na busca de algo que resolvesse sua psoríase. A analista manteve o silêncio durante boa parte das entrevistas, e que foi interrompido pela a questão: “Pare... Diga-me o que veio fazer aqui?”. Surpresa pela repentina interrupção em sua falação, Helena conseguiu responder: “eu sei que boa parte do meu mal tem a ver com minha cabeça. Eu sei que tudo tem a ver com o meu emocional. Eu sei que você pode me ajudar”. Estabelecia-se aí um reposicionamento da analista, o início de uma transferência dirigida ao sujeito suposto saber da psicanálise e uma modesta implicação com o dispositivo de análise.

Foi um choro convulsivo e copioso o que marcou daí para frente as entrevistas preliminares. Ao sentar-se na poltrona do consultório, invariavelmente, a garganta de Helena se embargava, impedindo-a de falar livremente. Sua voz se ouvia entrecortada por soluços, sons e fungadas e, muitas vezes, apenas grunhidos. Eram momentos de muita aflição em que a analista precisava esperar um bom tempo para que a analisante se recuperasse da angústia que a experiência suscitava e pudesse articular alguma fala, estratégia que tornava as sessões mais longas, mas era uma tentativa de fazer emergir ali alguma revelação. Havia sessões em que Helena expressava apenas sons, sem sentido, nenhuma palavra, ela não sabia o que dizer e

2. Lacan, *A Terceira*, 31/10/1974.

3. Soler, *Sintoma, Acontecimento de corpo* (2010, pp. 31-52).

4. Soler, *A psicanálise e o corpo no ensino de Jacques Lacan* (2010, pp. 65-91).

nem por que o choro aflorava quando estava com a analista. Helena não compreendia o que se passava, era algo mais forte do que ela, alguma coisa que fugia ao seu controle. Esses episódios me fizeram pensar em algo como uma reatualização de lalíngua. Seria possível? Um som separado de sentido, mas afetado, gozado pelo corpo, um som reatualizado na experiência de análise de uma erupção de gozo cuja origem aconteceu mesmo antes da fala primeira? Esta é uma questão que merece consideração maior e que deixo aqui para futura discussão.

Extraí da história desta paciente alguns pontos que considero relevantes e que vale a pena relatar. Somente agora que ela estava com quase 60 anos, resolvera procurar por uma análise. Vivera toda a sua vida abalada pela tristeza. “Sozinha”, não tinha com quem contar. Havia muito tempo que sua família se “acabara”. Hoje, só tem um irmão vivo e não consegue se entender com ele. Mas Helena diz que sempre foi assim: “sozinha”! Tinha apenas dez anos na época em que sua mãe morreu, e esta foi uma experiência terrível. “Eu ainda precisava muito dela.”

Helena começou a sentir a falta da mãe pelo menos uns dois anos antes de sua morte, quando a doença se agravou e tornou-se insuportável. Sua mãe definhava a cada dia e sua ausência se fazia sentir em presença. Lembra-se que ela gemia e chorava baixinho e que de seu quarto podia ouvir os seus ais e os soluços de dor. O vômito e as cusparadas também faziam muito barulho, ficavam ecoando em seus ouvidos ao ponto de precisar tapá-los para conseguir dormir. Recordar-se da impotência do pai diante da doença da mãe e relata uma cena em que o vê sentado numa cadeira, com as mãos na cabeça como se a apertasse, chorando, desesperado “feito uma criança”. Uma imagem que ela nunca mais esqueceu e que vez por outra ainda a invade.

