

## A psicossomática no discurso\*<sup>1</sup>

John Luiz Castro\*<sup>2</sup>  
Doris Rinaldi\*<sup>3</sup>

*A partir da experiência clínica realizada em um centro de reabilitação, o presente artigo põe em discussão a clínica psicanalítica com pacientes psicossomáticos num ambiente institucional orientado por um discurso médico-científico e pedagógico. Considera a hipótese de que tais pacientes colocam-se como objeto do saber das especialidades clínicas que não favorecem a invenção do inconsciente, o que possibilitaria a revelação do gozo específico no qual encontram-se fixados. Para tratar desse tema, o artigo lança mão da teoria lacaniana dos discursos, particularmente o universitário e o analítico.*

263

**Palavras-chave:** Psicanálise, psicossomática, discurso, inconsciente

\*<sup>1</sup> Trabalho realizado através de uma parceria entre a Universidade do Estado do Rio de Janeiro com a Associação Fluminense de Reabilitação e subvencionado pela CAPES. Baseia-se em dissertação de mestrado intitulada “A clínica psicanalítica com ‘psicossomático’ em um centro de reabilitação”, defendida em 2015 na Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ.

\*<sup>2</sup> Universidade Estácio de Sá (Rio de Janeiro, RJ, Br).

\*<sup>3</sup> Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ (Rio de Janeiro, RJ, Br).

## Introdução

264 O presente artigo se propõe a debater o tema “psicossomática”, desenvolvendo com objetivos clínicos uma argumentação que toma como ponto de referência a teoria dos discursos de Jacques Lacan (1969-1970/1992). Para tal, lança mão do termo “psicossomático” tomado emprestado do debate que se seguiu à *Conferência em Genebra sobre o sintoma*, proferida pelo psicanalista francês em 8 de outubro de 1975. Com esse termo, enceta uma discussão acerca de direções de tratamento clínico distintas. Se nos remetermos ao texto do tal debate, observaremos que o termo “psicossomático” é introduzido por uma pergunta feita por Michäel Vauthier a Lacan, indagando sua opinião a respeito da posição do paciente psicossomático em relação ao significante, ao registro do simbólico. De saída, Lacan (1975/1998b) declara, fazendo suas as palavras de Freud, “que se trata de um domínio muito pouco explorado”, esboçando, ao final das interlocuções, uma direção de tratamento clínico orientada pela “invenção do inconsciente” (p. 13).

Neste artigo tomaremos inicialmente o termo “psicossomático” para designar, no discurso, a posição específica de um indivíduo que apresenta em seu corpo uma doença cuja causa não é inteiramente conhecida, e que por vezes é chamada de psicossomática. O caráter enigmático de formas de adoecimento dessa natureza contribui para que os indivíduos que ocupam tal posição permaneçam enraizados no corpo ou, como Lacan (1975/1998b) indica na referida conferência, enraizados no imaginário, registro que no seu ensino refere-se ao corpo. Procuraremos ler essa posição a partir da teoria dos quatro discursos formulada por Lacan, em especial pelo lugar que ocupa o objeto *a* no quadrípode do discurso universitário. Ao tomarmos o termo “psicossomático” como uma posição discursiva, indagamo-nos sobre os caminhos clínicos que podem vir a provocar um deslocamento discursivo nesses casos, com a parceria proposta por Freud entre a atenção flutuante e a associação livre, parceria formalizada por Lacan

## ARTIGOS

com o quadrípode do discurso analítico. A aposta é que o discurso analítico, ao sustentar a fala do sujeito para além do fenômeno que acomete o seu corpo, possibilite um deslocamento da posição de objeto ocupada pelo psicossomático no discurso universitário. É o que será desenvolvido a seguir.

### **O psicossomático, um indivíduo-corpo**

No já aludido debate, Lacan (1975/1998b) formula, ao final da rica discussão, que “O psicossomático é algo que está, de todo modo, em seu fundamento, profundamente enraizado no imaginário” (p. 14). Seu ensino articula a instância do imaginário ao corpo, o que nos possibilita associar, num primeiro nível, o “enraizado no imaginário” à fixação que mantém o paciente retido aos acontecimentos do seu corpo, inserindo-o na série das construções feitas em torno do mito de Narciso, sobre o qual o psiquiatra russo Paul Adolf Näcke teceu algumas considerações ao conceber o conceito de narcisismo.

