

Um caso clínico: a questão da psicossomática

MIKEL PLAZAOLA

introdução

Como ocorreu no V Encontro Internacional dos Fóruns, em São Paulo, é comum, na literatura psicanalítica lacaniana, os significantes sintoma, gozo e amor conduzirem, de modo mais ou menos direto, a um dos conhecidos e fecundos axiomas de Lacan: "Não há relação sexual."

Se este axioma é difícil de ser absorvido por analisantes e analistas, o é, ainda mais, para os cidadãos comuns nos tempos atuais, e poucos são os que sabem disso.

Pode ser esse o pretexto que o caso ora apresentado propõe-nos como ponto de partida. Trata-se de um homem que, por azar da vida, tempos atrás, teve uma separação conflituosa. Surge uma mulher cujos atributos o homem apaixonado pode ver e com a qual se estabelece uma relação muito especial. Uma comunicação total e plena, em que, quase sem palavras, ambos sabem do outro, na mais alta cumplicidade e compenetração possível: isto é, a relação sexual existe. Mas os golpes que a vida prepara a todo ser humano, deixam pegada? Ferida? Rastro? Eis um fenômeno clínico muito particular e complicado de entender, ao menos para nós.

O caso

Trata-se de um afável indivíduo de quarenta anos, que sofre em razão de o seguro não lhe custear as astronômicas cifras que um famoso hospital privado lhe exige por um tratamento psicológico, que lhe garanta a solução de seu sintoma.

Recorreu a esse centro hospitalar através de seu seguro, pela gravidade que começava a adquirir um problema surgido há um ano: uma síncope. O fenômeno provocava perda de conhecimento repentina e brusca, com duração média de 10 a 20 minutos

e frequência quase diária. Desse “desmaio”, acordava mais ou menos atordoado, e, se a queda não provocasse maiores transtornos, podia seguir sua atividade anterior normalmente .

O significado do termo Síncope nos textos de medicina é: “Perda súbita do conhecimento, devida a uma isquemia cerebral generalizada” atribuída a distintas causas, recebendo o adjetivo correspondente (cardíaca, convulsiva, de deglutição, digital, de estiramento laríngeo etc)

Quanto à isquemia: insuficiência da irrigação de uma zona, devida a uma constrição funcional ou uma obstrução real de um vaso sanguíneo. Modalidades: assintomática (Isquemia cardial, sem dor nem outros sintomas), raquicefálica (Artritis de Takasyasu, cerebral, o infarto), hipóxica... com ou sem sintomas premonitórios.¹

¹ Dorland, 2005.

Dado o impacto do fenômeno, J.A. leva um pequeno cartaz para tranquilizar quem o vê desabar repentinamente, no qual explica tratar-se de desmaios de origem psicológica. No texto informa, ainda, que não é necessário chamar a urgência, porque não ocasiona feridas ou lesões. E pede desculpas pelos incômodos que possa ocasionar.

Os exaustivos e complexos exames dão como resultado “síncope de origem psíquica sem causa orgânica”. E se o mencionado centro lhe atribui etiologia psicógena, podemos estar seguros de que não há causa orgânica.

Numa ocasião, e em conseqüência de uma queda, bateu fortemente a cabeça, causando-lhe um hematoma subdural, o que o faz decidir aceitar oferta de internação no centro para ser submetido a um tratamento psicológico. Mais adiante, retifica tal versão, recordando que a batida e, conseqüentemente, o hematoma, aconteceram enquanto estava em tratamento.

Ele previa que a pesquisa iria revelar-lhe que as síncope se repetem em razão do falecimento de sua segunda parceira.

Por trás de um encontro casual, inicia-se a relação de J. A com essa mulher. Tem dificuldade em encontrar os qualificativos adequados para defini-la, mas diz: uma comunicação perfeita.

“Por exemplo, se ela estava com uns amigos, e eu chegava um pouco mais tarde, bastava um olhar para saber se, na realidade, queria que a tirasse dali porque estava entediada”.

E continua: “Era uma mulher fora de série, inteligente,

carinhosa... completávamo-nos de um modo especial... ríamos muito, divertíamos-nos e bastavam poucas palavras para saber como estava o outro”.

Enfim, uma relação que colocaria em desconfiança o axioma assinalado, pois a partir dela se poderia afirmar que a relação sexual existe.

