CYNTHIA NUNES DE FREITAS FARIAS

**Leitura psicanalítica do sintoma em pacientes
com doenças inflamatórias intestinais**

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade da São Paulo,
como parte dos requisitos necessários
para a obtenção do título de Mestre em
Psicologia.

**São Paulo
2007**

CYNTHIA NUNES DE FREITAS FARIAS

**Leitura psicanalítica do sintoma em pacientes
com doenças inflamatórias intestinais**

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo,
como parte dos requisitos necessários para a
obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Escolar e do
Desenvolvimento Humano

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Loffredo

SÃO PAULO
2007

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL
OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER
MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS
DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A
FONTE.**

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Farias, Cynthia Nunes de Freitas.

Leitura psicanalítica do sintoma em pacientes com doenças
inflamatórias intestinais / Cynthia Nunes de Freitas Farias; Orientadora:
Ana Maria Loffredo – São Paulo, 2007.

144 p.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento
Humano) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Psicanálise 2. Corpo 3. Sintomas 4. Proctocolite I. Título

RC 504

CYNTHIA NUNES DE FREITAS FARIAS

**Leitura psicanalítica do sintoma em pacientes com
doenças inflamatórias intestinais**

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia
à Universidade de São Paulo, como parte dos
requisitos necessários para a obtenção do título
de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Escolar e do
Desenvolvimento Humano

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____
(Nome e Assinatura)

Prof. Dr. _____
(Nome e Assinatura)

Prof. Dr. _____
(Nome e Assinatura)

*Alberto,
Companheiro sempre.*

*Sofia,
Luz dos meus olhos.*

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos os que participaram deste trabalho, especialmente:

À Professora Ana Maria Loffredo, por sua disponibilidade, pelos ensinamentos, pelo incentivo e pelo respeito, fundamentais durante todo o processo de criação e elaboração desta dissertação.

Ao Departamento de Gastroenterologia, em particular ao Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital das Clínicas da FMUSP, que nos acolheu e ofereceu condições para a realização deste trabalho.

À Prof. Dra. Magaly Gêmio Teixeira e à sua equipe pela credibilidade e colaboração decisiva e direta, tanto nas interlocuções como no encaminhamento dos pacientes.

À Dra. Mara Cristina de Souza de Lúcia, Diretora da divisão de Psicologia pelo incentivo e apoio à pesquisa na Divisão de Psicologia do Hospital das Clínicas.

Aos funcionários da Divisão de Psicologia, Maria, Márcia Helenice, Marcinha, Helena, Douglas, Therezinha e Ângela, pela disponibilidade em colaborar sempre com minhas solicitações, pelo apoio e carinho.

A Glaucinéia Gomes de Lima, pela amizade, incentivo e contribuição direta especialmente na elaboração do projeto.

À Profa. Walquíria Helena Grant e à Dra. Rosemeire A. do Nascimento pelos questionamentos e sugestões apresentados durante o exame de qualificação, que muito contribuíram para o encaminhamento deste estudo.

Ao amigo José Juliano Cedaro, da Universidade Federal de Rondônia, pela disposição para discutir meu projeto, bem como por seus questionamentos e contribuições na etapa da qualificação.

Aos colegas do grupo de orientação pelas discussões profícuas e pela convivência acolhedora nesse árduo percurso.

A Paula e a Malu, companheiras nesse percurso singular, pelos questionamentos, sugestões e principalmente pela amizade e carinho.

Aos amigos Niraldo de Oliveira Santos, Livia Tourinho, Kátia Osternack Pinto, Julieta Quayle, da Divisão de Psicologia do Hospital das Clínicas, pelo incentivo à minha formação acadêmica.

A Fabíola, Jovita, Fátima, Maria, Marilice e a todos os colegas do “Núcleo de topologia e corpo” da Clínica Lacaniana de Investigação da Ansiedade (CLIN-a), pelas discussões frutíferas que temos há vários anos, indispensáveis à nossa formação e que tanto contribuíram para as reflexões presentes nessa dissertação.

Ao querido amigo Luiz Fernando Carrijo da Cunha, presença marcante desde o início de meu percurso de formação psicanalítica, pela leitura crítica de meu trabalho, pelas sugestões pertinentes e indicações precisas, que tanto contribuíram para discussão do trabalho.

Às queridas Regina Montilha e Mônica Torres, por apostarem em mim, mais do que eu mesma. Apesar da distância nossa amizade persiste.

Aos amigos Rômulo Ferreira da Silva, Mônica BuenoCamargo, Thereza Salazar, Rafael de Souza, Fábio Kassab, Lúcia Almeida e Manoel Carlos Almeida, pelo presença, pelo carinho e, principalmente, pela torcida.

À minha família, por acreditar em mim, pelo amor e respeito que sempre me dedicaram.

Aos meus pais, pelo amor, compreensão e incentivo, por me ensinarem a seguir em frente.

À minha mãe Beatriz, e à tia Zélia, pela dedicação irrestrita à minha Sofia, trazendo-me a tranquilidade necessária para concluir meus objetivos.

Ao meu esposo Alberto Farias, por seu apoio irrestrito, estímulo constante, e dedicação. Obrigado por franquear meus caminhos com sabedoria e amor.

Finalmente, agradeço aos pacientes que com suas palavras possibilitaram a realização dessa pesquisa.

RESUMO

Farias, C. N. F. **Leitura psicanalítica do sintoma em pacientes com doenças inflamatórias intestinais.** 156 pp. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

O presente estudo aborda a função dos sintomas das doenças inflamatórias intestinais (DII) para o sujeito do ponto de vista do referencial psicanalítico. Partimos da solicitação de intervenção junto a portadores de DII, feita pela equipe médica, que havia observado uma dependência psíquica extrema entre paciente e cuidador (em sua maior parte, mães), que parecia colaborar na manutenção das manifestações clínicas da doença, dificultando a condução do tratamento médico. Consideramos o referencial teórico psicanalítico apropriado para darmos encaminhamento à nossa questão, tendo em vista que a matriz freudiana e as contribuições de Lacan nos levam além da constatação de um ganho secundário relacionado ao adoecimento, ao pensarmos o sintoma como modo de gozo, implicando o efeito da palavra no real do corpo. Analisamos três casos de pacientes com doenças inflamatórias intestinais (DII), sendo um caso com retocolite ulcerativa e os demais com doença de Crohn, com objetivo de discutir as formas pelas quais o sintoma orgânico pode fazer o enlaçamento do sujeito com seu corpo e com o Outro. No primeiro caso, pudemos ver que os sintomas da retocolite faziam suplência, servindo como o significante que faltou para interpretar o desejo materno, único recurso da paciente para enlaçar-se ao Outro. No segundo caso, a função dos sintomas da doença de Crohn foi revelar a relação sintomática do casal parental e encobrir o que estava em jogo para o sujeito na assunção da sexualidade. No terceiro caso, os sintomas físicos encobrem a ausência de um saber acerca do sexo e da feminilidade. A concepção de corpo libidinal permite considerarmos as manifestações somáticas como algo próprio do sujeito. O sintoma, como modo de gozo, é a própria junção do significante com o corpo do ser vivo que fala, podendo ser chamado de acontecimento de corpo. Entendemos que o sintoma decorre da forma como o sujeito interpretou seu lugar no desejo do Outro, e, reciprocamente, como o discurso do Outro afetou seu corpo, produzindo gozo. Concluimos que, o sintoma somático está intimamente ligado à posição que o sujeito assume em relação ao desejo do Outro, o que determinará as vicissitudes de seu adoecimento. O caráter crônico de certas doenças é um fator a dar fixidez a esse modo de existir e de se relacionar com o Outro. Pela perspectiva psicanalítica, as DII, bem como qualquer outra doença crônica, são tidas como acontecimentos de corpo, independentemente de presumíveis fatores emocionais aventados em sua patogenia. Entender o adoecimento crônico dessa forma permite abordá-lo pela palavra, mobilizando o gozo específico de cada um para produzir mudanças subjetivas. Tais deslocamentos possibilitam ao sujeito inscrever seu mal-estar fora da esfera do adoecimento físico.

Palavras chave: psicanálise, corpo, sintoma, proctocolite

ABSTRACT

Farias, C. N. F. **Psychoanalytical reading of the symptom in patients with inflammatory bowel disease.** 156 pp. Master Degree. Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo, 2007.

The current study was aimed at assessing the function of the manifestations of inflammatory bowel diseases (IBD) to the subject, from a psychoanalytical perspective.

The medical staff of our institution has observed a deep psychological dependency between the patient and the one who takes care of him, the mother in most of the times, which required the intervention of the Psychology Division. According to those observations, the dependency seemed to contribute to the maintenance of the symptoms and to hamper medical therapy. To our knowledge, the psychoanalytical theory was appropriate to this investigation, since the contributions of Freud and Lacan strengthen the notion of secondary gain derived from an illness, consider symptom as a way of jouissance and implicate the effect of the speech in the body.

Three patients with IBD were analyzed in the current investigation (one patient had ulcerative proctocolitis and two had Crohn disease). Our aim was to assess the function of the disease in the life of each patient. In the first case, we could observe the suppletive function of symptoms of IBD, which played the role of the missing signifier for the interpretation of the mother desire, representing the last resource of the patient in order to articulate with the Other. In the second case, the function of Crohn disease symptoms was to disclose the symptomatic relationship of the parental couple and to cover interplaying factors of the sexuality of the subject. In the third case, physical symptoms had hidden the unawareness about sex and femininity.

According to the concept of libidinal body, somatic manifestations of a disease are something related to one's own subject. The symptom, understood as a way of jouissance, is the association of the signifier with the body of the human being that talks, and may be denominated events in the body. We are aware that the symptom is a consequence of the way the subject has interpreted his own place in the desire of the Other and, reciprocally, as the speech of the Other has affected his body to produce jouissance. In summary, somatic symptoms are closely related to the position of the subject regarding the desire of the Other and this is an important determinant of the characteristics of the sickness process. In this regard, the chronic course of some diseases is a factor that may contribute to the strong attachment of one's subjective position to the Other. By the psychoanalytical point of view, the IBD and any other chronic disease are events in the body, regardless of presumed emotional factors involved in their pathogenesis. Such understanding of the chronic sickness process gives grounds for a therapeutic approach by the speech, mobilizing the specific jouissance to produce changes in the subjective position of the analysand. Those changes will displace the ill-being to outside the field of physical sickness.

Key words: psychoanalysis, body, symptom, proctocolitis

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1. FRAGMENTOS DA ESCUTA PSICANALÍTICA NO HOSPITAL	22
• <i>Alice</i>	22
• <i>Rita</i>	28
• <i>Amélia</i>	32
2. O ESTATUTO DO CORPO EM PSICANÁLISE	37
• <i>O corpo no pensamento freudiano</i>	37
• <i>O corpo no pensamento lacaniano</i>	73
3. A CONSTITUIÇÃO DO SINTOMA PARA A PSICANÁLISE	88
• <i>Leitura freudiana do sintoma</i>	88
• <i>Leitura lacaniana do sintoma</i>	104
• <i>O fenômeno psicossomático</i>	124
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	130
• <i>O enlaçamento teórico-clínico</i>	130
REFERÊNCIAS	142
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

Desde que ingressei no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, em 1996, tenho me interessado pela dinâmica psíquica de pacientes com doenças orgânicas crônicas, pela perspectiva do referencial psicanalítico.

A partir de uma demanda de intervenção junto a pacientes com doenças inflamatórias intestinais (DII), pude colher os subsídios iniciais para desenvolver a idéia deste estudo. Um dos médicos do Serviço de Cirurgia do Cólon e Reto vinha notando em seus pacientes uma dependência psíquica extremada em relação a seus cuidadores (em sua maior parte, mães), que parecia colaborar na manutenção das manifestações clínicas da doença, dificultando a condução do tratamento médico. A observação de que, no ímpeto de cuidar e proteger, as mães parecem inibir os pacientes, impedindo que expressem livremente o que sentem, chamou a sua atenção. Também não lhe passava despercebido certo acomodamento de alguns pacientes frente a essa situação, no sentido de que parecem preferir não falar de si, delegando ao outro esta incumbência.

Outro aspecto central nessa relação é a forma pela qual as mães apropriam-se dos corpos dos filhos, já adultos, como se fossem objetos, tocando, mostrando, insistindo em participar dos exames físicos. Insistem, com frequência, em internações que não seriam necessárias diante de mínimos sintomas da doença, exagerando na gravidade das manifestações. Diante de tal excesso presente na relação mãe e filho, foi solicitada pela equipe médica uma intervenção que pudesse separá-los, supondo-se que, assim, os pacientes pudessem falar do que sentem, mais livremente, durante as consultas. Foi assim que, na escuta psicanalítica desses pacientes e de suas mães, pudemos notar que a devoção extremada e o amor irrestrito pareciam

envolver o adoecimento, fato este que nos levou a questionar a função específica da doença nessa relação.

Para a Psicanálise, o interesse está voltado para o sujeito, cujo corpo foi atravessado pelo adoecimento orgânico, e para a inserção da doença em sua trama discursiva particular. Em que pese essa especificidade, consideramos importante apresentar inicialmente uma breve descrição das DII, pois apresentam características em suas manifestações e curso clínico que interessam diretamente em nosso estudo.

A nomenclatura doenças inflamatórias intestinais corresponde a um grupo heterogêneo de doenças crônicas, representadas principalmente pela retocolite ulcerativa idiopática (RCUI) e pela doença de Crohn (DC). Ambas são doenças gastrointestinais de causa desconhecida, embora seja assinalada a participação, em sua patogenia, de fatores imunológicos, inflamatórios, genéticos, infecciosos, ambientais, dietéticos e psicossociais (Andus, 2000; Silverberger, 2005; Sands, 2007). São consideradas, portanto, doenças complexas e de etiologia multifatorial.

A RCUI acomete prioritariamente o intestino grosso, enquanto a DC acomete geralmente o intestino delgado, embora esta possa atingir qualquer segmento do trato digestivo, da boca ao ânus e mesmo outros órgãos. Na RCUI, as típicas úlceras, que caracterizam a doença e produzem sangramento, distribuem-se por toda a extensão do cólon e são mais superficiais, enquanto que, na DC, as lesões apresentam-se mais espaçadas e profundas, podendo produzir fístulas (falsos trajetos entre a luz intestinal e a pele ou outros órgãos) e estenoses, que são estreitamentos da luz do intestino, levando à obstrução intestinal (Pena, 1994; Geller, 1994).