Surgiram outras cenas dantescas que costumavam invadir seus pensamentos. Na primeira delas, sua mãe encontrava-se sentada à beira da cama, muito pálida, segurando nas mãos um penico cheio de sangue. Ao término do relato, diz: “ela cuspiu sangue. Era um horror”. Conta que aquele foi um período marcado por uma série de acontecimentos carregados de desalento e que ficaram para sempre em sua memória. No dia em que a mãe morreu, Helena voltou da escola e levou um grande susto. Naquele tempo era costume velar os mortos em casa e forravam-se as paredes com um pano preto numa demonstração do luto em que se viam envolvidos os familiares. O preto era a representação do nada, da ausência e da escuridão. Criança, ainda, ao entrar em casa deparou-se com a mãe dentro de um caixão iluminado apenas pelas velas acesas em meio à sala escura. Helena disse que foi um “horror” tão grande, que ela saiu da sala gritando e chorando, completamente transtornada. “O meu pai teve o bom senso de não me deixar ir ver o enterro dela”,

e completa esta fala dizendo que “o mais impressionante de tudo isso” foi o fato de que para ela, durante um bom tempo, era como se a mãe não tivesse morrido. Ela passou anos mentindo para as colegas do colégio, fingindo que sua mãe estava viva. Quando alguém perguntava por ela, Helena tinha sempre uma resposta pronta ou criava uma nova história. Dizia: “minha mãe não gosta que eu faça isto...; ou minha mãe não quer que eu fique na rua; minha mãe não deixa; tenho que ir para casa porque minha mãe tá esperando etc.”. Não participou da festa de formatura do colégio, porque não tinha como apresentar sua mãe para as colegas de turma. Estas lembranças surgidas nas sessões eram sempre acompanhadas de muita angústia e comoção. Helena demanda uma resposta sobre a razão de fazer o que fazia. Ela quer saber por que não dizia que a mãe já estava morta? Ela quer saber por que mentia para as pessoas? Diz: “tem de haver alguma razão; sabe, eu sinto falta dela até hoje. Morrer o pai é difícil, mas a mãe...”.

Foram mais de dez anos alimentando a fantasia de que a mãe estava viva. Uma estratégia para não sofrer a dor do luto. Sem perda, não há separação. Foi a concreção imaginária do objeto de amor perdido que garantiu a Helena sustentar a falta da mãe que a privava de proteção e amor. A invocação deste espectro assegurava-lhe a ilusão de que ela estava viva, suprindo-a, desta forma, do desamparo avassalador. Não era uma visão fantasmagórica no sentido clássico da palavra: quimérica e assustadora que aparece inoportunamente. Ao contrário, era uma fixação, uma obsessão protetora que garantia sua sobrevivência, dando-lhe forças para: “eu aprendi tudo na rua, do jeito que deu, com as amigas”. Levanto aqui a hipótese de que esta não era uma simples falta que se substituiria por algum outro objeto, mas algo com valor de um furo, insubstituível, que fazia desaparecer o lugar na combinatória, a falta no lugar do Outro. Helena não conseguiu reatualizar esta falta fundamental, porque não havia a condição para isso: não tinha ao seu lado o Outro desejante. O lugar desde sempre vazio que não pode ser ocupado pela mãe, ela própria impotente, abriga o seu fantasma como forma de cerzidura. “É na medida em que a criança descobre que o Outro deseja, que poderá, por sua vez, desejar sob a forma de um objeto que lhe retornaria como falta.”⁵

Os momentos destas lembranças provocaram efeitos importantes na análise. A primeira cena, a do sangue, certamente faz referência à dimensão do real apontando para um objeto não especular próprio da sexualidade feminina. A segunda cena mostra o horror à morte irrompido pela presença implacável do corpo inerte, sem vida. Cenas que apontam para o real em jogo e para um gozo específico.

Os primeiros pontos de psoríase apareceram nos joelhos e cotovelos logo depois que menstruou pela primeira vez. Ficou apavorada.

5. Nasio, *Psicossomática*
– *As formações do objeto a*
(1983, p. 50).

Não tinha com quem falar sobre isso. Não sabia muito bem o que fazer com todo aquele sangue. Teve que se “virar” sozinha. Passando o impacto da menarca, começaram a aparecer os primeiros pontinhos vermelhos em sua pele, que só a incomodavam pelo fato de coçar.