Freud (1914/2010a) amplia esse conceito em seu texto dedicado ao tema, indicando que para nos aproximarmos dele seria necessário passar por três considerações das quais duas são particularmente próximas à nossa temática, a saber: a doença orgânica e a hipocondria. Seguindo a sugestão de Ferenczi, ao apreciar a influência da enfermidade orgânica sobre a distribuição da libido, Freud (1914/2010a) assinala “que alguém que sofre de dor orgânica e más sensações abandona o interesse pelas coisas do mundo externo, na medida em que não dizem respeito ao seu sofrimento” (p. 18). A banalidade desse fato, segundo Freud (1914/2010a), não pode nos dissuadir de que “o doente retira seus investimentos libidinais de volta para o Eu, enviando-os novamente para fora depois de curar-se” (p. 18). Tal como a descrição feita pelo escritor russo Fiódor Dostoiévski (2000) em sua obra *Memórias do subsolo*, encaixa-se como uma luva para Freud a observação do poeta alemão Wilhelm Busch, segundo a qual no buraco do molar do poeta que sofre de dor de dente concentra-se a sua alma. Pois bem, foi nessa direção que nos levou o paciente que trouxemos para este artigo. Suas artrites que gritam possibilitaram uma abertura que intrinsecamente conduziram-no a tocar, por meio da palavra equívoca, em suas “dores na alma”, em uma modulação semelhante à da significação, que, conforme o método freudiano, dá-se *a posteriori*.

Acreditamos que seja nessa linha de pensamento, dos investimentos libidinais que se voltam para o Eu, que Lacan (1955-1956/2002), ao seguir

265

as trilhas previamente esboçadas pela psicanalista inglesa Ida Macalpine, afirma que o sujeito acometido por um fenômeno psicossomático se apresenta enquanto “ser corpóreo” (p. 352). Essa afirmação de Lacan nos possibilita tomar o “psicossomático” como indivíduo, que, aliás, como ele próprio enuncia alguns anos depois (Lacan, 1972-1973/1985), indivíduo é a terminologia utilizada por Aristóteles (2013) e definida pelo filósofo grego como corpo. Assim, o “enraizado no imaginário” concerniria, num primeiro nível, aos ditos sobre o corpo enigmaticamente escrito com hieróglifos. Esses ditos relacionam-se ao segundo nível do enraizamento, uma vez que, sustentando a demanda do doente, apelam para uma resposta, que, sendo considerada em sua referência corporal, captura o clínico numa relação imaginária, dual e permeada de amor e ódio, que se manifesta no fenômeno da agressividade.

266

Ainda nas trilhas do “enraizado no imaginário” temos uma distinção a ser acentuada em relação ao termo “psicossomático”, especificamente no campo da psicanálise. Será que poderíamos tomá-lo como uma estrutura clínica, tal como a neurose, a psicose e a perversão? Sem delongas podemos afirmar que não. Se observarmos com atenção, o ouvinte que dialoga com Lacan, em 1975, enuncia que o gozo, ao ganhar com a palavra um sentido, faz com que o psicossomático deixe de sê-lo. Lacan pôs-se inteiramente de acordo, e presumimos que esse “deixar de ser” corrobora nossa formulação inicial de que “o psicossomático” deveria ser tomado como uma “posição discursiva” e não o que conhecemos como neurose, psicose e perversão (Castro, 2015). Tal posição é de objeto, como no discurso universitário, que o psicossomático pode “deixar de ser” caso emerja o sujeito do inconsciente, sendo esse sustentado pelo lugar do analista que opera como semblante do objeto causa do desejo, conforme configuração do quadrípode do discurso analítico.

Em nossa pesquisa de mestrado (Castro, 2015), indicamos que as estruturas são discernidas no registro do simbólico, onde se produz a transferência em seu sentido mais amplo, porque põem em movimento o encadeamento significativo em cujos intervalos se produzem os efeitos de sujeito. É no registro do simbólico — e não no imaginário, onde, ao contrário, produz-se o que Lacan (1964/1998a, p. 225) chama de “efeito psicossomático” — que o sujeito pode trabalhar sobre as questões fundamentais que lhe concernem. Distintamente do que ocorre com o psicossomático, que pode, pela palavra, dar um sentido ao seu gozo ao deixar essa posição, as estruturas clínicas denotam funcionamentos psíquicos que implicam certo grau de inexorabilidade. Isso quer dizer que um sujeito neurótico não deixará de sê-lo ou se tornará psicótico ou perverso. Como indicamos em trabalho anterior, se existe a possibilidade de

## ARTIGOS

deixar de sê-lo “é por se tratar de uma posição discursiva que pode ocorrer em quaisquer dessas estruturas, tendo ela, em cada caso, uma função particular que deve ser apreciada com atenção” (Castro, 2015, p. 40).