Quanto às manifestações clínicas, a RCUI e a DC são condições que podem acometer vários órgãos e sistemas, o que lhes confere um caráter sistêmico, com acometimento muitas vezes de forma intensa e com sintomatologia marcante (Geller, 1994; Rothfuss, 2006). Esse aspecto é encontrado em determinados grupos de doenças crônicas, como as DII.

Sendo doenças crônicas, apresentam cursos clínicos prolongados, havendo períodos de remissão e de exacerbação. As principais manifestações são: diarreia crônica (comumente dez ou mais episódios por dia), dor abdominal, febre, dores articulares e perda de peso. Habitualmente, na RCUI, ocorre disenteria (diarreia com sangue); na DC, além da diarreia, há distensão abdominal devido às estenoses, abscessos, coleções intra-abdominais e fístulas, geralmente na região perianal. A RCUI é um fator bem conhecido que predispõe ao câncer de cólon (Pena, 1994). Cumpre ressaltar que as manifestações clínicas são habitualmente exuberantes, variadas e com grande impacto nas atividades rotineiras da vida dos pacientes. Fato comum é a restrição do indivíduo acometido ao seu domicílio ou ao ambiente familiar, por receio do embaraço, no convívio social, provocado pelos sintomas, em particular a diarreia, que é freqüentemente relatada pelos pacientes como causadora de grande constrangimento.

O tratamento clínico envolve a utilização de drogas imunossupressoras e de ação antiinflamatória e requer que o paciente tenha boa adesão aos esquemas terapêuticos. Esse tratamento não elimina a necessidade de cirurgia em um percentual considerável de casos. A indicação cirúrgica ocorre principalmente por obstrução intestinal, abscessos, fístulas, malignidade e intratabilidade clínica. As opções cirúrgicas para o acometimento do intestino grosso são as colectomias segmentares ou totais (retirada de parte ou de todo intestino grosso). Em muitos casos, é necessária uma ostomia, que é a exteriorização de um segmento do intestino na parede abdominal com a finalidade de desviar o trânsito, sendo necessário acoplar uma bolsa plástica para recolher as fezes. Segundo o segmento derivado, utiliza-se a nomenclatura colostomia (quando envolve o cólon) ou ileostomia (quando envolve o íleo, porção final do intestino delgado). Na maioria das vezes, esse procedimento pode ser revertido posteriormente, e o trânsito intestinal reconstruído. Em alguns casos, é necessária a amputação retal e, como consequência, uma ostomia definitiva. Devido às complicações clínicas e cirúrgicas associadas ao

procedimento, bem como às alterações na imagem corporal, incentiva-se a adesão ao tratamento clínico, na expectativa de que ele possa evitar ou retardar intervenções desse tipo (Kujhbacher, 2007; Domenech, 2006). O paciente com doença de Crohn terá que conviver com uma condição implacável, que não será curada pela cirurgia, apesar das suas manifestações poderem ser aliviadas. Diferentemente, na retocolite, o prognóstico cirúrgico é mais favorável, desde que não haja câncer avançado.

Habitualmente, as DII se iniciam na adolescência ou início da idade adulta, com pico entre 15 e 25 anos. Ambas apresentam um segundo pico de incidência por volta dos 60 anos. Esses dados são relevantes para a investigação psicanalítica, pois nos levam a pensar na coincidência do surgimento da doença com momentos cruciais da vida do indivíduo: a puberdade e o envelhecimento. Momentos em que o real do corpo convoca o sujeito a se haver com a questão da sexualidade e da finitude.

O caráter crônico das DII também é de interesse para o presente estudo. Do ponto de vista médico, o termo cronificação denota um curso prolongado, podendo haver períodos de exacerbação (crise ou recaída), recidiva (recorrência) e remissão (melhora). Embora o critério temporal ainda seja utilizado para caracterizar a cronicidade, atualmente, a definição mais aceita é a que leva em conta os aspectos morfológicos das lesões orgânicas. Os sinais morfológicos encontrados nos tecidos permitem que uma doença seja diagnosticada e estabelecida como crônica, mesmo na fase inicial, quando dos primeiros sintomas.

As DII são condições cujos sintomas oscilam entre períodos de crise e remissão, que podem se repetir ao longo de toda a vida. Por outro lado, existem pacientes assintomáticos e aqueles que se mantêm em remissão prolongada. O movimento de idas e vindas próprio dessas doenças é geralmente associado pelos pacientes a situações angustiantes. Esse aspecto nos faz

pensar de que forma a repetição, no plano psíquico, pode encontrar lugar numa repetição que está dada para toda vida, no plano orgânico.

Se hoje, para a Medicina, o fator preponderante para o desencadeamento da doença é uma possível susceptibilidade genética e imunológica, as DII, historicamente, já fizeram parte do rol das doenças psicossomáticas, nas quais os “aspectos psicológicos” ou “emocionais” estavam marcadamente implicados em sua etiologia, de modo que chegaram a ser tratadas exclusivamente, pela psicoterapia (Rodrigues, 2006).

Na década de 1930, Murray e Sullivan implicaram formalmente os fatores emocionais na RCUI ao observarem a relação entre o estado emocional e o surgimento de sintomas intestinais. Um perfil psicológico ou tipo de personalidade característico foi associado ao desencadeamento da doença até a década de 1950. Pacientes com DII apresentariam “dominância materna, perda de entes queridos, indecisão, inibição das relações interpessoais e rejeição social” (Kirsner, 2001).

Surgiram propostas de intervenções psicoterápicas que visavam ao controle do estresse. Na mesma época, no campo da neurocirurgia, chegou-se a propor a lobotomia para retirada de um “foco neurótico” nesses pacientes (Levy, 1956). Todavia, as evidências de uma preponderância do psiquismo na patogênese das DII foram obtidas de estudos retrospectivos, não controlados, baseados na associação temporal entre o estado emocional do paciente e o surgimento dos sintomas (Schwarz, 1990).

Estudos subseqüentes não conseguiram identificar uma predisposição psicopatológica bem definida, sugerindo-se que as características psicológicas observadas nos estudos prévios eram conseqüências do adoecimento, de sua longa duração, incurabilidade e não a sua causa primordial. Assim, a teoria de uma etiologia psicossomática das DII foi lentamente perdendo terreno na área médica (Aronowitz, 1988).

Estudos de pacientes com DC mostraram alta proporção de casos com dependência em relação à família, ansiedade, depressão, imaturidade e falta de agressividade (Cohn, 1970). Os limites impostos pela doença crônica remeteriam o paciente à idéia de invalidez, podem provocar sentimentos diversos, como revolta, inveja, e ansiedade. Comportamentos regressivos seriam comumente encontrados devido à dependência que o adoecimento impõe. Outros investigadores não encontraram uma maior frequência de eventos psicopatológicos em pacientes com DC (Goldberg, 1970; Gazzard, 1978).

Atualmente, os fatores psicossociais são considerados como um dos componentes que modulam a multifatorial expressão das DII, no sentido em que podem contribuir para atenuar ou exacerbar o quadro clínico. Entretanto, por si só, não são considerados fatores etiológicos. Kotze e Parolin (1997) postulam que os sintomas decorrentes do adoecimento (cólicas intestinais, dor, diarréias constantes, incontinência de fezes e gases), bem como sua persistência trazem, para o paciente, dificuldades no que tange à esfera social, gerando conflitos psicossociais.

Tendo em vista a questão que norteia nosso interesse teórico-clínico sobre a função das manifestações clínicas das DII para o sujeito, realizamos, inicialmente, um levantamento nas bases de dados indexados MEDLINE, Scielo e Lilacs e nas principais revistas psicanalíticas, buscando referências sobre a abordagem psicanalítica desses pacientes. A escassez de material escrito sobre o assunto incentivou-nos a aprofundar a questão, sob a forma de uma dissertação de mestrado. Entre as referências encontradas, duas se destacaram por estarem diretamente relacionadas ao nosso objetivo.

Nusinovici (1998) analisou pacientes com retocolite ulcerativa e doença de Crohn, considerando a falha da metáfora paterna o elemento crucial no desencadeamento da doença, frequentemente associado pelo paciente a acontecimentos que têm em comum o fato de impor uma perda, instaurar um limite em suas vidas. A fascinação pela imagem decorreria de certa

fragilidade quanto ao significante que os representa. Segundo esta leitura, o discurso do paciente apresenta um encadeamento imaginário de situações que estariam vinculadas à doença, mas como se não lhe pertencesse. Nota-se a prevalência da pulsão escópica, cuja função é anular a castração, em detrimento da voz, suporte privilegiado do significante, evidenciando a fantasia de comunicação pelo olhar para evitar a equivocidade introduzida pelo significante.

Pignatiello (2004) também observou, num primeiro momento, a inexistência de mediação metafórica e a relação eminentemente imaginária característica do fenômeno psicossomático em portadores de DII. Todavia, considerou que a noção de fenômeno psicossomático não pode ser aplicada, *a priori*, a todo e qualquer portador de condição orgânica, mais colocada à prova pela experiência advinda do tratamento. Nos casos que atendeu, não observou relação etiológica entre a doença e a estrutura do sujeito (neurose, psicose e perversão), sendo o caráter crônico da enfermidade o principal fator a propiciar a fixação do sujeito à designação “ser doente”. O tratamento psicanalítico visou à função da doença e de suas manifestações clínicas para o sujeito.

Em concordância com Nusinovici (1998), Pignatiello (2004) considera que, nesses casos, não há a interação entre o físico e o psíquico própria da psicossomática, pois a lesão é uma resposta do organismo “que se produz no lugar e em exclusão de uma subjetividade” (p. 59). Observa que, à medida que o tratamento psicanalítico permite a elaboração de uma resposta subjetiva, há uma modificação na sintomatologia física.

Em nosso trabalho com portadores de DII, encontramos algumas das características mencionadas pelos autores citados, que nos remetem a duas tipologias clínicas distintas. Para alguns pacientes, o surgimento da doença foi considerado inexplicável, pois não se articulou à sua história de vida e produziu um efeito de ruptura no sentido de sua existência. Convidados a falar sobre esse acontecimento, evocavam possíveis causas médicas, porém, sem deixar de referir

a possibilidade de terem adoecido por serem muito “ansiosos” ou “nervosos”. Percebemos um esforço para recordar acontecimentos que possam ter representado um impacto real e que tenham antecedido os primeiros sintomas. Todavia, para outros pacientes, a doença surgiu como algo esperado e previsível, o acontecimento que faltava para lhes dar sentido à vida. Eventos passados, reminiscências da infância, até então sem explicação, passaram a ser justificados com o desencadeamento da doença.

Comumente, deparamos-nos com pacientes que resistem a falar, expressando-se de maneira lacônica e mostrando-se impacientes frente ao convite para associar livremente. Frequentemente, solicitam medicação para controle da “ansiedade”, deixando claro que comparecem às sessões por solicitação do médico, manifestando a expectativa de que o psicanalista diga o que devem fazer. A imagem costuma prevalecer, sendo geralmente associada à fala para dar validade ao dito, como podemos verificar no testemunho trazido por um paciente, atendido uma única vez e não incluído dentre os casos descritos na presente dissertação, por não termos prosseguido nas entrevistas. Ao supor que não recebia a atenção que esperava por não ser bem compreendido ao transmitir seu sofrimento, trouxe, de forma inusitada, uma sequência de fotos de seu produto diarréico depositado sobre o lençol, acompanhada das fotos de sua fisionomia. Pretendia, com isso, convencer definitivamente seu médico da veracidade de seu sofrimento.

Entretanto, alguns pacientes, a partir das entrevistas preliminares, se engajam no tratamento por meio de uma demanda própria. Esta é a especificidade dos pacientes que fazem parte desse estudo. Os casos aqui analisados foram os primeiros a consentirem em participar do estudo, dispondo-se à regra da associação livre e, o que nos ofereceu condições de obtenção de elementos para uma investigação mais acurada da constituição subjetiva e da relação dos sujeitos com a doença.

Do ponto de vista médico, dificilmente tem sido possível estabelecer correlações entre manifestação de sintomas e acontecimentos de vida, dada à impossibilidade, pela metodologia da ciência médica, de abordar questões implicadas no processo de constituição subjetiva. No campo do que se tem chamado de Medicina Baseada em Evidências¹, o discurso singular do sujeito só ganha *status* de evidência caso se repita numa amostra significativa de sujeitos em situação controlada e seja confirmado por estudos independentes. Nessa perspectiva, as significações imaginárias sobre a origem da doença são abandonadas em prol da idéia de uma etiologia puramente orgânica.

Em psicanálise, a singularidade discursiva comporta a verdade daquele que fala, consistindo em seu próprio tratamento. Assim sendo, o método psicanalítico encerra uma relação indissociável entre investigação e tratamento, havendo efeitos de verdade que são produzidos a partir da sua aplicação. Contudo, essa verdade só pode ser recolhida no particular de cada experiência. Como consequência, a aplicação do método psicanalítico engendra um universal “não-todo”. O discurso particularizado é o ponto crucial dessa verdade (Figueiredo *et al.*, 2001).

Consideramos o referencial teórico psicanalítico apropriado para levar-nos a dar encaminhamento à nossa questão acerca da função do sintoma orgânico para os sujeitos, além do que se pôde denominar de ganho secundário da doença², principalmente, no que concerne à abordagem lacaniana do sintoma como modo de gozo, implicando o efeito da palavra no real do corpo.

¹Medicina Baseada em Evidência é o novo paradigma surgido no início dos anos noventa com a finalidade de diminuir a ênfase dada à intuição e à experiência clínica não-sistemática na tomada de decisões médicas, ao aliar os recursos da bio-estatística, da informática médica e da epidemiologia clínica. É o produto do que se tem chamado de “domínio tecnobiocientífico” (Castiel, 1999).

²Freud (1919), em “Linhas de progresso da terapia psicanalítica”, assinala que uma doença orgânica pode consistir em uma neurose para um paciente, evocando a possibilidade de um acontecimento no corpo biológico ser tomado como um sintoma psíquico.