Fez inúmeros tratamentos, passou por dezenas de médicos dermatologistas e outras opções alternativas. Por ser uma doença crônica, enfrentou diversas crises, de maior ou menor amplitude ao longo de sua vida. Em determinada ocasião atravessou uma delas em que 70% de sua pele esteve afetada. As lesões eram muito feias, coçavam sem parar e a pele escamava. Como estava “muito atacada” pela psoríase, procurou um curandeiro de quem havia obtido ótimas referências. Ele lhe ofereceu uma medicação cuja fórmula era composta com uma boa dose de cortisona. Helena sabia que a formulação continha a droga, mas não sabia dos efeitos colaterais que a droga provocava e fez uso contínuo da solução. A psoríase desapareceu no tempo em que usou o remédio. Alertada pelo farmacêutico que lhe aplicava as injeções e diante do inchaço que apareceu em seu rosto, parou de usar o remédio. O efeito rebote⁶ foi imediato, “um horror”, se viu atacada por uma psoríase extremamente acentuada. No entanto, esta experiência lhe trouxe um ganho absoluto. Conheceu o efeito que a cortisona proporciona de “limpar” a pele das feridas, quase que instantaneamente. Daí para frente Helena passou a fazer um uso conveniente da medicação. Sempre que tinha um encontro amoroso com alguém e sua pele estava “atacada”, preparava-a besuntando-se, uns dois dias antes, com uma pomada à base de cortisona que a livrava do constrangimento de sentir a mão do companheiro no seu corpo áspero. Estes eram tempos de amor quando oferecia seu corpo, narcisicamente investido ao outro.

Por que privilegiar esta história e o que nela foi pinçado como fundamentação da clínica? Seguramente, porque aqui repercute a forma como foi escrita e que se repete quase que invariavelmente em outros casos que temos atendido no Instituto da Pele quando se trata de algo como psicossomática. Foi escrita no corpo, ou melhor, inscrita no corpo, incrustada na carne em forma de lesão, uma linguagem que não passou pela simbolização, uma escrita hieroglífica, ilegível, indecifrável, mas que pode perfeitamente se revelar, já que o fenômeno psicossomático é da ordem da mostração, não satisfaz às leis da linguagem do inconsciente.

Retomando a teoria⁷ na fundamentação do fenômeno psicossomático, o que ocorre é uma incidência do significante sobre o corpo em virtude de um fracasso da função do Nome-do-Pai, um holofraseamento, permitindo que se estructure alguma coisa que é da ordem da letra. S1 cola em S2, sem o intervalo que possibilita a divisão do sujeito. Como não existe intervalo, não existe também objeto perdido, estilhaços pulsionais. O sujeito é compactado ao

6. O efeito rebote é a tendência que um medicamento tem de provocar o retorno dos sintomas que estão sendo tratados. Em casos extremos de efeito rebote, o reaparecimento dos sintomas poderão ser mais graves que no início da doença.

7. Este parágrafo foi retirado do artigo *A Fantasia Encarnada: um estudo sobre o fenômeno psicossomático* de Ramirez & Dunker (2011).

objeto. É como se todo o narcisismo se concentrasse nessa “marca que é antes de tudo uma assinatura...”. Além disso, Lacan fala em *autoerotismo sem relação de objeto*, e precisa, “que a indução significante, no nível do sujeito se passa de um modo que não coloca em jogo a afânise”, referindo-se a uma espécie de bloqueio, “de congelamento do significante no corpo, um curto-circuito que será responsável pelas manifestações corporais”.⁸

Isto significa que o sistema significante perde sua consistência, já que um significante não se remete mais a outro significante. Assim, conforme Nasio “há um objeto, e depois uma chamada significante que não teve resposta significante, mas teve uma resposta de objeto... A psoríase é uma resposta objeto para uma chamada significante, um significante remete a uma psoríase”.⁹ Um significante inventado que não é do Outro, é do Um, diferente dos outros que têm valor de real.

Por isso é tão difícil trabalhar na clínica com esses casos que se apresentam como sendo da ordem do fenômeno. A prática nos coloca sempre em xeque uma vez que nos deparamos com a falta daquilo que é justamente a mola, o artifício que impulsiona uma análise, que é a associação livre. Ainda mais, o corte não funciona, a interpretação não faz sentido com estes pacientes, porque estamos diante de algo que não responde à estrutura metafórica.