### O discurso universitário

Com base na experiência clínica realizada em uma instituição de reabilitação física, que envolve tratamento médico e assistência social — enodada à discussão de pressupostos encontrados na literatura, como as orientações de Lacan e as pesquisas dos psicanalistas Alain Merlet (1987/2003), Andrea Pinto dos Santos (2000) e Claudia Pitanga (2006) sobretudo —, tomamos o “psicossomático” como uma posição discursiva, especificamente a posição de objeto do saber das especialidades médicas e não médicas, considerando o que Lacan (1969-1970/1992) chama de discurso universitário.

Por que tomar o psicossomático como uma posição discursiva? Quais seriam as contribuições, na dimensão clínica, ao considerá-lo desse modo? É o que tentaremos analisar ao longo deste artigo destacando, inicialmente, que nosso argumento maior apoiar-se-á no fato de que aquele que dirige um tratamento deve considerar o contexto no qual a clínica se insere e não apenas ater-se a aspectos etiológicos e fenomênicos. Convém lembrar que considerar a operação clínica desse modo não é uma perspectiva que fica restrita à esfera psicanalítica. O renomado psiquiatra brasileiro Paulo Dalgalarro (2008) reitera em seu livro *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* o aspecto “pluridimensional” previamente salientado pelo eminente psiquiatra, também brasileiro, José Leme Lopes, ao orientar a inclusão de várias dimensões clínicas e psicossociais na formulação diagnóstica completa, não ficando essa, portanto, restrita ao sistema axial norte-americano, organizado em eixos, e que vem sendo proposto desde 1980 pela *American Psychiatric Association*. O que queremos dizer com isso é que o dito indivíduo que fala está decisivamente inserido em relações cujo escopo Lacan (1969-1970/1992) torna possível de serem examinadas com sua formulação sobre o “discurso”, que, embora dialogue com o que Michel Foucault conceitua com esse termo, não se restringe à concepção do seu contemporâneo. A formulação lacaniana do discurso vai mais além porque designa uma estrutura necessária que ultrapassa em muito a palavra, sempre mais ou menos ocasional, levando-o a afirmar que se trata de “um discurso sem palavras” (Lacan, 1969-1970/1992, p. 11).

267

Em sua abordagem acerca do discurso, Lacan (1969-1970/1992) argumenta que o mesmo, em suas variações, possui uma orientação lógica sustentada com base na barreira do gozo que impede a relação entre a produção e a verdade, que ocupam dois lugares específicos, situados abaixo das barras. Além desses, Lacan delimita o lugar do agente (dominante ou semblante), que figura no alto e à esquerda, acima da verdade, e o lugar do outro (do trabalho ou do gozo), figurado no alto à direita, acima da produção. Entre esses dois lugares, Lacan escreve a seta ( $\rightarrow$ ). Tendo esses lugares fixados, o que distingue os discursos são os signos que passam a ocupá-los e que sustentam a estrutura da linguagem e seus efeitos, são eles:  $S_1$  (significante-mestre),  $S_2$  (saber),  $\$$  (sujeito dividido) e o objeto  $a$  (mais-de-gozar). No discurso do mestre, encontra-se o  $S_1$  no lugar do agente, o  $\$$  no lugar da verdade, o  $S_2$  no lugar do trabalho e o objeto  $a$  no lugar da produção. Ao realizarmos quartos de giro, no sentido horário, obteremos na sequência os três outros discursos.

Com base no esquema que se segue,

$$\begin{array}{l} S_2 \rightarrow a \\ S_1 // \$ \end{array}$$

deter-nos-emos nos desdobramentos que a lógica do discurso universitário implica para nosso tema, em articulação ao fragmento clínico de um indivíduo que chegou ao setor de psicologia de um centro de reabilitação, a partir da orientação médica de que por conta do seu quadro clínico — artrite reumatoide — precisaria realizar também tratamento psicológico. Leremos o fragmento considerando a primeira linha do quadrípode formada pelo binário ( $S_2 \rightarrow a$ ). Em termos discursivos, é na linha superior que se encontra a parceria no laço social e que figura o que Lacan (1969-1970/1992) chama de “um certo número de relações estáveis” (p. 11), relações essas que, nesse momento do seu ensino, dizem respeito à lógica de quatro discursos, nomeadamente: do mestre, da histórica, do psicanalista e universitário, aos quais acrescenta, em 1972, o discurso do capitalista.