Nossa abordagem parte da patogênese orgânica das DII, tendo em vista a noção de organismo como o corpo habitado pelo gozo, o que nos permite levar em conta os efeitos do discurso, alterando seu funcionamento. O psicanalista não fundamenta seu diagnóstico na própria doença, mas a partir da forma como o sujeito foi atravessado pelo adoecimento orgânico e da inserção da doença em sua trama discursiva particular.

Diante dessas diferenças epistêmicas, discutimos nosso material clínico a partir da conceitualização de “corpo” e “sintoma” à luz do referencial psicanalítico, especificamente orientado pela leitura de Freud e Lacan, por se tratar de uma delimitação conceitual essencial que deve ser esclarecida para que possamos orientar nossa interlocução com o campo médico. A partir dos casos clínicos, abordamos a formação sintomática, realçando as conseqüências do surgimento da doença orgânica no âmbito das primeiras relações do sujeito com o Outro, nesse momento, encarnado na figura materna. Levando-se em consideração o sujeito, o outro e o objeto que faz girar a dialética do desejo, encaminhamos a questão norteadora desta investigação, ou seja, de que forma o sintoma orgânico pode fazer o enlaçamento do sujeito com seu corpo e com o outro.

Na organização deste estudo, apresentamos na primeira seção fragmentos da escuta psicanalítica no âmbito dos atendimentos prestados no hospital, referentes a três casos clínicos. Tendo em vistas as questões suscitadas, que envolvem o corpo e o sintoma, apresentamos na segunda seção uma revisão da noção de corpo, em Freud e em Lacan, seguida pela discussão do conceito de sintoma na terceira seção. Finalmente, apresentamos o enlaçamento entre a teorização elaborada e o material clínico, bem como nossas considerações em relação à contribuição deste estudo para a assistência ao paciente crônico.

1. FRAGMENTOS DA ESCUTA PSICANALÍTICA NO HOSPITAL

A seguir, apresentamos os casos clínicos a partir dos quais nosso estudo foi desenvolvido. As pacientes, cujos nomes são fictícios, foram atendidas no Hospital das Clínicas no período de 2003 a 2006. Para essa pesquisa, foi solicitado o consentimento informado por escrito de cada paciente³. Optamos por não fornecer outros dados que pudessem permitir a identificação dos pacientes.

- *Alice*

O atendimento psicológico a Alice foi solicitado pela equipe médica durante sua internação, pois parecia “lábil emocionalmente” e “um pouco mimada”. Recebera o diagnóstico de retocolite ulcerativa idiopática há três anos; nessa época, já apresentava quadros intensos e recorrentes de diarreia, na maior parte das vezes, associados a sangramento intestinal e, conseqüente, emagrecimento acentuado e anemia. Diante da intratabilidade clínica e da gravidade do quadro, os cirurgiões de sua cidade natal optaram pela realização de colectomia de urgência com colostomia. A paciente acreditava que, em conseqüência dessa operação, ficou com uma fístula comunicando o reto à vagina. Na primeira internação no Hospital das Clínicas, foi submetida à investigação por exames e à tentativa de correção cirúrgica da fistula. Posteriormente, foi realizada a reconstrução do trânsito intestinal, com sucesso. Sua estada na enfermaria se estendeu por um ano, tendo sido operada duas vezes. Durante esse período, pudemos acompanhá-la.

³O “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” encontra-se no ANEXO.

A jovem Alice e sua mãe, vieram de outro estado em busca de tratamento especializado. Consideravam que, ser tratada no Hospital das Clínicas seria a única chance de cura. Alice contava em se livrar definitivamente da bolsa de colostomia, a qual, para ela, significava “prisão”. *Eu só vou embora se for sem essa bolsa. Não vou aceitar outra coisa. Ficar com essa bolsa vai ser a morte pra mim.* Sua demanda insistente de que sua expectativa fosse alcançada se intensificava a cada impasse que surgia em seu tratamento, tornando, por vezes, tenso, seu relacionamento com a equipe.

Alice não se separava em nenhuma circunstância de sua mãe, o que implicou uma exceção às normas para hospitalização de adultos na enfermaria. Sua mãe permaneceu diuturnamente ao seu lado, como se velasse seu corpo, magro, quase morto, tão afetado pela retocolite. Entretanto, seu olhar cheio de vida surpreendeu-me desde nosso primeiro encontro, pois, não correspondia à imagem de um corpo quase morto. Parecia haver algo de muito decidido nela. A despeito do pedido de que nos deixasse a sós, sua mãe insistia sempre em permanecer durante os atendimentos, valendo-se de várias “estratégias”, apoiadas por Alice, que dizia: *Não tenho segredos para minha mãe, ela conhece tudo sobre mim, tudo sobre meu corpo. Se não fosse ela eu não estaria mais viva.*

A paciente informou que sempre fora doente, frágil e em várias ocasiões esteve à beira da morte. Logo após seu nascimento, apresentou hemorragias intestinais e, não fosse a insistência de sua mãe em exigir tratamento eficaz, teria morrido. Não sabia exatamente o que causava essas hemorragias, mas acha que foi “alergia ao leite materno”, pois, até hoje, é intolerante à lactose. Após alguns meses de vida teve sarampo e quase morreu, sendo novamente salva pela persistência de sua mãe. *Ela nunca desistiu de mim.* Depois, sua saúde melhorou um pouco, exceto por uma constipação intestinal crônica tratada com laxante. *Sempre fui presa.* Na adolescência, sofria de fortes enxaquecas, de difícil controle com medicações. Alice acreditava

possuir resistência a medicações em geral, e que esse fato dificultava seu tratamento. Tomando ao pé da letra suas palavras, levantamos a hipótese de que “resistir” seria peculiar à sua dinâmica psíquica.

Referiu uma história de vida marcada pelo sofrimento. Seu pai bebia e era muito violento, agredindo a família, exceto ela, por ser frágil. Ele tinha medo que ela morresse. Contou que conseguia conter a ira do pai, ameaçando-o com suas doenças, com sua fragilidade física. Assim, protegia sua mãe e seus irmãos. Entretanto, a morte do pai foi um grande sofrimento para ela, pois compartilhava com sua mãe, a esperança de que ele mudaria de comportamento.

Disse ter com sua mãe uma relação muito especial. Sempre viveu grudada a ela, pois tinha medo de tudo. Sentia-se diferente das outras crianças, achando que os outros não a entendiam. Separar-se de sua mãe, mesmo que por breves momentos, especialmente para se divertir, impõe-lhe medo incontrolável e a certeza de que ela vai morrer. Não suportaria perdê-la e acaba limitando sua vida em função de estar sempre junto à sua mãe “para evitar sua morte”.

Pouco a pouco, nas sessões, foi se delineando a relação entre mãe e filha, marcada pelo binômio morte/salvação. A mãe a salva, ela salva a mãe. A aderência entre elas parecia inquestionável. Em nenhum momento, ela mostrou-se saturada da presença de sua mãe e esta, por sua vez, se dedicava inteiramente à filha.

Após a morte de seu pai, seu avô materno adoeceu de câncer e Alice assumiu juntamente com sua mãe a responsabilidade de cuidar dele. Disse ter sofrido muito em vê-lo “sofrer feliz” e também pela falta de consideração dos familiares com ele e com elas.

Após a morte de seu avô, decidiu “curtir a vida”, fazer tudo o que não havia feito, pois, pela primeira vez, sentia-se livre. Incluiu-se nisso, encontrar um namorado, apaixonar-se. Alguns meses depois, a retocolite se manifestou, tolhendo-lhe a liberdade. Sua hipótese é que todo

sofrimento que havia passado calada retornou como doença e considerou que, nessa época, se descuidou de sua saúde. Seu encontro com um rapaz resultou em frustração e sofrimento.

Tanto Alice, como sua mãe, referiam ter um saber sobre a doença e sobre o corpo de Alice. Ela diz: *Eu me conheço, conheço meu corpo, sei o que posso ou não, o que me faz bem ou mal.* A mãe diz: *Sei o que minha filha sente, o que ela precisa, pois sinto tudo o que ela sente. É como se o corpo dela fosse meu.* Durante suas internações surgiram momentos em que ela e sua mãe não aceitavam a conduta da equipe, sobretudo quanto ao uso de determinadas medicações, resistindo em tomá-las, ou afirmando que não funcionariam com ela e, caso suas queixas não fossem ouvidas, sofria os efeitos colaterais previstos. Diante da queixa de ambas de que o que sabiam não era levado em conta pela equipe, propus-me a ouvir também sua mãe, mas em separado dela.

Em nosso primeiro encontro, sua mãe disse-me que sempre sentiu que seus filhos não lhe pertenciam, pois não pôde amamentá-los (os três tiveram hemorragias intestinais) e, para ser mãe, sentia que precisava salvá-los da morte. O que a faz permanecer ao lado da filha, sempre lhe dando força, impedindo que ela se abata, que ela chore e que tenha pensamentos negativos, é o fato de acreditar que Alice quer morrer e que sua doença é o testemunho desse desejo. Jamais conseguirá sair de perto de seus filhos, pois imagina que eles morrerão. Quer que eles sejam independentes e gostaria de ajudá-los sem que eles tivessem necessidade. Intervim, dizendo que me parecia curioso querer ajudar quem não estava precisando.

Em outro encontro, disse que sempre teve mais apego a Alice, pois ela foi a mais doente, a mais frágil e a mais medrosa. Acreditava que isso se devia ao fato de, durante a gestação de Alice, ter passado por uma grande crise em seu casamento, que a fez sofrer muito, pois teve que se afastar de sua família. Contou que, à menor contrariedade, Alice adoecia e para protegê-la, procurava, sempre que possível, afastá-la do que, em sua opinião, era a fonte causadora dessas

contrariedades. Acreditava que, com as cirurgias, Alice estaria “curada”, mas tinha medo que ela adoecesse novamente, caso sofresse uma desilusão amorosa.

O significante “resistente à medicação” é a via pela qual algo de enigmático se apresentou a Alice. *Por que eu resisto à medicação? Tenho muito medo de sofrer por resistir à medicação.* A construção que faz em torno dessa questão une o “ser resistente” ao fato de querer sobreviver, de lutar pela vida. Disse-lhe que parecia resistir de duas maneiras: uma que a fazia sobreviver e outra que não permitia que se curasse. Isso parecia lhe impor a condição de viver doente.

Após ter tido sucesso nas cirurgias a que foi submetida, recebeu alta da enfermaria e passou a ser atendida ambulatorialmente. Falou de coisas a que não havia se referido antes como, por exemplo, o fato de sentir-se sozinha, incompreendida, excluída e infeliz. Conclui que sempre “recuou” diante de desafios e que, enfrentar essa doença, é sua primeira conquista.

Foi reinternada para a realização da cirurgia de reconstrução do trânsito intestinal e fechamento da colostomia, última etapa de seu tratamento cirúrgico. O procedimento foi feito com sucesso e ela estava apta para retornar à sua cidade natal. Queria iniciar uma nova etapa em sua vida, livre da bolsa, embora sabendo que a cirurgia lhe traria seqüelas. Pensava em voltar a estudar e em escrever um livro para contar sua história e servir de exemplo de determinação para os outros.

Nos encontros que antecederam ao seu retorno, falou sobre a possibilidade de que sua dedicação exclusiva ao tratamento da retocolite, que considerou essencial para o sucesso do tratamento, tivesse alimentado sua doença, pois foi necessário que se afastasse de qualquer situação que pudesse emocioná-la. Acreditava que, se não tivesse se afastado da vida cotidiana, das pessoas, do trabalho etc, talvez não tivesse adoecido tanto. Considerou que isso afetou também seus relacionamentos amorosos. Sempre colocou a culpa nos outros por seus fracassos amorosos, mas achou que era uma espécie de “agonia” e de “sufocamento”, que sentia quando

estava namorando, o que a fazia recuar. Considerou-se imatura para o amor, enquanto que sempre foi muito madura para cuidar dos outros, *ser mãe para os outros*. Comentei que para seria preciso remeter-se a um homem. Ela nada disse.

Alice voltou a sua cidade natal, comparecendo ao Serviço anualmente para avaliação. Nesses retornos costuma procurar-me, sempre acompanhada pela sua mãe. Embora tenha retomado sua rotina, e refira estar feliz por ter se livrado da colostomia, continua organizando sua vida em torno do significante “doença”: as seqüelas da cirurgia e outras conseqüências decorrentes das tantas hospitalizações e intervenções que sofreu. Sua mãe continua sendo seu “esteio”.

- ***Rita***

O drama de Rita, uma adolescente portadora de “doença de Crohn”, caracterizou-se, de início, pela parceria que fazia com a mãe. Foi a mãe que se apresentou a mim, trazendo consigo o peso de seu sofrimento, queixando-se do modo como os médicos abordaram um assunto tão delicado como a doença de sua filha. Nesse primeiro encontro, haviam acabado de sair de uma consulta médica, durante a qual Rita recebeu a indicação de cirurgia e colostomia definitiva. Só a mãe falou. Rita testemunhou o desespero de sua parceira, acrescentando uma coisa ou outra. *Não suportarei ver minha filha usando a bolsinha*, diz a mãe, assinalando sua indignação com denúncias sucessivas à equipe médica.

O fato é que já sabiam dessa possibilidade. Entretanto, esse prognóstico pareceu ratificar algo que subjaz à própria denúncia que ambas vieram fazer: estavam sempre atrasadas na busca do tratamento. Vários médicos pelos quais Rita passou antes de chegar à instituição diziam que, se ela

tivesse vindo antes, talvez ainda tivesse alguma oportunidade contra a colostomia definitiva. Mãe e filha questionavam então a conduta do médico anterior (“negligência”, “incapacidade”) ou culpavam-se pela própria ignorância de terem ficado tanto tempo com aquele médico.

A expressão “estar em atraso” foi entendida, nesse primeiro momento, como a marca de uma peculiaridade na parceria mãe-filha, algo que pertencia às duas, em meio a tantas reclamações em relação aos outros. Ressaltei essa particularidade e ofereci minha presença para virem falar sobre esse tema.