No ano em que iniciou a relação com a mulher, a quem chamaremos M., ela começou a queixar-se de moléstias na pélvis, às quais não foi dada a devida atenção pelos médicos. Entretanto, depois de seis meses, já num exame mais exaustivo, evidenciou-se um câncer já com metástase, que a levou à morte em três meses.

Em seu relato, J.A. não manifesta aborrecimento ou queixa, pelo que poderia ser negligência médica, apresenta apenas um gesto de contrariedade com a boca.

Ele recorda todo o último mês de vida de M., a agonia, sua deterioração, sua dor e seu sentimento dificilmente suportável de, apesar de todos seus cuidados (a acompanhou e cuidou todos os dias e horas nas últimas semanas), não pôde fazer nada mais que ser testemunha de seu sofrimento e definhamento.

Aquele corpo enfermo e em deterioração tem uma certa ressonância na atual situação de J.A., que padece de males múltiplos: sopro no coração, freqüentes e terríveis enxaquecas, suspeita de cálculos renais em exames que podem explicar o fato de urinar sangue, insônia, dores no quadril por desgaste... hérnia de disco no pescoço como efeito da queda brusca da cabeça nas síncope, e, o que mais chama a atenção, não há queixa ou angústia, não parece haver afeto neste estado físico.

A informação desses males aparece descontínua e dispersa em seu relato. E se unifica e adquire certo peso, quando uma amiga lhe chama a atenção para a freqüência e quantia de seus males, e o relato (não de queixa) que deles faz, quando tem de explicar que não pode passear muito tempo por causa das dores no quadril, ou que lhe dói urinar, ou que não pode sair de casa por causa da enxaqueca, ou que não pode fazer esporte por causa da taquicardia.

Seu relato nas entrevistas tem sido marcado pelo estigma do tratamento psicológico recebido e pelas síncope e complicações geradas.

Para ele, ao menos quanto aos efeitos, esse tratamento

consistiu numa técnica de recordação e tomada de consciência dos momentos de deterioração de M. Ele sabe que isso é prévio e desencadeante da síncope. Alega que, uma vez localizada a lembrança, trata-se de fazer um “stop-showing”: uma interrupção do pensamento ou lembrança patógena e substituí-los por uma lembrança positiva com M.

Mediante tal técnica e, estando internado, conseguiu controlar as síncopes. Primeiro, localizando-as e prevenindo a queda; posteriormente, evitando a síncope.

No entanto, em virtude do efeito, segundo os médicos, a alta foi prematura e, aos poucos, voltaram as síncopes com mais intensidade e freqüência. No hospital, a psiquiatra e a psicóloga que lhe haviam prescrito o tratamento, propõem reiniciá-lo de forma ambulatorial. Mas o seguro não arca com o tratamento, por ter acabado sua cota, e ele não pode custeá-lo.

J.A. sabe com clareza, por vê-lo evidenciado no tratamento, que suas síncopes são causadas pelas lembranças da morte de M. Entretanto não se encaixa o fato de que, se ao princípio passou muito mal, com o passar dos meses superou a perda. Tem relação muito boa com o filho de M., e com ele pode falar dela, recordar experiências e histórias, inclusive recordar os últimos dias, já com certa calma. Mas as síncopes põem em evidência que, pelo jeito, não aceita sua morte.

Um dos poucos sonhos de que se recorda, senão o único, é com M., e nele ela lhe diz que já descansa, está em paz e o aconselha a refazer sua vida, que siga vivendo.

Ele tem tentado refazer sua vida. Tem uma boa amiga com a qual conta muito para passear, fazer planos etc. Um pouco assombrado, J.A. diz que, apesar de tudo, é como se não pudesse fazê-lo, como se algo o impedisse.

Está de licença do trabalho há um ano. Vive numa residência alugada, porque o divórcio da primeira mulher o deixou em uma situação econômica precária, tendo que abandonar o apartamento da família.

Tem dois filhos já independentes com os quais se dá muito bem e que, embora no divórcio tenham ficado com a mãe, esta, ao constituir uma nova relação, desligou-se deles, fazendo com que cada um fosse embora com suas respectivas parceiras.

Algo que impressiona no relato de J.A. é a temporalidade.

Parece estar falando de história mais ou menos antiga, mas ao pedir-lhe mais concretude, damos conta do pouco tempo transcorrido: M. morreu há quase um ano, o tratamento com internamento foi há sete meses, está há seis anos divorciado, viveu três anos sozinho e em situação um tanto precária, faz três anos que conheceu M., faz dois que conviveu com ela.