No discurso universitário, que é o que interessa no momento, Lacan (1969-1970/1992) situa esquematicamente o saber ( $S_2$ ) no lugar do agente, o objeto ( $a$ ) no lugar do outro, o significante-mestre ( $\bar{S}_1$ ) no lugar da verdade e o sujeito ( $\$$ ) no lugar da produção. Esse modo de situar tais signos possibilita diversas articulações dos psicanalistas com seus campos de atuação. Em seu artigo “O desejo do psicanalista no campo da saúde mental: problemas

## ARTIGOS

e impasses da inserção da psicanálise em um hospital universitário”, por exemplo, Rinaldi (2002, p. 61), propõe uma articulação interessante ao destacar, embasada no ensino de Lacan, que “no discurso universitário, é o saber ( $S_2$ ) que ocupa o lugar de agente, instaurando a tirania do ‘tudo saber’, na afirmação da verdade científica”. Desenvolvendo sua abordagem, conclui que no lugar do outro, “está o objeto ( $a$ ) a ser dominado por esse saber totalizante e o produto é um sujeito dividido em duas partes pelo saber médico: o homem e sua doença ... objetificado pelo saber ... verdade excluída” (p. 61).

Isto posto, passemos à articulação proposta anteriormente. O fragmento escolhido para esta oportunidade é o de determinado indivíduo que, ao chegar com seu “andador” ao setor de psicologia, em uma das sessões nas quais prosseguíamos com as entrevistas preliminares, exclamou sorridente-mente: “*As artrites gritam e eu gemo!*”. Essa fala nos chamou a atenção por condensar sensações de dor e prazer e que poderíamos associar à noção de gozo enfatizada por Lacan extensamente em seu ensino. Ao indagarmos o que elas gritavam, o paciente respondeu: “*Oh doutor, nem queira saber, é uma dor terrível, o senhor nem imagina*”. Foi-lhe dito imediatamente que aquela era a ocasião para que falasse. “*Que bom que o senhor está aí para me ouvir, porque ninguém gosta de escutar doente*”. O analista reforçou que estava ali para ouvi-lo, mencionando seu nome. O paciente sorriu suavemente e silenciou. Na extensão do silêncio que se instalou, olhou para os lados, para o chão, para o alto, respirou fundo e começou a contar sua história.

Esse breve fragmento clínico serve para delimitar possíveis lugares no discurso. Numa perspectiva temos de um lado o “doente”, que é o paciente que sofre, que sente dor em cujo nível há incontestavelmente gozo, como diagnostica Lacan (1966/2001), complementando que é somente nesse nível da dor que se experimenta uma dimensão do organismo que de outra forma ficaria velada, tal como já desenvolvido por Freud (1924/2011) em seu texto “O problema econômico do masoquismo”. Do outro lado, está o “doutor”, aquele que foi procurado depois do conselho médico, sendo reservado ao psicólogo algum saber sobre o paciente. Entretanto, a partir dos enunciados pode-se inferir outra perspectiva discursiva, pois o doutor, em contrapartida, responde à mostraçã da dor reorientando o tema do saber, instando no doente a possibilidade de falar em nome próprio sobre as dores que gritam. Temos no entrecruzamento dos enunciados, portanto, manifestações dos esboços de duas formas de parcerias. A que inicialmente será explorada é justamente a que se faz comumente entre o doutor e o doente, como nomeado por esse indivíduo, no qual aquele que ocupa a posição do saber acaba por tomar o

outro como objeto, que é a posição do psicossomático que estamos abordando pelo discurso universitário. Leiamos essa perspectiva da relação a partir desse discurso, tal como formulado por Lacan; enquanto indivíduo-corpo, o psicossomático é o objeto (*a*) que está no lugar do outro nesse discurso. Um dos seus parceiros, o doutor, é o saber ( $S_2$ ) que está suportado no significantemestre ( $S_1$ ) que ocupa o lugar da verdade e que Lacan (1971-1972/2012) nos demonstra que, por estar nesse lugar, esse significante esmaga e silencia toda a questão da verdade. Avançando sobre essa relação e considerando o contexto do qual extraímos o fragmento clínico, teremos a “reabilitação” no lugar da produção. Ela se encontra na linha inferior, precisamente, abaixo do objeto *a* onde vemos escrito não necessariamente o indivíduo recuperado, reintegrado, reeducado, readaptado ou incluído, segundo suas possibilidades, em sua comunidade e habilitado ao trabalho e à vida social. O que se encontra nesse lugar da produção, consoante essa lógica discursiva, é o que Freud, em sua já conhecida — embora não plenamente compreendida — segunda tópica do aparelho psíquico, escreveu como Eu e o ensino lacaniano orienta-nos a reconhecer como sujeito dividido ( $\$$ ). É esse sujeito que se torna efeito dessa lógica e que não tem relação alguma com a verdade.