Alguns meses depois, por intermédio de sua mãe, Rita retornou, declarando que sofria de fobia social. Rita, enfim em cena, queixou-se de ter medo de sair de casa, de falar com as pessoas, de lugares cheios. Tinha a impressão de estar sendo olhada na rua. Notava uma piora dessa sensação nos últimos meses e assinalava que “algo” acontecera, pois não era assim. Recorda que tudo começou por volta dos seus onze anos, quando foi transferida de escola. Via-se diferente das outras garotas; seu corpo começava a se tornar alvo de incômodo à medida da emergência da sexualidade.

Quanto aos meninos, às vezes se interessava por algum, mas não conseguia se aproximar, pois não saberia o que fazer se houvesse correspondência. Todos ficariam sabendo que ela nunca havia namorado. Além disso, não se achava interessante. Em uma das sessões contou um episódio em que percebeu que as meninas “tiravam sarro dela” e que, a partir desse momento, tudo ficou ainda mais difícil. Começou a faltar às aulas e a apresentar baixo aproveitamento escolar. Pedi que me contasse em que circunstâncias isso acontecera. Disse se tratar de uma bobagem, um garoto “popular” veio conversar com ela, mas, em sua opinião, ele jamais se interessaria por ela. Considerava-se uma menina desinteressante. Sentia-se excluída e hostilizada pelas meninas de seu grupo.

Observei que, mesmo assim, ele a procurou. Ela continuou a menosprezar o que estava em jogo neste momento, algo da sexualidade, de sua capacidade de atrair a atenção do outro, mais precisamente, de um homem. Foi apostando nesse acontecimento, que parecia ter uma função de enigma para ela, que disse que, talvez essas meninas tivessem um bom motivo para temê-la. Como efeito dessa intervenção, ela se ruborizou e diz nunca ter pensado dessa maneira.

As fortes crises da doença tinham determinado um afastamento de suas atividades, de seus estudos, de seus amigos etc. Vivia praticamente presa em casa e, à medida que o tratamento foi permitindo o uso da palavra como instrumento, o laço com o outro foi se tornando possível. Rita foi demonstrando um crescente entusiasmo pela vida. Retomou os estudos e ansiava por fazer novas amizades.

O significante “estar em atraso”, compartilhado com sua mãe e interpretado *a priori* em seu tratamento, foi retomado quando manifestou o “desejo de ser independente”. Contou que sua mãe culpava-se por não ter dado a devida atenção à sua doença, logo no início, por estar muito envolvida com problemas de família. Rita adoeceu quando sua mãe estava absorta com os cuidados com sua família (avó e tios de Rita). Ela e sua irmã ficavam sob os cuidados do pai. Vale ressaltar o interesse de sua mãe por ajudar pessoas doentes, além daquelas da própria família.

A possibilidade de questionar o desejo dos outros permitiu que Rita pudesse se reaproximar das pessoas, demonstrando-se empolgada com novos amigos e até encontrar um namorado. Em uma das sessões, comentou que se sentia bem melhor, as crises da doença, mais esporádicas e leves, não comprometiam tanto suas atividades. Pediu para interromper as sessões por um tempo, pois, está cansada de ir ao hospital, de ver gente doente etc. Propus-lhe aumentar o intervalo entre as consultas, sem interromper o tratamento.

Com a proximidade dos exames escolares finais, começou a apresentar novas crises, voltando semanalmente ao hospital e faltando à escola devido às dores e aos episódios de diarreia.

Nas sessões, falava do medo de se apresentar nos seminários, das dificuldades no relacionamento com os colegas, de algumas indiretas que tocavam o fato de faltar às atividades grupais, de não se comprometer muito, alguns mal-entendidos que fizeram com que questionasse o sentimento das pessoas para com ela. Justificar-se com as crises da doença de Crohn já não convencia nem mesmo a sua mãe.

Ao comentar sobre o exame de uma disciplina em particular, cujo professor elogiara sua capacidade, reforçando que ela conseguiria falar em público, que se sairia bem, disse: *Eu acho que ele tem razão. Eu só tenho medo de passar mal, bem no dia, e não poder ir.* Apontei que não me parecia ser exatamente medo que ela tinha. Mas insistiu nisso. Continuou a falar dos exames, de suas dificuldades, de como tem sido tomada por um medo terrível quando está na eminência de ser chamada ou sorteada para falar, de não suportar o olhar dos outros etc. Interrompi seu discurso dizendo que “passar mal”, num momento desses, parecia vir bem a calhar.

Rita passou a se perguntar sobre as razões que determinam suas escolhas, deixando de responsabilizar os outros por suas dificuldades, dando espaço para novas lembranças e associações. Antes mesmo de adoecer, requisitava a atenção de sua mãe com dores fictícias, chegando, às vezes, a senti-las como reais. Entretanto, horrorizou-se ao pensar que podia ter “produzido” essa doença, apoiando-se nas informações médicas, segundo as quais, já teria nascido com ela. Afirmo que, de qualquer forma, ela sabia fazer uso disso.

Durante o tratamento, Rita foi apresentando algumas conquistas no âmbito escolar e social. Os males que afetavam seu corpo (dores e diarreias), que eram contínuos, passaram a se apresentar associados a situações que envolviam uma expectativa com relação ao julgamento dos outros. No entanto, a doença seguiu seu curso natural e ela foi advertida pelos médicos, mais uma vez, acerca da irreversibilidade dos danos já causados e da necessidade de colostomia.

Neste momento, essas informações puderam ser ouvidas de outra forma pela paciente. Após uma série de ponderações, tanto junto à família quanto durante as sessões, decidiu aceitar a cirurgia. Considerou que o tratamento cirúrgico permitiria que realizasse seus planos. Sua decisão surpreendeu a equipe médica, sobretudo por ter comparecido sozinha à consulta para manifestá-la. A operação foi realizada e ela pôde retomar suas atividades.

Sem as dores e as crises de diarreia, Rita passou a defrontar-se com seu desejo, avançando e recuando diante da perspectiva de alcançar seus objetivos. O incômodo de Rita com a incidência do olhar do Outro sobre si persiste, mas agora, como uma questão. *Antes estava infeliz porque estava magra, agora porque estou engordando. Parece que nunca estou satisfeita.* Diante de meu silêncio, retoma: *-.Talvez não seja bem esse meu problema.* Prosseguiu nos atendimentos, falando de suas conquistas e dificuldades.

Com a recuperação da cirurgia e a gradativa retomada de suas atividades, seus retornos a São Paulo ficaram bem mais esparsos. Rita interrompeu o tratamento, considerando-se bem, capaz de avançar sozinha.

- ***Amélia***

Amélia, portadora de doença de Crohn, queixava-se de dores intensas por todo o corpo há vários anos. A intervenção “fale-me de sua maior dor”, feita logo em nosso primeiro encontro, fez emergir a única dor não abarcada pelo diagnóstico médico: um problema com o filho mais velho. A possibilidade de falar dessa dor “entalada na garganta” fez cessar a dor no corpo. Esse efeito ratificou o encaminhamento médico para tratamento psicológico. Ficou-lhe uma questão que retorna sempre: seria sua doença puramente emocional?

Sua hipótese é de que falhou como mãe. Definiu-se como uma pessoa fraca e insegura, culpando-se pelo comportamento do filho, ao mesmo tempo em que disse não suportar sua

presença. Acreditava que não soubera cumprir seu “papel de mãe”, cuidando dele tecnicamente. Ao ser uma “mãe técnica”, a parte afetiva ficou prejudicada. Isto a remete à relação com sua mãe e às lembranças do passado. Nunca se sentiu amada e protegida. Apresentou sua mãe como mulher forte, decidida e muito exigente com ela. Uma mulher vaidosa, que sempre gostou de ser o centro das atenções e de mostrar-se desejada.

À diferença da mãe, Amélia se considera acanhada e pouco vaidosa. Nunca se sentiu a filha desejada, pois apesar de dedicada, fez escolhas contrárias ao que supunha ser o desejo de sua mãe. Casou-se cedo, teve quatro filhos, se tornou exímia dona de casa, enquanto sua mãe a aconselhava a “aproveitar a vida”. De sua mãe, crê conseguir apenas um “risinho de deboche”. Uma mãe percebida como ausente e que a expunha aos “perigos dos aproveitadores”, contra os quais precisava se defender sozinha.

Como se aproveita a vida? Abrindo mão do desejo para satisfazer os outros. Assim ela tem seguido, procurando validar essa resposta. Dedicou todo seu tempo à família, tentando satisfazê-la, sobretudo à mãe e ao filho em questão. Diz-se ingênua, boba, vítima da mãe, do marido e dos filhos. Relatou um episódio da infância em que sua mãe fingiu-se de morta, pois queria saber o que ela faria. Lembrou-se que devia ter uns cinco anos e disse ter ficado sem ação, pensando em quem cuidaria dela. Considerou aquilo um ato de crueldade com uma criança. Para além da crueldade, surge uma questão sobre o desejo do outro, que não deixei de apontar: uma mulher tão dura e tão dona de si queria saber o que sua filhinha sentia por ela.

Sua ineficiência como mãe deixou de ser sua queixa central, cedendo lugar ao questionamento sobre o que é ser mãe, o que pode querer uma mãe, etc. Ora culpada, ora vítima, perguntava-se sobre a possibilidade de estar querendo chamar a atenção, assim como sua mãe.

Na adolescência, era uma moça popular e, apesar dos poucos recursos familiares destacava-se nos estudos e era muito bonita, o que favorecia seu lugar entre os mais abastados de

sua cidade. Interessava-se por política, artes, literatura e música, e sonhava fazer parte de um meio intelectualizado. No entanto, sentia-se inadequada, como se aquilo não fosse para ela. Incomodava-se com o olhar dos homens sobre seu corpo, casando-se com um companheiro intelectual. Pretendia seguir com seus estudos e projetos, permanecendo indiferente à questão sexual. Para além da frustração de seus planos, a gravidez lhe impôs um mal-estar indizível: “estranhava aquela barriga”. Perguntava-se como poderia haver alguém dentro dela, o que era “aquilo”. *Eu rejeitei a gravidez. Acredita decorrer daí sua culpa pelo problema do filho. Mas ele era meu bebezinho, eu o amava muito, cuidava muito dele.*

Aliás, revelou-se uma “ótima” mãe, dedicando-se completamente aos filhos e ao pai deles. O termo “mãe técnica”, como costuma se definir, parece se referir ao modelo de mãe que criou para si, muito diferente do que foi sua mãe para ela. Tem sido para seus filhos a mãe que esperava ter. *Mãe é aquela que se doa completamente, que é companheira, que se sacrifica pelos filhos, que faz tudo, que evita que eles sofram.*

Ao contrário de sua mãe, Amélia tem sido uma ótima mãe, mas não sabe “aproveitar a vida”. O marido, de companheiro, vira seu algoz e, desde o nascimento do primeiro filho, é alheio aos problemas familiares. Disse ter lutado sozinha para criar os filhos. Queria ser reconhecida em seus esforços, mas só tem conseguido que as pessoas exijam sempre mais dela. No entanto, quando é convocada a dizer o que quer, sente-se “anestesiada”. A vida perdeu a graça para ela e acha que nunca vai descobrir o que a faz sofrer. Nesses momentos, as crises da doença reaparecem. A família, em especial o marido, diante do silêncio de suas dores físicas, se põe a responder, oferecendo coisas e fazendo promessas de mudança. O convite a falar, sempre renovado em cada sessão, alivia as dores.

Ao relatar suas peripécias para agradar seus filhos, o marido e a mãe, autodenomina-se: “super Amélia”. Diz saber que isso não leva a nada, que só a esgota, mas parece não saber fazer

diferente. Se não se “sacrifica” para fazer de tudo aos filhos, sente-se culpada. Sugeri, em vários momentos de seu tratamento, que ela saia-se bem como mãe e que a maternidade não parecia ser seu maior problema. Como resposta, ela refutava: *então qual é meu problema?*

Ao narrar um determinado episódio doméstico, envolvendo seu filho, evidenciou-se outra faceta do relacionamento entre eles, que até então não deixara transparecer, permitindo uma intervenção. Afirmou não suportar mais a presença do filho, ao mesmo tempo em que sentia que ele não tinha condição de sobreviver sozinho. Eu lhe disse: *deixa o bonitão ser feliz*. Na sessão seguinte, disse “não estar com raiva”, apenas ter ficado um pouco incomodada com meu comentário. Passou todo o tempo justificando por que esse filho não tem condições de viver sozinho e arrematou: *Ele é meu passarinho com a asinha quebrada. Ele precisa se curar pra sair de casa*.

Seguiram-se várias sessões nas quais reclamou da vida, dizendo-se cansada de tudo. Escutei, sempre em silêncio. Comentou que eu deveria estar cansada de suas reclamações, sempre sobre as mesmas coisas, sem fazer nada para mudar. Continuei em silêncio. Ao final de uma sessão, disse que o tratamento é muito importante para ela e despediu-se. Retornou, dizendo que tomou a decisão de pensar mais nela. Relatou um episódio em que se comportou de forma totalmente diferente do habitual, ou seja, não se esforçando para atender a família e, mesmo sentindo-se pressionada, não cedeu. Também não se sentiu consumida pela culpa, como de costume. Desse momento em diante, verificou-se um outro tipo de enlaçamento no tratamento, no qual a culpa deu lugar a um questionamento que aponta para algo da sexualidade e da feminilidade, ao passar a se interessar por sua relação com o marido, o que a faz estar com ele até hoje, como tudo começou.

O tratamento prosseguiu em torno dessa questão. Relata uma cena da juventude que lhe parece enigmática: ela paquerava um outro rapaz, mas o marido, então pretendente, a tomou pela mão. *Eu olhava para o outro, mas não pude me soltar dele.*

2. O ESTATUTO DE CORPO EM PSICANÁLISE

- *O corpo no pensamento freudiano*

O enigma imposto pela histeria à medicina do final do século XIX foi o ponto de partida para o empreendimento teórico freudiano, que vê o corpo surgir como palco dos sintomas histéricos. Em seus escritos iniciais, “Histeria” (1888/1990), “Algumas considerações para o estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas” (1893/1990) e “Estudos sobre a histeria” (1895a/1990), Freud procurou formalizar seus achados recentes com o propósito de caracterizar a histeria como uma condição clínica bem definida no campo das doenças nervosas, desvinculando-a de sua antiga classificação que a desqualificava como sofrimento⁴.