Retomo, então, a recomendação de Lacan¹⁰ sobre a possibilidade de clínica com estes pacientes: “É por esse viés, pela revelação do gozo específico que há na sua fixação que sempre é preciso visar abordar o psicossomático”. De que gozo específico se trata no psicossomático? Trata-se de um gozo fora do sentido, um gozo que existe ao sentido, um gozo cortado da relação com o Outro, um gozo autoerótico, um gozo do corpo próprio. Um gozo que nos remete a uma forclusão da significação fálica, portanto, do gozo fálico. O fenômeno psicossomático está arraigado no imaginário, é o imaginário invadindo o real, em oposição ao sintoma que é do simbólico elevado ao real. São formas diferentes de gozar. “No sintoma, os significantes, aqueles que deciframos, são significantes que tomaram corpo, que são gozados pela via de sua encarnação.”¹¹ No fenômeno psicossomático o que nós temos é o retorno do objeto no real, é o buraco **no** real do corpo. É o corpo em carne viva.

A partir do que se coloca, poder-se-ia dizer que o fenômeno psicossomático é um acontecimento de corpo? Ouso pensar que ele é diferente do sintoma, este sim um acontecimento de corpo cujo gozo “letrificado” é passível de decifração por meio do sentido. No entanto, Colette Soler diz que o sintoma é sempre um **fenômeno de corpo**, do corpo de gozo.¹² Ao tratar o sintoma como um fenômeno de corpo, pode-se dizer que o fenômeno psicossomático obedece à mesma lógica do sintoma? Um substituto sexual, decifrável? Temo que não. Seria, então, o fenômeno psi-

8. Lacan, *O Seminário: livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964/1973, p. 215).

9. *Psicossomática – as formações do objeto a. op. cit.*, p. 23.

10. Lacan, *Conferência em Genebra sobre o sintoma* (1975/1998).

11. Soler, *O “corpo falante”* (2010).

12. *Ibid.*

cossomático um acontecimento **no** corpo inscrevendo um traço do gozo Outro?

O fenômeno psicossomático é o retorno no corpo do próprio objeto *a*, é a exterioridade interior tornada real.

Então, o que faz a psicanálise operar diante de um acontecimento **no** corpo, algo que o esburaca até se fazer carne, ou qual é a direção do tratamento diante do corpo tomado pelo fenômeno? São estas questões que têm nos tomado tempo na Rede de Sintoma e Corporeidade.

No caso em discussão, vimos claramente a prevalência do imaginário sobre o real. Não havia equivalência entre as consistências. Um imaginário alargado em detrimento do simbólico, do sentido.

Assim, como estratégia optou-se pela manutenção das sessões mais longas, com o objetivo de deixar o analisante “trabalhar”, em seu tempo, com as lembranças mais primitivas e privilegiar a elaboração do luto, a simbolização do que há de mais fundamental: o desamparo sentido, que incidiu no para além do horror. Para isso, foi necessário que Helena perdesse, simbolicamente, a mãe, o objeto amado, possibilitando-a, desta forma, fazer o luto do objeto perdido. Suponho que isto também é o que tenha desencadeado sessões tão angustiantes. Paralelamente, o sujeito trabalhou com o gozo implicado no significante “sozinha” e no laço que isso fazia com a psoríase, e com a dor, já que Helena “sentiu na pele”, literalmente, o abandono. Presença/ ausência não simbolizada, que reaparece na alternância do aparecimento/ desaparecimento da psoríase.

[...] porque aquilo que chamo de gozo, no sentido em que o corpo se experimenta, é sempre da ordem da tensão, do forçamento, do gasto, até mesmo da proeza. Há incontestavelmente gozo no nível em que começa a aparecer a dor, e nós sabemos que é somente neste nível da dor que pode se experimentar toda uma dimensão do organismo que de outra forma fica velada.¹³

13. Lacan, *O lugar da psicanálise na medicina* (1966/2001, p. 12).

Mas Helena não conseguiu sustentar a experiência e foi-se embora. Disse para a analista: “Chega! Não aguento mais! Não quero mais sofrer. Vou parar de vir aqui, não estou suportando!”