270

Considerando a análise relativa ao termo “psicossomático” efetuada na parte inicial deste artigo, e para medirmos as implicações clínicas que dele decorrem, convidamos o leitor a nos acompanhar numa breve digressão sobre a outra face do discurso universitário atinente ao lugar do saber.

Em sua resposta aos médicos, Lacan (1966/2001) admite que

Apesar de ser concebível que consigamos, com base nos progressos científicos, obter uma extensão mais e mais eficaz de nossos procedimentos de intervenção no que concerne ao corpo humano, o problema continua insolúvel, no nível da psicologia do médico, de uma questão que reanimaria o termo “psicossomática”. (p. 11)

É precisamente nesse momento que assinala “como falha epistemossomática o efeito que terá o progresso da ciência sobre a relação da medicina com o corpo” (p. 11), suplementando no decorrer da sua contundente argumentação que a dimensão do gozo estaria completamente excluída dessa relação.

A despeito do regozijo dos médicos pelo cientificismo, Lacan acreditava que o progresso da ciência não favoreceu e nem favoreceria a relação entre médico e paciente. À medida que essa relação é alijada pela força inebriante dos progressos científicos, emerge um problema que reanimaria o termo “psicossomática”. O argumento assinalado por Lacan é que da relação médico-paciente decorre a completa exclusão da dimensão do gozo. Sem dúvida, é



## ARTIGOS

um argumento controverso e inaudível para grande parte dos que estavam na ocasião, mas que renova em alto e bom som o problema central em torno do qual Freud (1920/2010b) se deparou no curso das análises, levando-o a realçar o caráter irreduzível da pulsão ao predicá-la como de morte. Assim, essa maneira de situar a relação médico-paciente pode ser relida a partir do quadrípode do discurso universitário e que condensa uma complexa trama que, ainda assim, deixa de fora as questões fundamentais do nosso paciente.

Retornando à palavra de Lacan acerca da falha epistemossomática nós a estendemos às “práticas clínicas — não médicas — que fazem do corpo objeto de suas intervenções, excluída delas a psicanálise” (Castro, 2015, p. 26). Essas práticas que seriam a fonoaudiologia, a fisioterapia, a psicologia e a terapia ocupacional, que são as que compõem minimamente as modalidades terapêuticas de programas de reabilitação de média e alta complexidades garantidos pelo Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), surgiram, sob o ponto de vista histórico, “para responder às lacunas que emergiram gradativamente quando a medicina passou a ser especializada devido à ascensão do discurso da ciência, seu progresso, não sem articulação com o discurso capitalista” (p. 26), que não comentaremos neste estudo. Por terem derivado dessa lacuna, as supracitadas práticas clínicas seguem o mesmo caminho da medicina no que tange à redução do corpo à extensão. Assim, considerando essa maneira de encaminharmos a discussão em foco, as práticas mencionadas não levariam em conta o sujeito e o gozo que estão implicados no adoecimento do corpo, só vindo a fazê-lo em casos excepcionais, sem, contudo, desprivilegiar a “episteme” construída em relação aos seus campos de atuação e que possibilitam benefícios terapêuticos.

271

### **O discurso analítico**

Retomamos a pergunta: de que lugar o fisioterapeuta, o fonoaudiólogo ou o psicólogo, por exemplo, atuam? Não precisamos fazer demasiado esforço para dizer que atuam, segundo nossa argumentação, do lugar do saber, como no discurso universitário. Contudo, essa resposta não contempla a amplitude da questão porque, apesar do que acabamos de afirmar, a psicologia pode ocupar um lugar à parte se o psicólogo não fizer coincidir o lugar de agente com o do saber. Como seria possível? Por meio da lógica formalizada como discurso analítico. Essa possibilidade decorre de uma espécie de interseção limitada à escuta clínica; é pelo ouvido do psicólogo que a escuta psicanalítica

pode operar no contexto sobre o qual estamos trabalhando o tema da psicossomática. A psicanálise não integra, conforme prerrogativa legal, as modalidades terapêuticas que compõem os programas de reabilitação do SUS. Mas pode se fazer presente por intermédio do lugar do psicólogo na equipe e ao fazê-lo, cabe ressaltar que se desloca e ganha autonomia deste lugar.