A falta de correspondência entre o sintoma somático apresentado pelo paciente e uma lesão subjacente que o justificasse foi o aspecto fundamental sobre o qual Freud (1888/1990) se apoiou para definir a histeria.

A histeria é uma neurose no mais estrito sentido da palavra – quer dizer, não só não foram achadas nessa doença alterações perceptíveis do sistema nervoso, como também não se espera que qualquer aperfeiçoamento das técnicas de anatomia venha a revelar alguma dessas alterações. (p. 85)

Os fenômenos histéricos decorrem de alterações fisiológicas do sistema nervoso, expressas pelas condições de hiperexcitabilidade do mesmo. Significa dizer que o ataque

⁴O termo histeria remonta aos primórdios da Medicina e é relativo às doenças do aparelho genital feminino, trazendo, em seu bojo, uma carga de preconceitos. Na Idade Média, seus sintomas eram vistos como feitiçarias e possessões. Posteriormente, passou a ser tomado pela Medicina como mentira, simulação e exagero (Freud, 1888/1990).

histérico expressa-se visivelmente no corpo, no entanto, a sintomatologia apresentada, embora o aproxime de outras doenças do sistema nervoso, difere da apresentação sintomática esperada (Freud, 1888/1990).

A partir de uma comparação minuciosa dos sintomas histéricos com os sintomas de outras doenças do sistema nervoso, Freud (1888/1990) demonstrou que o primeiro contraria as regras anatômicas e funcionais do corpo biológico.

Pode-se dizer que a histeria é tão ignorante da ciência da estrutura do sistema nervoso como nós o somos antes de tê-la aprendido. Os sintomas das afecções orgânicas ... refletem a anatomia do órgão central e são as fontes mais fidedignas de nosso conhecimento a respeito dele. (p. 95)

A total discrepância entre as manifestações somáticas histéricas e as condições orgânicas que deveriam sustentá-las descarta a possibilidade de que haja uma doença orgânica na origem da histeria. As causas dos sintomas histéricos seriam creditadas aos distúrbios psíquicos, “alterações da distribuição normal, no sistema nervoso, das quantidades estáveis de excitação” (Freud, 1888/1990, p. 95).

Consoante à tese defendida por Freud, as modificações fisiológicas relativas à distribuição da excitação são os únicos fundamentos que explicam o adoecimento histérico. Gabbi Jr. (1994) a considera a primeira referência acerca do que Freud apresentará como ponto de vista econômico, ressaltando que as “modificações fisiológicas” não são alterações anatômicas, devendo ser vistas como “desequilíbrios neurodinâmicos nas relações de excitabilidade entre diferentes partes do sistema nervoso”. (p. 8)

Se os sintomas físicos são as manifestações visíveis da histeria, as modificações psíquicas, estão restritas ao campo das atividades cerebrais inconscientes e se referem ao excesso de excitação no sistema nervoso (Freud, 1888/1990). Naquela época, a experiência clínica

focalizava o pleomorfismo dos sintomas corporais associados à histeria, cuja explicação era inapreensível pela racionalidade do discurso médico, desafiando a tradição alemã, que marca a formação médica de Freud, segundo a qual seria possível definir as várias doenças por meio de estudos anátomo-patológicos (Gabbi Jr., 1994).

O encontro de Freud com Charcot foi decisivo para que ele abandonasse definitivamente as tentativas de correlações anatômicas, e passasse a estudar as neuroses por meio da metodologia, então inovadora, do seu mestre.

Havia, desta maneira, um duplo deslocamento nas pesquisas freudianas: passavam do estudo das doenças orgânicas para as neuroses (em especial, a histeria e a neurastenia) e do uso de técnicas anatômicas para a hipnose. Logo, é dentro do quadro fornecido pela neuropatologia francesa que se deve entender o início da *démarche* freudiana. (Gabbi Jr., 1994, p. 8)

Ao analisar o diagnóstico diferencial entre as paralisias motoras orgânicas e histéricas, Freud (1893/1990) confirmou que os sintomas da primeira estão em perfeita consonância com os fatos da anatomia, quais sejam, a estruturação do sistema nervoso, a distribuição de seus vasos e suas relações com a lesão ocorrida, enquanto que a sintomatologia da paralisia histérica desafia esses critérios morfológicos. Coloca, então, no centro da discussão sobre a histeria, a concepção charcotiana de uma perturbação funcional na gênese do adoecimento mental, esclarecendo que se tratava de uma lesão que não deixa vestígios teciduais detectáveis em um exame anatomo-patológico após a morte, assim como o edema, a anemia etc. “São lesões orgânicas verdadeiras, mesmo que sejam mínimas e transitórias” (p. 239).

Entretanto, a concepção de lesão funcional, proposta por Charcot, tem suas bases na hipótese anatômica localizacionista, apontada por Freud como insuficiente para explicar, por si só, os sintomas histéricos, visto que uma lesão dinâmica não justificaria o grau de dissociação e a

intensidade das paralisias que encontramos na histeria. Freud (1893/1990) é categórico ao afirmar que a lesão na paralisia histérica não guarda relação alguma com a anatomia do sistema nervoso.

Nas paralisias e em outras manifestações, a histeria se comporta como se a anatomia não existisse, ou como se não tivesse conhecimento desta ... A histeria ignora a distribuição dos nervos, e é por isso que não simula paralisias periférico-medulares ou paralisias em projeção. ... Ela toma os órgãos pelo sentido comum, popular, dos nomes que eles têm: a perna é a perna até sua inserção no quadril, o braço é o membro superior tal como visível sob a roupa. Não há motivo para acrescentar, à paralisia do braço, a paralisia da face. (p. 240)

Prosseguindo nessa via de distinguir lesões dinâmicas de lesões anatômicas, Freud (1893/1990) delinea as balizas que vão afastá-lo definitivamente dos postulados de Charcot. Para Freud (1895a/1990), lesão funcional significa perturbação ou modificação de propriedades de um órgão ou sistema, sem haver agravos morfológicamente identificáveis, decorrendo do excesso de excitação nas vias de condução nervosa. Postulou que tal excesso produz um estado de “facilitação anormal” das vias condutoras dos estímulos nervosos. Determinados órgãos, por estarem debilitados, se tornam alvos preferenciais para o direcionamento da excitabilidade excessiva. A debilitação dos órgãos pode ser determinada por fatores como a predisposição inata⁵ do indivíduo, o prolongamento dos estados de excitação que enfraquecem a estrutura do sistema nervoso ou, ainda, por doenças específicas dos órgãos e sistemas. Ao efeito do excedente de excitação sobre os órgãos, desviando-os de sua função normal, deu o nome de conversão histérica.

Nas palavras de Freud (1895a/1990), temos:

⁵Em 1917(b), Freud aborda o fator constitucional (“predisposição inata”), a partir da equação etiológica da neurose. A neurose é sobredeterminada, decorrendo da associação entre a “disposição devida à fixação da libido” e a “experiência casual (traumática) no adulto”, sendo que o primeiro termo (fixação da libido) é composto pela “constituição herdada” e pela “disposição adquirida na infância”. (p. 423). O fator constitucional hereditário marca presença na origem dos sintomas neuróticos, mas a experiência também aparece como elemento essencial nesse processo.

Há resistências nas pessoas normais contra a passagem da excitação cerebral para os órgãos vegetativos. Essas resistências correspondem ao isolamento nas linhas condutoras elétricas. Nos pontos onde estão anormalmente fracas, elas são invadidas quando a tensão da excitação cerebral se eleva, e esta – a excitação afetiva – passa para os órgãos periféricos. Segue-se a isso uma expressão do afeto anormal. (p. 224)

Assim, os fenômenos histéricos se manifestariam no corpo por meio de uma alteração funcional, sem que haja lesão. O corpo biológico, claramente servindo de substrato aos processos psíquicos, disponibiliza os órgãos e sistemas para funções não primárias, permitindo a formalização da noção de corpo representado. Segundo Freud (1893/1990), o que está em questão na histeria é uma idéia, uma “representação”⁶ de corpo, fundada nas sensações táteis e visuais. O que está em jogo é um corpo cujos contornos são imaginários e não a estrutura orgânica propriamente dita. (p. 242).

Sob a perspectiva lacaniana, Miller (2004) afirma que a psicanálise surge da recusa, na histeria, de um saber próprio do corpo, de um “saber natural”, inscrito em sua substância. Essa recusa se daria em duas vertentes, trazidas à luz pela teorização freudiana: a primeira se refere à recusa em se submeter ao saber natural, incrustado no organismo, com a finalidade de autoconservação e a segunda diz respeito à recusa do corpo do Outro⁷, tornando a reprodução da vida um problema, assim como vemos evidenciar-se na clínica.

A psicanálise pôde começar, porque se preocupou, precisamente, com a histeria, e o que caracteriza a histeria é que nela encontramos o corpo doente da verdade⁸. Freud a

⁶Optaremos por “representação”, seguindo as considerações de Loffredo acerca das traduções para o termo *Vorstellung*, por ser o termo de uso mais freqüente entre nós. (Loffredo, 2004, p. 312-313).

⁷Termo utilizado por Lacan para definir o que se refere à determinação inconsciente para o sujeito, ou seja, a “outra cena” freudiana à qual o sujeito está submetido, denominada de inconsciente e por isso grafado com letra inicial maiúscula para marcar a diferença com o campo da dualidade no sentido psicológico, da identificação imaginária, que é representado pelo outro, grafado com inicial minúscula. Tesouro do significante e sede do código lingüístico, onde o sujeito irá buscar os significantes para se representar no mundo. Refere-se também à lei. (Lacan, 1957/58/1999).

⁸O autor se refere ao inconsciente. “A partir de Freud, a verdade começou a falar no corpo falante, a falar na fala e no corpo. E desde que a verdade começou a falar ela mesma, a se dizer nos troços da fala – é o lapso - , como nos

expressiu nos termos do recalque⁹ e da volta do recalçado. O corpo histérico é aquele que recusa o “*diktat*” do significante-mestre, o corpo que fixa a sua própria fragmentação e que, de alguma forma, separa-se dos algoritmos, do saber inscrito na sua própria substância. É o fenômeno que Freud chamava curiosamente, de complacência somática e que Lacan, em sua perspectiva, nomeava “recusa do corpo” (Miller, 2004, p. 46)

Se, em relação à anatomia e ao racionalismo do discurso da medicina, a sintomatologia histérica parecia caótica, a partir da idéia de um corpo representado ela ganha um sentido, uma ordenação. O surgimento do conceito de histeria, na cena médica, produz uma ruptura discursiva, questionando os limites do modelo anátomo-clínico, que inaugurou a medicina moderna. “Resistindo a esta redução explicativa e não se adequando ao registro da racionalidade médica, a histeria colocou em xeque a moderna clínica constituída a partir da racionalidade anátomo-patológica” (Birman, 1991, p. 137).

Mesmo que, por um lado, a clínica charcotiana tenha evidenciado os limites da neuropatologia e do seu método investigativo, por outro, não rompeu radicalmente com a ordem médica, na medida em que insistiu em procurar uma lesão orgânica que explicasse os sintomas histéricos (lesões “dinâmicas ou funcionais”). “Charcot manteve-se no interior da racionalidade médica, apesar do lugar que abriu para o reconhecimento da figura da histeria (e do discurso) na instituição médica” (Birman, 1991, p. 138). A iniciativa de Freud, ao colocar, em primeiro plano, o discurso do próprio paciente, permitiu-lhe desvendar a “complexa arquitetura” do sintoma, afastando-o, de forma ainda mais evidente, do prisma charcotiano.

A noção de corpo representado subverte a clínica lastreada na correspondência entre sintomas e lesões, trazendo consigo o reconhecimento do valor de significação que cada parte do corpo adquire para o paciente histérico.

passos em falso do corpo – é o ato falho -, o ingênuo ‘eu digo a verdade’ cedeu seu lugar até então imutável” (Miller, 2004, p. 44).

⁹Utilizaremos ao longo desta pesquisa o termo “recalque” como tradução para *Verdrängung*, segundo Roudinesco e Plon (1998).

Destacamos até agora dois pontos fundamentais responsáveis pela ruptura epistemológica de Freud com o discurso médico positivista: a palavra como mediadora incontestável do sofrimento humano somático ou psíquico, e a expressão de um corpo desvinculado da realidade biológica, um corpo representado ou imaginário. Para Birman (2006), o artigo de Freud sobre o “Tratamento psíquico” (1890/1990) tem valor fundamental nesse processo de ruptura, pois, ao destacar a posição central da palavra do enfermo na demanda de cuidados, confere autonomia ao registro da linguagem no discurso psicanalítico em relação aos referenciais psíquicos e somáticos até então considerados campos separados no discurso positivista. Nessa mesma linha, o ensaio freudiano “Uma neurose demoníaca do século XVII” (1923a/1990) colaborou para o processo de construção da Psicanálise, ao esclarecer que os fenômenos considerados demoníacos, naquela época, poderiam ser explicados pela concepção de neurose histérica formulada pela psicanálise, em particular pela noção de corpo representado. Deste modo, o ponto em comum entre a “demonologia” e a psicanálise seria o conceito de fantasma¹⁰.

O discurso freudiano constituiu-se pelo retorno que promoveu daquilo que a medicina positiva deixara de fora e excluiu intencionalmente da experiência da enfermidade, atribuindo a isso seu devido peso. Assim, desarticulou a cartografia corporal estabelecida pela racionalidade médica, centrada como indiquei na anatomia patológica, e enunciando, então, uma outra cartografia do corpo, na qual a linguagem e o fantasma seriam agora fundantes. (Birman, 2006, p. 64).