Restou à analista o sentimento de não ter sabido manejar adequadamente a angústia e a frustração diante do vazio. Será que algumas tentativas de corte, ao longo daquele percurso, foram inadequadas, culminando num sofrimento maior do que a paciente pudesse suportar? A insistência do uso do artifício do corte, em que ele parece não operar, levou para a consequência desastrosa? Foram muitas as questões que me remeteram à lição lacaniana que se encontra na última página de seu seminário *O Desejo e sua Interpretação*:

Será que não devemos fazer uma parte essencial ao que se reproduz no fim de cada sessão, mas ao que é imanente a toda situação ela mesma, na medida que nosso desejo deve limitar-se a esse vazio, a esse lugar que nós deixamos ao desejo para que ele aí se situe, ao corte? Ao corte que é, sem dúvida, o modo mais eficaz da intervenção e da interpretação analítica, é também um daqueles que devíamos nos aplicar mais. Mas nesse corte há algo, esta coisa mesma que nós aprendemos a reconhecer sob a forma desse objeto fálico latente a toda relação de demanda como significante do desejo.¹⁴

14. Lacan, *O Desejo e sua Interpretação* (1958, p. 517).

Para surpresa da analista, pouco antes do Natal Helena mandou notícias suas por intermédio de uma amiga, a mesma que a indicou para a análise. Pediu-lhe para me dizer que estava muito bem, sem angústias e sem a psoríase. Estava “limpa de corpo e alma” e que agradecia aos céus, todos os dias, o tempo em que esteve em análise. Embora o par significante sujo/ limpo apareça com muita constância na clínica com os pacientes de psoríase, neste caso somente apareceu depois que efetivamente Helena sentiu-se limpa, talvez como resultado da operação que permitiu passar do sem sentido do corpo para o enigma do inconsciente.

Foi bom saber disso. Mas um novo questionamento apareceu. Se o paciente melhorou ou não, não é disso que se trata se pensarmos no sintoma como uma solução inconsciente dada por cada um “diante do enigma do corpo e seu saber”.¹⁵

15. Izcovich, L. *O Corpo Sintoma*. (2010).

De que se trata, então? Penso que o fenômeno psicossomático é um acontecimento **no** corpo, diferente do acontecimento **de** corpo dado pela via da histeria. Ele é um **fenômeno de corpo**, é “o despertar de um corpo que em sua essência é silencioso.”¹⁶ Não diz respeito à imissão do significante no corpo, mas a uma fixação, a uma colagem do par S1 – S2. “Se evoquei uma metáfora como a do congelado, é porque existe, efetivamente, essa espécie de fixação... O corpo se deixa levar para escrever algo da ordem do número.”¹⁷ Exatamente por isso é que Lacan recomenda tratar o psicossomático pelo viés do gozo. É preciso que o gozo tome um sentido, é preciso fazê-lo deslizar do gozo Outro para o gozo do sentido. Assim, no manejo da clínica com o paciente psicossomático o que se visa é a um trabalho para chegar ao *sentido do que se trata*, já que ele se encontra profundamente “*arraigado no imaginário*”, e para dar sentido ao gozo é preciso que se fale dele.

16. *Ibid.*

17. *Conferência de Genebra sobre o sintoma* op. cit.