O mesmo ocorre com o tratamento: tal alta por ter logrado o "controle" de suas síncope, ocorreu apenas há cinco meses, e tal controle se refere a duas ou três ocasiões em que, estando internado, conseguiu neutralizar a síncope, ou seja: deu-se conta de que ia ter que substituir o pensamento doloroso por outro positivo e não perder o conhecimento.

Transmite-nos a idéia de um homem bastante sugestível pelas ciências médica e psicológica, alguém fixado aos significantes das mesmas.

a orientação e as questões

Este caso tem sido marcado pela exaustividade das provas médicas realizadas e, conseqüentemente, hipóteses de internação, mas também pela suspeita de psicose de outro profissional que o atende nesses serviços.

No meio, situa-se nossa hipótese: resposta psicossomática. Hipótese que vamos tratar de argumentar por meio de um percurso do caso, à luz de distintos enfoques.

O diagnóstico, a compreensão e localização dentro da clínica dos fenômenos psicossomáticos têm sido (e são) difíceis e problemáticos. Em relação à psicanálise, como assinala Roudinesco, se a psicose foi o caminho de entrada da psicanálise na psiquiatria, o que fez entrar a psicanálise na medicina foi a psicossomática².

Desde os precursores da psicossomática, como Grodeck, Alexander, Sífnos, até a Escola de Psicossomática Francesa de Marty, Kreiler e outros, tratou-se de articular a relação entre o anímico e o corporal. Entendendo por anímico, sobretudo, os afetos, as emoções e a consciência deles. Isto, em muitos casos, tem situado a psicossomática entre o pólo dos transtornos mentais e o dos orgânicos, com maior ou menor influência do pólo complementar de cada caso: alexitimia, depressão branca, emoções reprimidas etc.

² Roudinesco. Dicionario de psicoanálisis, 1998

São conceitos aos quais a clínica trata de recorrer na hora de discriminar campos clínicos fenomenicamente próximos, mas diferentes, como: a hipocondria, a somatização e a conversão.

Em desenvolvimento posterior, o acento recai em funções mentais que organizam ou articulam os afetos e emoções.

A explicação de Lacan é coincidente com a medicina psicossomática em quatro elementos, na hora de pensar um determinado fenômeno, em termos de resposta psicossomática³.

- Lesão, corte ou descontinuidade real em um órgão ou conjunto de órgãos;

- Falta de etiologia médica evidenciada pelas pesquisas médicas;

- Biografia

- Falta de composição dialética do fenômeno.

No que se refere ao caso, e atendendo a esses critérios, podemos situá-lo dentro da clínica psicossomática.

Se, por um lado, não se evidencia lesão (salvo nas seqüências: hematoma subdural, hérnia cervical etc), há uma descontinuidade no funcionamento vígil da consciência do indivíduo: a desconexão total de seu refletir mental no momento da síncope, assim como estes tem suposto em sua vida dos últimos tempos. Por outro lado, estão os problemas orgânicos e mais ou menos próximos à clínica psicossomática, que indicam um corpo afetado e um modo particular de viver o mesmo.

As pesquisas médicas evidenciam a falta de etiologia médica na síncope.

A síncope atual se desencadeia a partir do acontecimento vital essencial: a agonia e morte da parceira.

Em seu relato, o sujeito não faz associações em relação ao fenômeno da síncope, se não o que a ciência médica recomenda. Esta é aceita, mas apesar das contradições na explicação médica, o sujeito não pode articulá-la com elaboração alguma, limitando-se a assinalar o contra-senso.

A partir daqui, recorreremos, num primeiro passo, à Escola de Psicossomática de Marty.

A grandes traços, essa escola centra-se no funcionamento do pré-consciente, "ponto central da economia psicossomática" que cumpre uma função de reservatório de representações de experiências percebidas e vividas em distintos momentos evolutivos

³ Eidelsztein. Las estructuras clínicas a partir de Lacan, 2001.

da vida. Sua função é ligar percepções e representações, em particular representações de coisa e de palavra⁴.

A partir desse ponto de vista, a resposta psicossomática em um indivíduo viria determinada pela falta de mentalização.

A mentalização produz-se a partir do modo como o pré-consciente efetua suas ligações de representações. Nesse sentido, a capacidade e a riqueza da simbolização seriam o êxito do pré-consciente, porque uma articulação progride desde as representações de coisa até às de palavra e à articulação entre elas.