Esse ponto de interseção encontra certamente no tempo da instituição um obstáculo, uma vez que esse é regulado pelo tempo da eficácia da técnica, no sentido de que o paciente permanecerá na instituição enquanto for possível realizar o trabalho da reabilitação em outros setores que tomam o corpo como objeto central de suas intervenções. O tempo da emergência do sujeito do inconsciente não segue essa orientação, a começar pela atemporalidade que caracteriza o próprio inconsciente. Entretanto, há uma aposta clínica que podemos fazer na interface dos tempos (da instituição e do sujeito), aposta que se sustenta na renovação do delicado gesto realizado por Freud ao se deslocar do lugar do saber para interrogá-lo em outra dimensão. Esse deslocamento permitiu ao pai da psicanálise elaborar consistente teoria acerca da parte mais estrangeira do psiquismo, o inconsciente, posteriormente definida por Lacan como um saber. Foi justamente esse deslocamento que possibilitou a mudança de lugar que inaugurou essa modalidade de laço social que Lacan (1969-1970/1992) formalizou como discurso analítico, postulando, doravante, que o lugar conferido ao analista não é o do semblante do saber, mas o de um objeto específico chamado por ele de “*a*”.

Com a psicanálise estamos em outra lógica discursiva, uma espécie de quarto de giro no sentido anti-horário em relação ao discurso universitário, pois para ser digno da transferência Lacan (1971-1972/2012) convida “o analista a ter como suporte aquele saber que, por estar no lugar da verdade, pode interrogar-se como tal sobre o que é, desde sempre, a estrutura dos saberes, desde as habilidades até o saber da ciência” (p. 226). É o *a* a causa da divisão do sujeito e é como seu semblante que o analista deve operar de modo a fazer com que o indivíduo fale, que associe, que advenha enquanto sujeito ali onde as “artrites gritam” e ele geme, promovendo um reposicionamento discursivo em relação ao gozo.

No caso do nosso paciente, embora não tenha delimitado uma questão específica para ser ouvido — demarcando sua presença a partir da indicação médica, que atribuía a suas artrites uma possível causa emocional —, não tardou em dizer, depois de lhe ter sido ofertada a escuta, que em seu corpo algo grita e que sua resposta consistia, naquele momento, em gemer, como dissemos. Para que esse “algo” pudesse se expressar de outro modo, foi convidado a falar a partir de outro lugar que não o do “doente”, como se

## ARTIGOS

nomeou. A aposta clínica foi transformar os gritos das artrites em um apelo que pudesse despertar o dispositivo da suposição de saber e a emergência do sujeito como efeito. Isso porque inicialmente ele estava fixado à dor da qual parecia extrair gozo, não sem elevá-lo a uma condição de absoluto, ao indicar também, além das dores provocadas pelas artrites que gritam, uma “*dor na alma*” cujas palavras não alcançaram integralmente, pois apenas conseguiram ao longo das sessões extrair dela pedaços. “*Quando eu vim para cá, eu não sabia que seria assim. Todas as vezes que eu venho aqui, eu choro [...]. Aqui descobri que as palavras são lágrimas. Aqui eu falo desse monte de coisas, coisas que a gente não fala para qualquer um, porque são as nossas coisas, nossa intimidade*”. É pela palavra que o lugar para o endereçamento dos elementos íntimos é constituído e é igualmente pela palavra que algo concerne à dor maior, à dor na alma, esvazia-se.

No entanto, isso não quer dizer que o apelo à dimensão imaginária perca totalmente sua pregnância na transferência. A esse respeito, podemos recordar uma ocasião na qual soube que o analista não o ouviria mais, que outra pessoa estaria nesse lugar de escuta. Ele lamentou a saída dizendo que traria um presente, um jaleco, traje comum dos profissionais da instituição de reabilitação. O desafio, ao que parece, não é extirpar a dimensão imaginária à qual “os psicossomáticos” e muitos outros estão fixados, mas tentar submetê-la continuamente à dimensão simbólica, que é a da palavra equívoca, palavra que corta, que inaugura em cada ato outras perspectivas, sobretudo se levarmos a sério a lição de Lacan, ao final do seu ensino, quando considera que não há como sair do imaginário.