¹⁰Tradução do vocábulo francês *fantasme*, retomado pela psicanálise no século XX para nomear a produção do imaginário pela qual o eu busca escapar ao domínio da realidade, imaginação, sonho. (*Nouveau Petit Robert*). Na Edição Standard Brasileira das *Obras Completas de Sigmund Freud*, encontramos o termo “fantasia”, designando inicialmente a imaginação. A partir de 1897, torna-se um conceito correlato da noção de realidade psíquica, que vem substituir a teoria da sedução, designando a produção imaginária que leva o eu para fora dos domínios da realidade (Roudinesco & Plon, 1998). Em Lacan, é uma representação, uma cena da ordem do imaginário, é uma articulação significante, onde está presente o sujeito do significante e é, ainda, completada por uma quantidade libidinal marcada pelo objeto *a*. (Miller, 1998a). No âmbito desse trabalho fantasia e fantasma são usados como correlatos, respeitando o uso feito pelos autores citados.

Essa articulação entre o discurso exuberante da histérica e a sintomatologia enigmática representada em seu corpo, revelando o lugar central ocupado pela linguagem e pelo fantasma, destaca a função do imaginário no processo de adoecimento neurótico, conforme vemos no texto de Birman.

A psicanálise se constituiu historicamente pela crítica sistemática do saber médico e de sua leitura objetiva das enfermidades. Com efeito, foi para destacar não apenas a posição estratégica do enfermo no processo de produção da enfermidade, mas também para enfatizar que seria para o campo da experiência imaginária daquele que a medicina deveria se voltar como prática terapêutica, além de seu evidente olhar objetivo, que a psicanálise se constituiu como saber e como experiência clínica. (Birman, 2006, p. 63).

Avançando na articulação entre soma e psiquismo, Freud, no ensaio sobre as afasias¹¹, demonstrou que o aparelho psíquico funciona como um aparelho de linguagem, introduzindo a noção de perturbação funcional na gênese das afasias. A relação ponto a ponto da antiga teoria da localização anatômica cede lugar à idéia do paralelismo entre fisiologia e representação, sem, no entanto, considerar essa última uma cópia fiel do que está impresso na célula cortical. Para Freud as fibras nervosas não são “meros condutores neutros”, mas também interferem na transmissão da excitação, pois é possível constatar que “uma fibra em seu caminho para o córtex muda de significação funcional” (Garcia-Rosa, 2004, p. 31).

A cadeia de processos fisiológicos no sistema nervoso não se encontra provavelmente numa relação de causalidade com os processos psíquicos. Os processos fisiológicos não cessam ao se iniciarem os processos psíquicos. Ao contrário, a cadeia fisiológica prossegue, só que a partir de certo momento, um fenômeno psíquico corresponde a um ou a muitos dos seus elos. O processo psíquico é assim paralelo ao processo fisiológico. (Freud, 1891, citado por Garcia-Rosa, 2004 p. 32)

¹¹ Embora seja uma obra de grande importância para Freud, assim como ele atesta em suas cartas a Fliess (carta de 2/5/1891 e de 21/5/1894) (Masson, 1896), ele não permitiu que fosse incluída na edição alemã de suas obras completas. “Tal recusa permanece uma dos mistérios sobre a relação de Freud com seu próprio trabalho, desde que muitos dos conceitos apresentados na monografia estão por toda parte nos escritos posteriores de Freud” (Rizzuto, 1990, p. 262, Apud, Loffredo, 2004, p. 310)

A conclusão mais relevante a que Freud chegou nesse trabalho, segundo Garcia-Rosa (2004), é o fato de não haver “relação de causalidade entre o fisiológico e o psíquico, mas uma correspondência entre o processo fisiológico sensorial, que é o processo nervoso no nível cortical, e o processo psicológico, que é o registro próprio da representação” (p. 35). O estudo das afasias permitiu a Freud construir um primeiro modelo de aparelho anímico, a partir da produção de um aparelho de linguagem, podendo-se notar uma antecipação da teoria sobre o ato falho, o chiste e o lapso¹².

Loffredo (1999) destacou a tese central sustentada por Freud nesse ensaio, qual seja, a articulação da representação de palavras à de objeto por meio, exclusivamente, de suas imagens acústicas, operando, com isso, uma ruptura com a concepção vigente.

Freud abalou de forma radical a concepção localizacionista das afasias, criticando um ponto de vista mecanicista do psiquismo que o enquadrava como uma espécie de epifenômeno do funcionamento nervoso. Sendo proposto um circuito funcional da linguagem que apresentava uma relativa autonomia da topografia anatômica do sistema nervoso. Em sua proposta de leitura, privilegiando o registro funcional sobre o tópico, recortava-se a psique como fundada na linguagem, tendo sido afirmado, na mesma época, o poder terapêutico da palavra, num texto de 1890, onde está escrito “... as palavras são, de fato, o instrumento essencial do tratamento anímico”¹³. (p. 171).

Segundo Birman (2006), a formulação de um aparelho de linguagem no qual se articulam os registros do somático e do psíquico, “possibilitou ultrapassar a oposição absoluta das substâncias corpóreas e pensantes” (p. 65). Entretanto, já se acena nesse texto para a introdução de um terceiro elemento: as intensidades. A transformação do aparelho de linguagem em aparelho psíquico, assim como formalizado por Freud (1950/1990) em “Projeto para uma

¹² Ao tratar da parafasia presente em alguns doentes, Freud afirma que não difere fundamentalmente das falhas de linguagem que encontramos em pessoas normais submetidas ao efeito do estresse mental e físico.

¹³ A autora cita Freud em “Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)” 1890 (p. 115). In: Obras Completas. Buenos Aires, Amorrortu, 1991. v. 1

psicologia científica”, decorre da alteração no funcionamento do aparelho de linguagem devido ao seu atravessamento pela excitabilidade.

Nesse trabalho, Freud (1950/1990) definiu que as alterações da distribuição normal, no sistema nervoso, das quantidades estáveis de excitação decorrem tanto de estímulos provindos do mundo externo como de estímulos endógenos. Faz-se necessário que o corpo biológico administre essa alteração para restituir o funcionamento normal do aparelho psíquico. A concepção quantitativa implica um princípio básico da atividade neuronal em relação à quantidade de excitação, qual seja, a tendência à inércia neuronal. Trata-se da tendência dos neurônios de se livrar da excitação por meio de sua descarga. A esquivas do estímulo surge associada à descarga em relação a um estímulo externo, visando ao evitamento do estímulo e corroborando para a manutenção da inércia.

Entretanto, a inércia neuronal é abalada pelos estímulos provenientes do próprio organismo que precisam ser descarregados. “Esses estímulos se originam nas células do corpo e criam as grandes necessidades: fome, respiração e sexualidade”. (Freud, 1950/1990, p. 405). Para que ocorra a descarga da tensão é necessária uma ação do organismo em questão que gere uma modificação no mundo externo. Nesse sentido, o aparelho psíquico requer uma quantidade de energia mínima para produzir essa ação. Segundo Freud, “o sistema nervoso é obrigado a abandonar sua tendência original à inércia. Precisa tolerar a manutenção de um acúmulo de $Q\eta$ ¹⁴ suficiente para satisfazer às exigências de uma ação específica”. (Freud, 1950/1990, p. 405-406).

Observa-se que, ainda assim, a tendência à inércia se conserva por meio do empenho de manter uma quantidade mínima de $Q\eta$ no aparelho psíquico e de limitar o seu aumento. Esta é a

¹⁴Símbolo da quantidade de tensão presente e circulante no aparelho psíquico. (Freud, 1950/1990)

função secundária do aparelho psíquico, que mais tarde¹⁵ será referida como o princípio de “constância” de Fechner. (Freud, 1950/1990, p. 404).

Esse processo nas bases neuronais visa, em última instância, à obtenção de prazer ou o evitamento do desprazer. Na experiência de satisfação, a necessidade gera um aumento da tensão interna no organismo, sendo a primeira reação uma tentativa de descarga, por meio de gritos ou ações motoras, que não é efetiva em si, visto que é necessária uma intervenção no mundo externo para que a satisfação ocorra. Assim, a primeira tentativa de descarga emotiva e motriz ganha uma outra função, a da comunicação, da qual surgirá a linguagem. Considerando que o desenvolvimento neurológico humano somente se completa muito tempo após seu nascimento (fenômeno denominado por Lacan, 1949/1998, “prematuridade do humano”), entende-se por que, desde a mais tenra idade, o homem necessita do amparo de um semelhante. Essa peculiaridade, sem paralelo no reino animal, repercute no processo de subjetivação.

Nesse caso, o estímulo só é passível de ser abolido por meio de uma intervenção que suspenda provisoriamente a descarga de Q η no interior do corpo; e uma intervenção dessa ordem requer a alteração do mundo externo, que, como *ação específica*, só pode ser promovida de determinadas maneiras. O organismo humano é, a princípio, incapaz de promover essa ação específica. Ela se efetua por *ajuda alheia*, quando a atenção de uma pessoa experiente é voltada para um estado infantil por descarga através da via de alteração interna. Essa via de descarga adquire, assim, a importantíssima função secundária da *comunicação*, e o desamparo inicial dos seres humanos é a *fonte primordial* de todos os *motivos morais*. (Freud, 1950/1990, p. 431)

Birman (2006) ressaltou que a experiência subjetiva, tomada em termos econômicos de intensidade, implica a inscrição de marcas imaginárias no aparelho de linguagem, decorrendo das relações que o sujeito vai estabelecendo com o meio em que está inserido e pela forma em que é amparado pelo outro.

¹⁵Freud, S e Breuer, J. (1895). Estudos sobre a Histeria, In: *Obras Completas*. (Vol. II, pp.39-318).

Essas marcas imaginárias, segundo Freud (1950/1990), originam-se das impressões no aparelho psíquico causadas pela quantidade do estímulo, ou seja, por uma $Q\eta$ intensa e pela repetição dessas impressões. Como uma das principais características do tecido nervoso é a “memória”, ou seja, “a capacidade de ser permanentemente alterado por simples ocorrências” (p. 408), essa modificação permite que haja uma facilitação a passagem da excitação por aquela marca estabelecida, oferecendo a possibilidade de representar a memória. “A memória de uma experiência (isto é, sua força eficaz e continua) depende de um fator que se pode chamar de magnitude da impressão e da frequência com que a mesma impressão se repete”. (p. 410).

Tanto a experiência da dor, como a da satisfação, são conseqüências de um aumento de tensão ($Q\eta$) no aparelho psíquico, franqueando sua passagem e deixando resíduos, imprimindo marcas no mesmo. Essas marcas determinadas pela descarga (dor) ou pela soma (estados de desejo), originarão o funcionamento primário do aparelho psíquico. “O estado de desejo resulta numa *atração* positiva para o objeto desejado, ou mais precisamente, por sua imagem mnêmica; a experiência da dor leva à repulsa, à aversão por manter catexizada a imagem hostil. Eis aqui a *atração de desejo* primária e a *defesa* [repúdio] primária”. (Freud, 1950/1990, p. 436).

Freud (1950/1990) destacou a dor e a satisfação sexual como as principais experiências capazes de estabelecer essas marcas de memória, possibilitando a repetição destas ao longo da vida. É por meio desse processo de catexização das vias cerebrais que se forma uma organização que Freud (1950/1990) chamou de “eu”, definida como “a totalidade das catexias Ψ ¹⁶ existentes em determinado momento, nas quais cumpre diferenciar um componente permanente e outro mutável” (p. 437).

¹⁶Sistema de neurônios Ψ são sistemas de células mnêmicas, ou seja, por oferecerem certa resistência à passagem da energia e sofrerem modificações mais ou menos duráveis, dependendo da intensidade da quantidade que o atravessa.

São nessas demarcações da substância corporal que a repetição, tanto do prazer quanto do desprazer, encontrará sua viabilidade, visto que Freud (1950/1990) ressaltou a função do trauma¹⁷, responsável pelo adoecimento histórico, originário dessas experiências. Apesar da precocidade das marcas no psiquismo produzidas pela satisfação sexual, o trauma só é reconhecido tardiamente, por ocasião da puberdade, momento em que o sujeito, em decorrência da experimentação da excitação sexual, poderá reativar, por meio das facilitações dos traços de memória, as experiências sexuais da infância. Devido à ação do recalque, o afeto ligado a essas lembranças será descarregado via sintomas neuróticos.

Segundo Birman (2006), Freud apoiou sua concepção de aparelho psíquico no corpo, esclarecendo que não se trata de um corpo natural, mas de um “artifício”, de um corpo construído na tessitura da linguagem e da fantasia, mediadas pela intensidade. Não se refere nem ao organismo nem ao somático, embora encontre suas bases nesses dois registros. Corpo e subjetividade se articulam organicamente e, nesse processo, a elaboração do conceito de pulsão¹⁸ tem uma função crucial, no sentido de marcar o esforço continuado de Freud em ultrapassar os impasses impostos, no campo da subjetividade, pelo dualismo cartesiano. (Birman, 2006).

Enquanto no ensaio sobre as afasias o que estava em questão eram as representações de palavra e de objeto, no “Projeto”, vemos que Freud (1950/1990) postulou três tipos de representações: de palavra, de objeto e de coisa. A representação de coisa (*das Ding*), é da ordem do sensível, é a pura referência. Segundo Loffredo (1999), “a pulsão é uma representação de

¹⁷Inicialmente, o trauma foi relacionado por Freud a uma experiência concreta na história do sujeito. A partir das evidências clínicas que tornaram insustentável essa teoria, a função traumática passa a ser exercida pelas fantasias sexuais decorrentes principalmente das experiências corporais de satisfação engendradas por meio dos primeiros cuidados que a criança recebe. (Monzani, 1989)

¹⁸Optamos por utilizar neste estudo o termo pulsão, para se referir a *Trieb*, segundo sugere Souza (1999), embora na Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud figure o termo instinto, cuja justificativa encontramos em *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*, v. I, p. 27 e v. XIV, p. 129.

coisa, na medida em que oferece a possibilidade permanente de sensação, que a ela se associa, como um invariante (a pulsão é uma força *constante*)” (p. 174).

A pulsão adquire posição estratégica no pensamento freudiano, sendo definida como se segue.

Um conceito situado na fronteira entre o mental e o somático, como representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida da exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo que se acha na fronteira entre o mental e o físico. (Freud, 1915/1990, p. 142)

Como se percebe no texto acima, Freud diferenciou, com base na fisiologia, pulsão de estímulo. Este último se origina externamente ao organismo, produzindo uma ação reflexa. A pulsão surge no próprio organismo, tratando-se de uma força endógena constante da qual o indivíduo não pode fugir. Essa definição encontra-se no “Projeto” (1950/1990), onde Freud explicou que as pulsões expressariam a excitação constante, presente nas vias de condução do sistema Ψ , que “sustenta toda a atividade psíquica”. (p. 430).