O processo de somatização se situa num eixo entre dois pólos. Por um lado, o extremo da desorganização psicossomática, seqüelas de desorganizações mentais, que dão lugar, finalmente, a enfermidades evolutivas.

No outro pólo, estariam as regressões somáticas (semelhantes às mentais), que dão lugar a enfermidades reversíveis.

Em termos gerais, um desencadeamento psicossomático origina-se dentro de um período de latência mais ou menos prolongado, posteriormente a uma desorganização mais ou menos profunda do funcionamento mental, sempre acompanhado de uma depressão pouco notada⁵.

Desse ponto de vista, a somatização é entendida como uma forma de barreira à organização mental, na qual o problema psicossomático faria a função de estabilização da desorganização. A "gestão" do trauma não se realiza por via de mentalização com suas representações, fantasmatisações, palavras etc. Estas são demasiado pobres para tramitar os gozos em jogo.

Assim, neste paciente, pode-se pensar que a síncope evitaria uma desorganização mental previsível pelos efeitos de um luto impossível. Nas palavras do próprio sujeito, o que é evidenciado também pelo tratamento psicológico no hospital, ele sabe que a síncope tem relação com a impossibilidade de aceitar a ausência de sua parceira. Ao evocar lembranças e imagens da agonia dela, ocorre a síncope, mas saber não evita que elas se repitam.

Utilizando uma metáfora da qual ele mesmo se serve, antes da representação insuportável desorganizar a mente deste indivíduo, ele desconecta a consciência. Em suas palavras: "Pelo jeito, ao recordá-la em sua agonia, dá-me a síncope e não me inteiro de nada".

Afortunadamente, o sujeito não cai na ingenuidade do

⁴ Marty, Los movimientos individuales de vida y muerte, (1992 p.50).

⁵ *Ibid.*, p.66.

tratamento proposto pelo hospital, porque se surpreende pelo contra-senso de poder aceitar a morte de sua amada, falar dela com amigos comuns, e, não obstante, fazer síncope vinculadas às recordações dolorosas dela; ou, por outro lado, que as síncope aconteçam mesmo não pensando nela, lógica que poderia se esperar de uma explicação mecanicista, como o proposto no tratamento.

Após sua recuperação espetacular, que surpreendeu a médicos e terapeutas, dando-o por curado, as síncope ressurgiram com maior intensidade, e agora, diariamente.

Em contraste com a opinião dos terapeutas do hospital, não é nas representações conscientes ou do eu que se explica a desorganização psicossomática. Como assinala Marty, quando as representações da palavra perdem seu componente afetivo e simbólico e conservam somente o seu valor de representação de coisa, remetem a um discurso organizado segundo a realidade pouco dialetizável das coisas. Isso está mais de acordo com o discurso deste indivíduo.

Tratemos de avançar na problemática da psicossomática e do caso concreto de J.A.

Para a escola de Marty, o conceito de mentalização é um divisor de águas entre a psicose e a desorganização psicossomática: o que diferencia a psicose (e a neurose) é, sobretudo, uma estruturação psíquica que se evidencia na mentalização; a desorganização psicossomática, pelo contrário, é efeito de um déficit de mentalização.

Lacan, por sua vez, afasta-se desse ponto de vista e volta a relacionar e, em certa medida, a aproximar ambos os campos clínicos.

Não tratamos o fenômeno psicossomático de maneira exaustiva e direta: há nove referências em seus seminários e escritos, algumas delas colaterais. Seguindo seu estilo, requer fazer uma abstração de outros progressos para descobrir sua contribuição.

Lacan se distancia da medicina psicossomática, sobretudo a partir de *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Em primeiro lugar, não fala de sintoma, mas de processo, reação, ou fenômeno psicossomático, ou seja, não é um sintoma no sentido analítico. Situa-lo como fenômeno ou

reação permite à corrente psicossomática diferenciar o fenômeno da estrutura. Isto é, embora não seja um sintoma analítico, é um fenômeno que se pode produzir em diversas estruturas clínicas, o qual traz como consequência a necessidade de entender o diagnóstico com maior precisão.