273

### Considerações finais

A espécie de radiografia que o discurso universitário oferece possibilita delimitar as garantias e os impasses que uma relação orientada pelo saber pode ocasionar. A partir dela, é possível demonstrar um tipo de contribuição essencial da prática analítica, na medida em que essa evidencia a estrutura do efeito de revolução que o analista promove ao manter em reserva o saber, revigorando, assim, o lugar do sujeito que no discurso universitário fica destinado ao corpo. Como pôde ser observado neste artigo, situamos o lugar do corpo como sendo aquele no qual o saber das especialidades médicas e não médicas, no contexto institucional, vêm a intervir, reafirmando o enraizamento no imaginário do psicossomático e o gozo que desse lugar se extrai.

Nesse sentido, o argumento maior consiste no fato de que a revelação a que se referiu Lacan, em 1975, a ser alcançada pela “invenção do inconsciente”, é solidária dos efeitos de revolução que podem ser suscitados à medida que o discurso analítico se torna a estrutura que ordena a relação transferencial. Portanto, essa maneira de abordar o tema viabiliza pensar o trabalho clínico em instituições com psicossomáticos a partir do indivíduo que sofre com seu corpo, visando fazer emergir nele um sujeito que se sustente na invenção do inconsciente, sujeito não pensado em termos etiológicos, de origem ou causalidade, mas sim um sujeito que possa destituir aquele da posição imaginária que o caracteriza, com os recursos da invenção.

## Referências

- Aristóteles. (2013). *Sobre a alma*. São Paulo: WMF Martins Fontes.
- Castro, J. L. (2015). *A clínica psicanalítica com “psicossomáticos” em um centro de reabilitação*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, Rio de Janeiro, RJ.
- Dalgallarrondo, P. (2008). *Semiologia e psicopatologia dos transtornos mentais*. São Paulo: Artmed.
- Dostoiévski, F. (2000). *Memórias do subsolo*. São Paulo: Editora 34.
- Freud, S. (2010a). Introdução ao narcisismo. In *Obras completas* (pp. 9-37). Rio de Janeiro: Companhia das Letras (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (2010b). Além do princípio de prazer. In *Obras completas* (pp. 120-178). Rio de Janeiro: Companhia das Letras (Trabalho original publicado em 1920).
- Freud, S. (2011). O problema econômico do masoquismo. In *Obras completas* (pp. 184-202). Rio de Janeiro: Companhia das Letras (Trabalho original publicado em 1924).
- Lacan, J. (1992). *O seminário. Livro 17. O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1969-1970).
- Lacan, J. (1998a). *O seminário. Livro 11. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1964).
- Lacan, J. (1998b). Conferência em Genebra sobre o sintoma. *Opção Lacaniana*. 23, 6-16. (Trabalho original publicado em 1975).
- Lacan, J. (2001). O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana*. 32, 8-14.
- Lacan, J. (2002). *O seminário. Livro 3. As psicoses* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1955-1956).

## ARTIGOS

- Lacan, J. (2012a). *O seminário. Livro 19: ... ou pior*. Rio de Janeiro: Zahar, 2011. (Trabalho original publicado em 1971-1972).
- Lacan, J. (2012b). *O seminário. Livro 20. Mais, ainda*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. (Trabalho original publicado em 1972-1973).
- Merlet, A. (2003). Todo órgão determina deveres. In *Psicossomática e psicanálise*. (pp. 17-24). Rio de Janeiro: Zahar, 1987.
- Pitanga, C. (2006). *Psicossomática e psicanálise: por uma análise possível*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, Rio de Janeiro, RJ.
- Rinaldi, D. (2002). O desejo do psicanalista no campo da saúde mental: problemas e impasses da inserção da psicanálise em um hospital universitário. In D. Rinaldi & M. A. C. Jorge. (2002). *Saber, verdade e gozo. Leituras de O Seminário 17 de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Santos, A. P. (2000). *Sujeito deficiente: a diferença indestrutível e criadora*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, Rio de Janeiro, RJ.

## Resumos

275

(Psychosomatic in speech)

*From the clinical experience held in a rehabilitation center, this paper discusses the psychoanalytic treatment of psychosomatic patients in an institutional environment oriented by a medical-scientific and pedagogical discourse. It considers the hypothesis that such patients put themselves as the object of knowledge of clinical specialties that do not favor the invention of the unconsciousness, which would allow the revelation of the specific enjoyment that they are attached to. To address this issue, the study makes use of the Lacanian theory of the discourses, particularly the university and the analytical ones.*

**Key words:** Psychoanalysis, psychosomatic, speech, unconsciousness

(La psychosomatique dans le discours)

*À partir de l'expérience clinique vécue dans un centre de réadaptation, cet article met en cause le traitement psychanalytique de patients psychosomatiques dans un environnement institutionnel guidé par un discours médico-scientifique et pédagogique. Il prend en considération l'hypothèse que ces patients sont considérés comme un objet de connaissance des spécialités cliniques qui ne favorisent pas l'invention de l'inconscient, ce qui permettrait la révélation de la jouissance particulière*