Em “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, Freud (1905b/1990), ao estabelecer o conceito de pulsão, retirou a função sexual no humano do registro puramente biológico do instinto, que garantiria a perpetuação da espécie, e a inscreveu na ordem do prazer/desprazer. O corpo representado não é o corpo do instinto, mas um corpo habitado pelas pulsões.

Enfim, a teoria psicanalítica pretende demonstrar que a sexualidade humana se estrutura por um funcionamento pulsional diversificado, que visa à obtenção do prazer e o evitamento do despreazer, através de uma série multifacetada de objetos que se apresentam ao campo da representação ao longo da história do sujeito (Birman, 1991, p. 149).

Os “Três ensaios” apresentam a construção de uma concepção própria da psicanálise sobre a sexualidade humana, a partir da desconstrução do conceito de sexualidade, estabelecido

pela biologia e pela psiquiatria do século XIX, considerado até então, um “instinto sexual” com finalidade reprodutiva. Tendo em vista esse determinismo biológico, não haveria razão para se pensar em sexualidade infantil ou senil, sendo qualquer prática sexual não voltada à reprodução tida como perversa ou degenerada. (Monzani, 1989).

Segundo Monzani (1989), o resultado dessa desconstrução é que:

A sexualidade não é algo dado, pronto e acabado que o sujeito humano traz desde o início e que o habitará, latente, até que, na época apropriada (a puberdade), irrompa com suas características marcantes. ... ela é o resultado de uma *síntese*, de uma *composição* onde diferentes pulsões (parciais, fragmentadas), diversas zonas, serão progressivamente ativadas e lentamente se integrarão para dar essa forma final que conhecemos. (p. 29)

Para Birman (1991),

A sexualidade se constitui como o conceito correlato do corpo erógeno, a partir do conceito de pulsão. Porém, para constituir este último seria preciso conceber o sexo fora do registro exclusivamente biológico e instintivo, onde estava inserido. (p. 155)

Freud (1905b/1990) referiu-se à pulsão como representante psíquico de uma estimulação constante que se origina no corpo. “Pulsão, portanto, é um dos conceitos da delimitação entre o anímico e o físico” (p. 157). Em sua natureza, não possui qualidade, sendo simplesmente uma “exigência de trabalho feita à vida anímica” (p. 158). Partindo de um órgão, a pulsão diferencia-se segundo sua fonte e seu alvo, sendo este um objeto privilegiado para ser investido libidinalmente. Os órgãos do corpo oferecem dois tipos de excitação, sendo uma delas exclusivamente sexual. Qualquer órgão que origina tal excitação é considerado zona erógena. Isso significa que órgãos e mucosas transformados em zonas erógenas comportam-se como órgão sexual, extrapolando sua função própria, e proporcionando a experiência de novas sensações. A investigação da sexualidade infantil permitiu avançar na compreensão da pulsão sexual, demonstrando seu papel crucial na estruturação do sujeito.

Um estudo aprofundado das manifestações sexuais da infância provavelmente nos revelaria os traços essenciais da pulsão sexual, desvendaria sua evolução e nos permitiria ver como se compõe, a partir de diversas fontes. (Freud, 1905b/1990, p. 162).

A partir das lembranças infantis, reveladas no tratamento de neuróticos, Freud (1905b/1990) pôde traçar um quadro do comportamento sexual na infância. Após um período inicial, onde a sexualidade infantil costuma se expressar livremente, segue-se um período de supressão, denominado “período de latência”, onde a pulsão sexual é desviada do uso sexual para outros fins (“processo de sublimação”) (p.165).

Esse período inicial de manifestação da sexualidade pode ser reconhecido por meio de atividades que envolvem partes do corpo que, inicialmente, possuem uma função fisiológica de saciedade de uma necessidade. Assim, a boca e o ânus, ao lado de suas funções fisiológicas, oferecem-se também como fonte de satisfação. A sexualidade infantil surge como um “efeito marginal”¹⁹, a partir das funções vitais (nutrição, por exemplo), e vai se firmando e ganhando espaço na vida do sujeito para além de suas necessidades. Do fenômeno de sugar o dedo, Freud deduziu as características da sexualidade infantil, quais sejam: origem nas funções somático-vitais, ausência de objeto sexual, auto-erotismo, sendo seu objetivo sexual dominado por uma zona erógena. A sexualidade infantil é apresentada como perversa e polimorfa, à medida que se constitui inicialmente por pulsões parciais ordenadas em zonas erógenas. O auto-erotismo caracteriza-se pelo centramento do próprio corpo como fonte de satisfação da pulsão sexual, típico da criança, devido à necessidade de repetir a sensação prazerosa, gerada inicialmente para saciar uma necessidade e as suas limitações no alcance e no domínio do mundo externo.

¹⁹ Expressão retirada por Monzani do próprio Freud. No alemão *Nebenwirkung*: efeito marginal, secundário, concomitante. (Monzani, 1989, p. 30).

No chuchar ou sugar com deleite, já podemos observar as três características essenciais de uma manifestação sexual infantil. Esta nasce *apoiando-se* numa das funções somáticas vitais, ainda não conhece nenhum objeto sexual, sendo *auto-erótica*, e seu alvo sexual acha-se sob o domínio de uma *zona-erógena*. (Freud, 1905b/1990, p. 171).

Nesse fragmento de texto, é interessante ressaltar a idéia de apoio, o corpo biológico servindo de substrato para as manifestações pulsionais, ou seja, a sexualidade estendendo-se a toda e qualquer atividade humana. De acordo com Monzani (1989), a idéia de sexualidade ampliada, em decorrência dessa multiplicidade funcional dos órgãos, irrompe na criança, transformando partes do corpo em zonas erógenas. “E, no limite, não só o corpo como qualquer atividade humana pode ser a fonte ou dar lugar à irrupção do sexual” (p. 30). Essa é uma das principais contribuições dos “Três ensaios”.

Desvinculando a sexualidade, por um lado, da genitalidade e, por outro, de um modelo comportamental pré-formado (instinto), Freud operou uma reconstrução absolutamente inédita na semântica da sexualidade. A *significação* do termo sexual não só se alarga mas, definitivamente, ultrapassa o conceito clássico. (Monzani, 1989, p. 31)

Assim, no caminho da satisfação das funções fisiológicas básicas, a necessidade transforma-se em prazer e o órgão implicado na atividade converte-se em zona erógena.

Diríamos que os lábios da criança comportaram-se como uma *zona erógena*, e a estimulação, pelo fluxo cálido do leite foi, sem dúvida, a origem da sensação prazerosa. A princípio, a satisfação da zona erógena deve ter-se associado com a necessidade de alimento. A atividade sexual apóia-se primeiramente numa das funções que servem à preservação da vida, e só depois se torna independente delas. (Freud, 1905b/1990, p. 170)

A sexualidade caracteriza-se, desde a sua origem, pela busca do prazer e evitamento do desprazer e só posteriormente voltar-se-á para a reprodução da espécie. Birman (2006) ressalta que a concepção de organismo, que figura na obra freudiana até 1915, compreende organismo voltado para a busca do prazer e para vida. Essa tendência se expressa no modelo homeostático,

apresentado no “Projeto” (1950/1990), para demonstrar o jogo de forças no qual o princípio da inércia dá lugar ao princípio da constância. Para que a vida impere, é preciso que o excesso de excitação seja eliminado e que uma quantidade mínima de excitação esteja sempre presente, mantendo a homeostase do aparelho psíquico. Assim, nesse primeiro momento, a busca do prazer pela via da descarga, operando em harmonia com o princípio vital, estaria nas origens desse organismo. “Para Freud, inicialmente, o organismo como forma de ser da ordem vital constitui-se como um sistema homeostático de auto-regulação, no qual existiria a afirmação da vitalidade como um imperativo insofismável” (p. 72).

A definição de pulsão, nesse momento das teorizações de Freud, foi marcada pela articulação da fonte, da força e do objeto, cuja finalidade é a busca do prazer. Como corolário, na experiência subjetiva, o corpo é representado em sua fragmentação em zonas erógenas, voltado exclusivamente para a satisfação e a evitação do desprazer.

Entretanto, assinalou Birman (2006), a perspectiva do conflito, como característica principal do aparelho psíquico, deve ser mantida e, para isso, a polaridade se faz entre as pulsões de autoconservação e as pulsões sexuais. As primeiras surgem articuladas ao eu e à consciência e, as segundas, ao inconsciente.

Em “A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão”, Freud (1910a/1990) postulou o conflito psíquico entre as pulsões do eu e as pulsões sexuais, demonstrando seu papel vital no processo de recalque. O eu, descrito como “o conjunto de idéias constituído de maneira heterogênea em épocas diferentes” (p.199), apresenta oposição às idéias movidas pelas pulsões sexuais parciais. Esse processo, nomeado por Freud de recalque, tem papel fundamental na vida psíquica, pois permite às pulsões do eu desviar as pulsões sexuais de seu objetivo, utilizando sua potência para a consecução de objetivos mais elevados, em consonância com o princípio de

preservação do indivíduo. Os sintomas neuróticos são entendidos como produtos do fracasso desse processo.

Nesse momento, Freud não havia definido o eu nem pelo narcisismo, nem pela tripartição da segunda tópica, eu, isso e supereu²⁰, mas, no dizer de Miller (2006), como “um grupo de representações capazes de recalcar outras, o grupo de representações recalcentes” (p. 47), figurando, assim, as pulsões como substrato das representações.

A pulsão é a dinâmica mesmo das representações. É por lá que ele estabelece uma relação estreita entre a representação e o recalque. A pulsão dá vida às representações conforme suas finalidades. A pulsão aparece, a esse respeito, como tendo a forma de uma vontade que se impõe às representações e as submete à sua finalidade (Miller, 2006, p. 47)

Para Miller (2004), o paradigma da clínica freudiana se expressa na relação das palavras e dos corpos, no qual o recalque, como mecanismo da produção sintomática, é exposto em termos de representação e, posteriormente, em termos pulsionais.

Para explicar a perturbação psicogênica da visão, Freud (1910a/1990) lançou mão do que denominou de “submissão somática” (p. 203), ou seja, os órgãos e sistemas estão à disposição de ambas as pulsões (do eu e sexuais), que, do ponto de vista econômico, estão inversamente relacionadas. Assim, o olho, sob o domínio total das pulsões sexuais, deixará de exercer sua função primária, que é enxergar, deixando de obedecer ao saber “natural” do corpo, que visa à vida individual, sendo orientado para o gozo do auto-erotismo, transbordando a finalidade vital. Essa explicação nos permite perceber, novamente, a estreita relação estabelecida por Freud (1910a/1990) entre processos psíquicos e biológicos.

Os psicanalistas nunca se esquecem de que o psíquico se baseia no orgânico ... A psicanálise está, portanto, pronta a admitir, e mesmo a postular, que nem todas as

²⁰ Optamos por utilizar nessa pesquisa os termos “eu, isso e supereu”, segundo sugere Souza (1999), embora na Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud figurem como “ego, id e superego”.

perturbações da visão devem ser psicogênicas Se um órgão que serve a duas espécies de instintos aumenta seu papel erógeno, é de se esperar, em geral, que tal não ocorra sem a excitabilidade e a inervação do órgão, passivo das alterações, que se manifestarão na forma de perturbações de suas funções a serviço do eu. (Freud, 1910a/1990, p. 203).

O *Lust* freudiano, denominado por Lacan de gozo, se refere ao prazer que “transborda o saber do corpo”, cessando de lhe obedecer. Pode-se pensar que o organismo suporta dois corpos distintos: o primeiro é o corpo de saber, epistêmico, que reconhece o que é necessário para sobreviver, corpo cuja regulação seria o prazer, um “corpo-prazer que obedece”; o segundo é o corpo libidinal, “corpo-gozo, desregulado, aberrante, onde se introduz o recalque como recusa da verdade e de suas conseqüências” (Miller, 2004, p. 49).

Dito de outra forma, a base desta construção é que a pulsão sexual, como reprodutiva, fracassa ao subordinar à sua finalidade de reprodução as pulsões parciais ligadas às diversas regiões do corpo. Freud nos apresenta, de pronto, um corpo que é um campo de batalha pulsional entre o ego e as pulsões parciais. (Miller, 2004, p. 48)

No artigo intitulado “Formulação sobre os dois princípios do funcionamento mental”, Freud (1911/1990) discorreu sobre o princípio do prazer e o princípio da realidade. Sendo responsável pelos processos primários do funcionamento mental, o princípio do prazer, como a denominação já indica, consiste na busca do prazer e na evitação do desprazer, respondendo à tendência originária do aparelho psíquico. O princípio da realidade é requerido devido a uma perturbação desse funcionamento mental primário pelas necessidades externas, movido pela impossibilidade de satisfação alucinatória, que impele o aparelho psíquico à busca de satisfação real no mundo externo. Traz consigo as pulsões do eu, vinculando-se às atividades da consciência, e prevalecendo sobre o Princípio do prazer, subordinado às pulsões sexuais e às fantasias. O princípio da realidade tem como função resguardar o indivíduo contra quaisquer danos à sua integridade, proporcionando o abandono de um prazer imediato e inconseqüente. O

eu figura como uma instância autônoma, cuja função adaptativa é essencial à sobrevivência do indivíduo.

Progressivamente, a experiência clínica vai desafiando a primazia do princípio da realidade nos processos mentais, ao demonstrar que, em algumas formas de adoecimento mental, o eu poderia ser investido libidinalmente como um objeto. A esse fenômeno deu-se o nome de narcisismo.

O conceito de narcisismo foi formulado por Freud (1914c/1990), no ensaio “Sobre o narcisismo, uma introdução”, embora já houvesse referência ao termo em seus estudos anteriores²¹. A teorização pulsional vai se tornando mais complexa em relação à apresentada em “Três ensaios”, visto que o narcisismo deixa de ser visto como restrito a posições patológicas ou perversas e passa a ser aceito como integrante do desenvolvimento sexual normal do ser humano. “Uma localização da libido que merecesse ser descrita como narcisismo talvez estivesse presente em muito maior extensão, podendo mesmo reivindicar um lugar central no curso regular do desenvolvimento sexual humano”. (Freud, 1914c/1990, p. 89).