Desse modo, para Lacan, o fenômeno psicossomático se situa fora do campo da neurose. Expressa-o, taxativamente, na oitava aula de *O Seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*: em toda relação narcisista o eu é o outro e o outro é o eu. Bate pé firme na necessidade de entender os fenômenos psicossomáticos do ponto de vista do narcisismo: o importante é que alguns órgãos estão envolvidos na relação narcisista, estrutura que constitui a relação do eu com o outro e com o mundo dos objetos. Por trás do narcisismo, você tem o autoerotismo⁶.

E no mesmo texto, pondo em relação os fenômenos psicossomáticos e a neurose, indica que esta “está sempre enquadrada pela estrutura narcísica. Mas como tal, ela está além, num outro plano (...) Se algo é sugerido pelas reações psicossomáticas como tais, é justamente por estarem fora do âmbito das construções neuróticas. Não se trata de uma relação ao objeto. Trata-se de uma relação a algo que está sempre no limite de nossas elaborações conceituais (...) estou-lhes falando do simbólico, do imaginário, mas há também o real. As reações psicossomáticas estão no nível do real”⁷.

Assim mesmo, assinala mais adiante “Freud converge com a filosofia da ciência, que não temos nenhum outro meio de apreender o real - em todos planos, e não somente no do conhecimento - se não é por intermédio do simbólico”. O que aponta para dificuldade inerente ao fenômeno psicossomático: a abordagem do real pelo simbólico em um sujeito que “produz” um fenômeno psicossomático por sua impossibilidade ou dificuldade de simbolizar algo do real.

Tal consideração nos traz alguma luz, o que ao próprio J.A. surpreende, apesar da aparente resolução do luto, inclusive, apesar do sonho referido a M., algo o desconecta do mundo em suas sínopes. E apesar dos efeitos do tratamento anterior, da palavra, da vontade, da rememoração, essa reação continua se repetindo. Podemos pensar que J.A. somente pode distinguir o fenômeno

⁶ Lacan. *O Seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise* (1983 p.148).

⁷ *Ibid*, p. 150.

de que padece, mas toda dialetização simbólica proposta até o presente resulta de efeitos efêmeros ou diretamente inutilizáveis. Para J.A., as explicações e auto-sugestões no plano do conhecimento não são suficientes para apreender o real em jogo na síncope. Isso, entre outras coisas, explicaria o fracasso da sugestão do tratamento no hospital.

Portanto, poder-se-ia objetar a hipótese da síncope em termos de desvanecimento. Uma síncope que se produz com frequência na solidão e, em sua casa, por exemplo, não parece algo a ser mostrado ao olhar do outro; com lesões pela queda, às vezes graves, e que põem em risco a integridade desse homem, levando-o a tomar medidas mais ou menos incômodas para evitá-las. Por outro lado, não se pode inferir de seu discurso um conflito inerente ao fenômeno, como costuma ser próprio em um sintoma histérico.

Ademais, não há queixa, protesto ou exigência, nem manifestação de angústia. Há um simples pesar, que costuma manifestar com o encolhimento dos ombros, pelos riscos, pela falta de liberdade provocada e pelas dores no pescoço, quando cair a cabeça bruscamente, no momento da síncope, as quais começam a produzir problemas consideráveis nos discos intervertebrais do pescoço.

A falta de afeto no discurso é generalizada, não há cansaço, não há queixa, não há emoção evidente, em alguns momentos, manifesta apenas um pesar, pela prolongada falta de resultados ou, inclusive, indica ter se sentido muito mal com um gesto de cabeça. Nada mais.

Por outro lado, se não está situado na relação com o objeto, a não ser mais além, isso permite se afastar de uma relação causa-efeito: perda-síncope, mas exige ao menos maior elucidação do significado narcisista da relação deste homem com sua amada e, por conseguinte, da significação que tal perda pode supor no que “não cessa de se inscrever”.

Pode-se assim entender a perda como desencadeante de um fenômeno que transcende o luto. O que apontaria para um diagnóstico estrutural de melancolia. O luto impossível conduziria a uma identificação com o objeto, e a síncope estaria conectada à pulsão de morte, sendo sua manifestação, de momento, não letal. Em termos freudianos, poder-se-ia entender como a sombra

do objeto que cai sobre o eu; e o eu é maltratado pelo ódio que não pode se dirigir ao objeto, precisamente por ser faltante⁸.