Referências bibliográficas

- IZCOVICH, L. O Corpo Sintoma. In: *Prelúdio para O Mistério do Corpo Falante*, 2010. Endereço eletrônico em outubro/2010: <http://afcl.campolacanianano.com.br/assets/Uploads/Eventos-AFCL-EPFCL-Brasil/Preliminar-Roma-O-corpo-sintoma.pdf>
- LACAN, J. *O Seminário: livro 6: O desejo e sua interpretação* (1958-1959). Publicação não comercial. Circulação interna da Associação Psicanalítica de Porto Alegre.
- LACAN, J. *O Seminário: livro 10: a angústia* (1962-1963). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.
- LACAN, J. *O Seminário: livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1973.
- LACAN, J. (1966) O Lugar da psicanálise na medicina. In: *Opção Lacaniana – Revista Brasileira de psicanálise*. São Paulo, nº 32, 2001.
- LACAN, J. (1974). A Terceira. In: *7º Congresso da Ecole Freudienne de Paris*. Roma – Extraído do Documento de Trabalho da Association Freudienne Internationale – Lettres de l'École nº XVI.
- LACAN, J. (1975). Conferência de Genebra sobre o sintoma. In: *Opção Lacaniana – Revista Brasileira de Psicanálise*. São Paulo, nº 23, 1998.
- NASIO, J.-D. *Psicossomática – As formações do objeto a*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1983.
- RAMIREZ, H. & DUNKER, C. A Fantasia Encarnada: um estudo sobre o fenômeno psicossomático. In: RAMIREZ, H. & DUNKER, C. & ASSADI, T. *A Pele como Litoral: Fenômeno Psicossomático e Psicanálise*. São Paulo: Editora Annablume, Coleção Ato Psicanalítico, 2011.
- SOLER, C. O “corpo falante”. In: *Caderno de Stylus: O “Corpo Falante”*. Rio de Janeiro: EPFCL, 2010.
- SOLER, C. Sintoma, Acontecimento de corpo. In: *Caderno de Stylus: O Corpo Falante*. Rio de Janeiro: EPFCL, 2010.
- SOLER, C. A psicanálise e o corpo no ensino de Jacques Lacan. In: *Caderno de Stylus: O “Corpo Falante”*. Rio de Janeiro: EPFCL, 2010.

Resumo

O artigo trata de um caso clínico, cuja paciente procurou a psicanálise com o objetivo de pôr fim a uma doença (psoríase) com a qual convivia havia mais de 30 anos. O atendimento psicanalítico foi realizado paralelamente ao atendimento feito pela médica dermatologista, e o resultado foi a remissão da doença. Foi isto que fez a analista rever o caso e pensar o que operou e quais foram as particularidades que permitiram, mesmo que momentaneamente, reduzir a psoríase a zero. O que faz a psicanálise operar diante de um acontecimento de corpo, cujos significantes estão encarnados, ou ainda qual é a direção do tratamento diante da tomada de corpo pelo fenômeno? Assim, tomando-se alguns fragmentos do caso clínico, a analista perpassa pela relação do sujeito com seu corpo de gozo, tendo como base para a discussão o corpo enfermo, ferido, tomado pelo fenômeno, e a reflexão sobre a dificuldade que o paciente psicossomático tem no acesso ao simbólico, que é diferente da clínica clássica do sintoma histérico.

Palavras-chave

Gozo, fenômeno psicossomático, clínica psicanalítica.

Abstract

The article discusses a clinical case of a patient who sought psychoanalysis in order to put an end to her disease (psoriasis), with which she had lived for over 30 years. The psychoanalytic treatment was conducted along with the medical assistance carried out by the dermatologist. As a result, the remittance of the disease occurred. It was precisely this remittance that made the analyst review the case and wonder what happened during the treatment and which particularities, even momentarily, allowed a reduction of the psoriasis to zero. What makes psychoanalysis operate in an event of the body, whose significant is embodied, or else, what is the direction of the treatment when the body is taken by the phenomenon? Taking a few fragments of this clinical case, the analyst goes beyond the relationship of the subject and his/her body of jouissance. The discussion relies on the sick body, hurt, taken by the phenomenon, and the reflection is on the difficulty that the psychosomatic patient has towards the access to the symbolic, which is different from classical clinical of the hysterical symptom.

Keywords

Jouissance, psychosomatic phenomenon, psychoanalytic clinic.

Recebido

17/02/2011

Aprovado

11/03/2011