*dans laquelle ils sont fixés. Pour discuter ce thème, cet article fait référence à la théorie lacanienne des discours, en particulier l'universitaire et l'analytique.*

**Mots clés:** Psychanalyse, psychosomatique, discours, l'inconscient

(La psicósomática en el discurso)

*A partir de la experiencia clínica llevada a cabo en un centro de rehabilitación, este artículo debate sobre el tratamiento psicoanalítico de los pacientes psicósomáticos, en un entorno institucional, tratamiento orientado por un discurso médico-científico y pedagógico. Considera la hipótesis de que estos pacientes se presentan como un objeto del conocimiento de las especialidades clínicas que no favorecen la invención del inconsciente, lo que permitiría la revelación del goce específico en el que se establecen. Para abordar esta cuestión, el artículo hace uso de la teoría lacaniana del discurso, en especial: la universidad y la analítica.*

**Palabras clave:** Psicoanálisis, psicósomática, discurso, inconsciente

(Psychosomatik im Diskurs)

276

*Anhand der klinischen Erfahrung die in einem Rehabilitationszentrum gesammelt wurde, analysiert dieser Artikel die psychoanalytische Behandlung von psychosomatischen Patienten in einer institutionellen Umgebung, die auf einem medizinisch-wissenschaftlichen und pädagogischen Diskurs basiert. Wir vertreten die Ansicht, dass solche Patienten als Gegenstand des Wissens der klinischen Spezialitäten betrachtet werden. Diese Spezialitäten benachteiligen die Erfindung des Unbewussten, welche die Enthüllung des spezifischen Genusses erlauben würde, auf dem diese Patienten fixiert sind. Dieses Thema wird im Licht von Lacans Theorie des Diskurses erörtert, unter spezieller Berücksichtigung des akademischen und analytischen Diskurses.*

**Schlüsselwörter:** Psychoanalyse, Psychosomatik, Sprache, Unbewussten

(病从心生—心身病及其相关话语)

通过分析从康复中心获得的临床经验，本文质疑康复中心对心身病患者的心理治疗效果，原因是康复中心这样的机构通常由医学和教育学专业人士主导，他们的专业话语对无意识现象不以为然，而无意识正是理解心身病的主要切入口。在临床分析方面，病患在揭示了病因并且充分宣泄之后，病症在无意识中就会得到修补。为了讨论这个议题，文章利用了拉孔的语言学话语理论，特别是他的大学话语(*discurso universitário*)和分析话语(*discurso analítico*)的有关论述。

**关键词:** 精神分析学，心身病，话语，无意识

## ARTIGOS

**Citação/Citation:** Castro, J. L. & Rinaldi, D. (2017, junho). A psicossomática no discurso. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 20(2), 247-277. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2017v20n2p263.4>

**Editores do artigo/Editors:** Profa. Dra. Ana Maria Rudge e Profa. Dra. Sonia Leite

**Recebido/Received:** 16.8.2016 / 8.16.2016 **Aceito/Accepted:** 5.10.2016 / 10.5.2016

**Copyright:** © 2009 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental/ University Association for Research in Fundamental Psychopathology. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados / This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original authors and sources are credited.

**Financiamento/Funding:** Pesquisa financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes / Research funded by Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes.

**Conflito de interesses/Conflict of interest:** Os autores declaram que não há conflito de interesses / The authors have no conflict of interest to declare.

277

### JOHN LUIZ CASTRO

Psicólogo; Psicanalista e mestre em Psicanálise pelo Programa de Pós-Graduação em Psicanálise do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ (Rio de Janeiro, RJ, Br); Professor da graduação de Psicologia da Universidade Estácio de Sá (Rio de Janeiro, RJ, Br).

Rua Felipe Cardoso – Santa Cruz  
23520-572 Rio de Janeiro, RJ, Br.  
john28psi@hotmail.com

### DORIS RINALDI

Psicanalista e doutora em Antropologia Social (Museu Nacional/UFRJ); Professora Associada do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ Programa de Pós-graduação em Psicanálise (Rio de Janeiro, RJ, Br).

R. São Francisco Xavier 524/10º andar/Bloco B/sala 10024 – Maracanã  
20551-030 Rio de Janeiro, RJ, Br.  
doris\_rinaldi@yahoo.com.br



This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium for non-commercial purposes provided the original authors and sources are credited.