Não obstante, e ainda que não seja determinante em um diagnóstico diferencial, o sujeito é capaz de estabelecer relações afetivas e de reconstruir seu mundo de relações, de atividades e de certo prazer pela vida, mas as sínopes fazem o papel de parênteses em seu percurso. Por outro lado, houve uma separação anterior, causa de muito mal-estar, mas que não provocou reações similares. Com o tempo, vai “dando a entender” o mal-estar que aquele matrimônio e a separação lhe causaram, sobretudo na comparação com a relação com M. Desse relacionamento ficou, como única manifestação clínica dos anos de solidão, em razão da separação, uma crise de angústia, somente uma e breve.

Por isso, mais uma vez nos parece acertado o termo *fenômeno psicossomático*. Estaria em conformidade ao que assina Lacan mais adiante, quando situa os fenômenos psicossomáticos próximos, mas distintos, da psicose: haveria uma inscrição direta no corpo, sem dialetização, como ocorreria se se tratasse de um sintoma. Não há articulação significante e as inscrições no corpo que começam a aparecer decorrentes da síncope não são somente funcionais.

Esta falta de articulação e retorno no real do corpo é o que nos tem levado a *O seminário, livro 20: mais, ainda*. Ao falar nesse seminário de alíngua, entre esta e a linguagem, Lacan o situa em “a linguagem é apenas aquilo que o discurso científico elabora para dar conta do que chamo alíngua (...) o inconsciente é feito de alíngua (...) A linguagem é o que se tenta saber concernentemente à função da alíngua⁹.

“O inconsciente é o testemunho de um saber, no que em grande parte ele escapa ao ser falante. Este ser dá oportunidade de perceber até onde vão os efeitos da alíngua, pelo seguinte, que ele apresenta toda a sorte de afetos que restam enigmáticos. Estes afetos são o que resulta da presença de alíngua no que, de saber, ela articula coisas de saber que vão muito mais longe do que aquilo que o ser falante suporta de saber enunciado.

A linguagem, sem dúvida, é feita de alíngua. É

⁸ Freud. *Duelo y melancolia* (1915[1917]1972).

⁹ Lacan. *Ann* (1972-73/1981, p. 167).

uma elocubração de saber sobre alíngua. Mas o inconsciente é um saber, um saber-fazer com alíngua”¹⁰.

¹⁰ *Ibid.*, p.167 versão em espanhol; p. 190 versão brasileira.

Parece que, nesse texto, Lacan situa alíngua como substrato tanto do inconsciente quanto da linguagem, de cujas produções (entendemos lapsos etc...) surge o saber inconsciente. Assim entendida, alíngua seria um registro prévio à inscrição significante no inconsciente, ou no corpo: algo prévio ao saber do corpo e ao saber significante, mas condição deles. É como se alíngua fosse o efeito de uma primeira inscrição na estrutura psíquica, a partir do que, posteriormente, em razão de outro tipo de articulação, elabora-se um saber não sabido: pela via do significante ou pela via do corpo.

“Se se pode dizer que o inconsciente é estruturado com uma linguagem, é no que os efeitos da alíngua, que já estão lá como saber, vão bem além de tudo que o ser que fala é suscetível de enunciar. É nisto que o inconsciente, no que aqui eu suporto com sua cifragem, só pode estruturar-se como uma linguagem, uma linguagem sempre hipotética com relação ao que a sustenta, isto é, alíngua”¹¹.

¹¹ *Ibid.*, p.168 versão em espanhol; p. 190 versão brasileira.

Talvez se possa entender o fenômeno psicossomático como a manifestação de algo registrado em alíngua, como se de uma tendência se tratasse: certas experiências não se articulam ao fantasma e, portanto, diante da emergência do real, passam ao corpo, alíngua. Sem articulação simbólica, passa-se ao corpo.

Eidelsztein assinala que um dos progressos propostos por Lacan se refere à holófrase, como explicação comum à psicose e ao fenômeno psicossomático.

As referências de Lacan à holófrase fundamentam sua crítica a Balint na compreensão da transferência e da resistência que este propõe. Em *O Seminário. livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, Lacan entende a holófrase na acepção da gramática; uma situação tomada em seu conjunto, sem que possa se decompor em seus elementos e que, na etnografia, aparece definida como uma situação entre duas pessoas olhando-se mutuamente, esperando que cada uma ofereça algo que ambas desejam, mas não estão dispostas a fazê-lo. “Toda holófrase está

em relação com situações limites nas quais o sujeito está suspenso em uma relação especular com o outro"¹².

Tal frase, por si mesma, poderia definir a fenomenologia do caso que escrevemos, mas trata-se de desenvolver algo mais que um enunciado.

Apoiando-nos em Eidelsztein, podemos extrair uma aplicação clínica do modo pelo qual Lacan entende o significante holófrase. Para Lacan, a suspensão do sujeito se produz por uma ausência de limite entre significantes, por isso, S1 e S2 não operam como tais, e, assim, perde-se a função de intervalo, ainda que siga fazendo articulação entre os elementos.

A holófrase é a concatenação significante que, por carecer de ponto final, e por não se estabilizarem, conseqüentemente, as funções significantes, perde o intervalo como lugar de localização do sujeito do inconsciente e do objeto "a", como causa do desejo e como vazio que o percurso pulsional¹³ contorna. A esta falta de intervalo corresponde o retorno no real do fenômeno psicossomático.

Não é uma compreensão fácil para a clínica psicanalítica, que se faz no caso a caso. E cremos que a casuística acrescenta mais outra dificuldade. Quando um sujeito apresenta um déficit, em particular através da palavra, certas experiências em sua existência - a historização ou o desprendimento em seu discurso dos significantes - estão sujeitas à mesma dificuldade, com os quais a compreensão da delimitação do significante do sujeito (os S1) com os do Outro (os S2), ou a vinculação à cadeia dos significantes aparece particularmente empobrecida.

Parece que o fenômeno psicossomático encerra e esconde em sua própria estrutura o obstáculo que trata de compreender para ser abordado. Como dizer aquilo que, por estrutura do fenômeno que se produz, não se pode dizer? Isso é próximo da definição do real.

No caso concreto, a análise pode permitir ao sujeito abordar algo que não pára de não se inscrever.

Tradução: Luciana Vasconcelos Abreu Lima
Revisão: Andréa Brunetto

¹² Lacan. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis, (1964/1981, p. 329).

¹³ Eidelsztein (2001, p. 328).

referências bibliográficas

- Dorland (2005). Dicionario enciclopédico ilustrado de Medicina. Madrid, Elsevier.
- Eidelsztein, A. (2001). Las estructuras clínicas a partir de Lacan. Buenos Aires, Letra Viva.
- Freud, S. (1915[1917]). Duelo y melancolía. Obras completas. Madrid, Biblioteca Nueva, 1972. VI: 2091-2100.
- Lacan, J. (1981). Libro 20. Aun.1972-73. El seminario de Jacques Lacan. J.-A. Miller. Barcelona, Paidós.
- Lacan, J. (1983). Libro 2. El Yo en la Teoría de Freud y en la técnica Psicoanalítica. El seminario de Jacques Lacan. J.-A. Miller. Barcelona, Paidós (Original 1978).
- Lacan, J. (1989). Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. 1964. El Seminario de Jacques Lacan. J.-A. Miller. Barcelona, Paidós (Original 1973).
- Marty, P. (1984). Los movimientos individuales de vida y muerte. Barcelona, Ediciones Toray, S.A.
- Roudinesco, E. and M. Plon (1998). Dicionario de psicoanálisis. Barcelona, Paidós.

resumo

Trata de reflexões em torno de um caso clínico, cuja sintomatologia se entende desde a hipótese da psicossomática. Fundamentando-se no caso, é feito um breve percurso por algumas teorias representativas da psicossomática, até chegar a Lacan. Tenta-se fazer uma articulação da teoria com a clínica, nos pontos de ensino de Lacan e algumas de suas contribuições aos fenômenos psicossomáticos. É aberta uma hipótese sobre a articulação entre a falta de articulação simbólica na psicossomática com a hipótese Lacaniana do inconsciente com a língua.

palavras-chave

psicanálise, fenômeno psicossomático, articulação simbólica, língua, holófrase.

abstract

This work brings some reflections about a clinic case, in which the symptomatology may be perceived from the psychosomatic hypothesis. Grounded on the case, a brief study on some psychosomatic representative theories is made, up to Lacan. An attempt to link theory and clinics is made in the points of Lacan's teaching and in some of his contributions to psychosomatic phenomenon. A hypothesis is formulated on the link between the lack of symbolic articulation in psychosomatic with the Lacanian hypothesis of the unconscious and the language.

key words

psychoanalysis, psychosomatic phenomenon, symbolic articulation, the language, holophrase

recebido

22/07/2008

aprovado

02/09/2008