Freud (1914c/1990) considerou a formalização do conceito de narcisismo uma “extensão da teoria da libido”, postulando a existência de uma energia libidinal original do eu, que, ao longo do desenvolvimento, estende-se em direção aos objetos, sem se desvincular do eu. Freud comparou o movimento libidinal aos pseudópodos dos protozoários, no sentido em que se estendem como prolongamento, sem, no entanto, desprenderem-se do corpo. Essa nova concepção da libido do eu permitiu a hipótese econômica da libido, que se configura como uma energia constante conservada, oscilando entre o eu e os objetos externos. “Também vemos, em

²¹Em “Três Ensaio” (1905b), para explicar a escolha homossexual de objeto. Em “Leonardo Da Vinci” (1910b), para exemplificar um modelo de relação amorosa na qual a própria imagem do sujeito é tomada como objeto de amor e, em “Totem e Tabu” (1914b), evocando a idéia de uma fase narcísica do investimento libidinal que denominou de intermediária, entre o auto-erotismo e a escolha de objeto, postulando o narcisismo como algo que nunca é abandonado completamente.

linhas gerais, uma antítese entre a libido do eu e a libido objetal. Quanto mais uma é empregada, mais a outra se esvazia” (p. 92). Entretanto, para Freud (1914c/1990), a unidade do eu não é dada de antemão, sendo necessária uma “nova ação psíquica” (p. 93) para que reordene as pulsões auto-eróticas dispersas no corpo e presentes desde o início, originando uma unidade narcísica. Assim, o eu não é originário, mas sim, constituído.

De acordo com Birman (1997), essa ação psíquica que produziria o narcisismo decorre da relação do sujeito com o outro, das primeiras relações com as figuras parentais. A alteridade assume um papel crucial na constituição do corpo e do sujeito.

Então, para se conceber a transformação das pulsões auto-eróticas na unidade narcísica denominada eu, seria preciso “uma nova ação psíquica”. Dessa maneira, se o eu não é originário, cristalização inaugural da autoconservação, ele se constituiria a partir do outro. ... Enfim, para o discurso freudiano, a constituição do eu se realizaria apenas pela antecipação e pelo investimento das figuras parentais no organismo infantil, de forma a transformar o auto-erotismo em narcisismo. (Birman, 1997, p. 31)

Pela mesma perspectiva, Loffredo (1999) afirmou, em relação à questão da alteridade na constituição do sujeito, que a estruturação dá-se por meio da relação com outro aparelho de linguagem. Vivências de satisfação e de dor são “estruturas-matrizes, que organizam a relação com o objeto”. O desamparo inicial próprio do filhote humano requer cuidados de um semelhante, e esses cuidados não se restringem ao contato físico, mas envolvem a “palavra ouvida”. As palavras ganham significação em virtude do seu “efeito na ação do outro”. Nas palavras da autora, “desde o início da produção teórica freudiana, o psiquismo foi sempre investigado no campo da relação dialógica com o outro” (p. 175).

O corpo próprio, tomado como objeto pelo sujeito a partir de suas primeiras relações com o outro, passa a ser catexizado e, com isso, obtém-se uma imagem unificada desse corpo anteriormente fragmentado em zonas erógenas.

Segundo Birman (1997), no início da construção da teoria freudiana, houve um “centramento do eu”, que foi considerado uma estrutura psíquica, “um espaço mental autônomo” que teria acesso à realidade do mundo das coisas materiais e dos objetos, sendo capaz de garantir os interesses vitais do indivíduo, mantendo uma soberania no psiquismo, protegido das exigências sexuais. “Daí porque o eu era o agente do recalque, o representante da censura e dos valores morais, que, centrado na manutenção do indivíduo, poderia repelir as tentativas de subversão da individualidade pelo sexual” (p. 27).

Com a formalização do conceito de narcisismo, Freud insurgiu-se contra a concepção soberana do eu e produziu, segundo Birman (1997), o “maior descentramento” do eu em psicanálise. O eu passou a ser uma instância erotizada e, portanto, também submetido ao princípio do prazer. Isso colocou em prova a primeira teoria pulsional, onde pulsões do eu e a libido estariam claramente definidas de forma diametralmente opostas. O eu deixou de ser concebido como senhor da consciência e do princípio da realidade, ao ser identificado por Freud como sede da libido. “Vale dizer, a libido é a única substância em causa, a única coisa que poderia ser considerada sujeito e se inserir no campo do eu e dos objetos: libido do eu e libido do objeto” (p. 30).

Pode-se reconhecer como aqui o pressuposto vitalista, presente desde os primórdios do discurso freudiano, rompeu-se de maneira inevitável e inelutável, criando as condições de possibilidade para incorporação de uma outra leitura da biologia naquele discurso. Esse período é marcado pelo desmapeamento do discurso freudiano, já que esse abandonou um de seus suportes fundamentais. (Birman, 2006, p. 74-75)

Com o conceito de narcisismo, o investimento de prazer passa a se realizar em dois campos, o do sujeito e o do objeto, de acordo com as demandas de satisfação. Então, por um lado, o objeto é objeto parcial, objeto da pulsão, por outro lado, ele faz oposição ao sujeito, fundando a alteridade.

Com efeito, entre os registros do eu e do não-eu, as pulsões poderiam investir igualmente o eu e os objetos estranhos ao eu, sendo então reguladas pela libido do eu e pela libido do objeto. Seria o objeto de investimento agora que polarizaria e diferenciaria as diversas modalidades da pulsão. Com isso, o eu e o corpo seriam essencialmente erotizados. (Birman, 2006, p. 74)

Essa nova configuração do funcionamento mental que se delineia requer a reformulação da teoria pulsional. Freud (1915/1990), no artigo “As pulsões e suas vicissitudes”, analisou cada um dos componentes das pulsões e seus destinos. A força ou pressão (*Drang*) da pulsão representa a medida da exigência de trabalho constante feita ao aparelho psíquico, tendo sua fonte (*Quelle*) no soma. Sua finalidade (*Ziel*) é a satisfação de uma necessidade, que se dá por meio da cessação da estimulação na fonte da pressão. O imperativo da pulsão é a descarga, restando ao indivíduo fazer apelo ao outro, capaz de acolher essa necessidade e transformá-la em experiência de satisfação. “O sistema nervoso é um aparelho que tem por função livrar-se dos estímulos que lhe chegam, ou reduzi-los ao nível mais baixo possível; ou que, caso fosse viável, se manteria numa condição inteiramente não estimulada” ²² (p. 140).

Para Freud (1915/1990), “podemos, portanto, concluir que as pulsões, e não os estímulos externos, constituem as verdadeiras forças motrizes por detrás dos processos que conduziram o sistema nervoso, com sua capacidade limitada, a seu alto nível de desenvolvimento atual” (p. 140).

Em “Além do princípio do prazer”, Freud (1920/1990) questionou a primazia do princípio do prazer no funcionamento mental a partir de certas evidências clínicas, mostrando que os processos mentais, em sua maioria, não eram prazerosos em si, e nem levavam ao prazer. Dessa

²²Freud se refere aqui ao princípio de constância, que tem como protótipo a tendência à inércia formulada no “Projeto” (1950/1990).

forma, não é possível reconhecer mais do que uma tendência do funcionamento mental na busca do prazer.

Deve-se, contudo, apontar que, estritamente falando, é incorreto falar na dominância do princípio do prazer sobre o curso dos processos mentais. Se tal dominância existisse, a imensa maioria de nossos processos mentais teria de ser acompanhada pelo prazer ou conduzir a ele, ao passo que a experiência geral contradiz completamente uma conclusão desse tipo. O máximo que se pode dizer, portanto, é que existe na mente uma forte *tendência* no sentido do princípio do prazer, embora essa tendência seja contrariada por certas outras forças ou circunstâncias de maneira que o resultado final talvez nem sempre se mostre em harmonia com a tendência no sentido do prazer. (Freud, 1920/1990, p. 20)

A primeira forma de inibição do princípio do prazer é o princípio da realidade, que igualmente visa ao prazer, permitindo, contudo, por meio do adiamento, da substituição, da tolerância temporária de desprazer, que o prazer seja obtido de forma a não colocar em risco o organismo em relação ao mundo externo. A segunda forma é o recalque, que faz com que o prazer seja sentido como desprazer.

Em consequência do velho conflito que terminou pelo recalque, uma nova ruptura ocorreu no princípio do prazer no exato momento em que certos instintos estavam esforçando-se, de acordo com o princípio, por obter novo prazer. ... não há dúvida, porém, de que todo desprazer neurótico é dessa espécie, ou seja, um prazer que não pode ser sentido como tal. (Freud, 1920/1990, p. 21)

Entretanto, pode-se observar que ambas as situações concorrem para o prazer, para diminuição ou redução da excitação mental. Dessa forma, Freud (1920/1990) confirmou a prevalência do princípio do prazer como tendência suprema do aparelho mental, porém, aduz o fato de que haveria, então, uma tendência do organismo em alcançar seu estado primitivo inorgânico e que, portanto, o princípio do prazer visaria à morte em última instância. Mais além do princípio do prazer está a morte, ou seja, a tendência interna do organismo a atingir um estado inorgânico.

O conceito de pulsão de morte surge em decorrência da análise do fenômeno de repetição de fatos prazerosos ou desprazerosos, observado na experiência clínica e em fatos da vida cotidiana, que Freud nomeou de “compulsão à repetição”. O fato de a compulsão à repetição apresentar, em suas manifestações, um caráter altamente pulsional aponta para um “atributo universal das pulsões”: o retorno ao inorgânico, conforme já assinalado.

Mas como o predicado de ser pulsional se relaciona com a compulsão à repetição? Nesse ponto, não podemos fugir a suspeita de que deparamos com a trilha de um atributo universal das pulsões e talvez da vida orgânica em geral que até o presente não foi claramente identificado ou, pelo menos, não explicitamente acentuado. *Parece, então, que uma pulsão é um impulso, inerente à vida orgânica, a restaurar um estado anterior de coisas*, impulso que a entidade viva foi obrigada a abandonar sob a pressão de forças perturbadoras externas, ou seja, é uma espécie de elasticidade orgânica, ou para dizê-lo de outro modo, a expressão da inércia inerente à vida orgânica. (Freud, 1920/1990, p. 53-54)

Freud aventou a possibilidade de que toda pulsão seja uma força que tende ao inorgânico, um estado já conhecido, antigo, inicial, do qual o organismo se afastou e tende a voltar:

Suponhamos, então, que todas as pulsões orgânicas são conservadoras, que são adquiridas historicamente, e que tendem à restauração de um estado anterior de coisas Essas pulsões, portanto, estão fadadas a dar uma aparência enganadora de serem forças tendentes a mudança e ao progresso, ao passo que, de fato, estão apenas buscando alcançar um antigo objetivo por caminhos tanto velhos quanto novos. Se tomarmos como verdade que não conhece exceção o fato de tudo o que vive, morre por razões *internas*, torna-se mais uma vez inorgânico, seremos compelidos a dizer que ‘*o objetivo de toda vida é a morte*’, e, voltando o olhar pra trás, que ‘*as coisas inanimadas existiram antes das vivas*’. (Freud, 1920/1990, pp. 55-56)

Coerente com essa argumentação, Freud (1920/1990) apontou para o fato de que todas as formas pulsionais seriam componentes dessa pulsão, tendendo ao inanimado que serviriam para “garantir que o organismo seguirá seu próprio caminho para a morte, e afastar todos os modos possíveis de retornar à existência inorgânica que não sejam os imanentes ao próprio organismo”. Na mesma vereda, concluiu que, “o que nos resta é o fato de que o organismo deseja morrer

apenas do seu próprio modo. Assim, originalmente, esses guardiões da vida eram também os lacaios da morte”. (p. 57).

Sustentar a unificação pulsional, sobretudo sob a égide de uma pulsão de morte, não se apresentou como tarefa fácil, tendo em vista que toda teorização freudiana acerca do funcionamento do aparelho psíquico teve como arrimo a idéia de conflito interno de forças opostas: pulsão do eu e pulsões sexuais, princípio do prazer e de realidade, pulsões sexuais e de autoconservação etc.

Freud amparou-se largamente nas conquistas das ciências biológicas para subsidiar a sua teoria sobre as pulsões. Partindo das idéias de Weismann (1884), um novo dualismo pulsional pôde ser introduzido no campo psicanalítico. Segundo esse autor, a matéria viva divide-se em partes mortais – que denominou “soma”, sujeito à morte natural – e partes imortais – as células germinais ou biósforo, “capazes, em determinadas condições, de desenvolver-se em um indivíduo novo” (Weismann, 1884, citado por Freud, 1920/1990, p. 65).

Freud lançou mão das hipóteses de Weismann para fundamentar a existência de uma pulsão de vida ligada à função de tais células germinais, reservando o movimento do soma em direção à morte para justificar a pulsão de morte. O organismo caminha inexoravelmente para a morte, em um movimento dele próprio originário, em decorrência da eliminação da fonte de excitação. A sobrevivência dependeria da atuação do mundo externo sobre tal organismo, desequilibrando forças e exigindo a adoção de medidas de sobrevivência. A sobrevivência, por sua vez, depende das pulsões sexuais que, segundo Freud (1920/1990), “são as verdadeiras pulsões de vida”, uma vez que garantem o encontro das células germinais, fundamentais para a continuidade da vida.

As células germinais, provavelmente retêm a estrutura original da matéria viva, e após certo tempo, ... separam-se do organismo como um todo. ... Trabalham contra a morte da

substância viva e têm êxito em conseguir para ela o que só podemos encarar como uma imortalidade potencial, ainda que isso possa significar nada mais do que um alongamento da estrada para a morte. ... As pulsões que cuidam dos destinos desses organismos elementares que sobrevivem a totalidade do indivíduo, que lhes fornecem um abrigo seguro enquanto se acham indefesos contra os estímulos do mundo externo, que ocasionam seu encontro com outras células germinais, etc., constituem o grupo das pulsões sexuais. (Freud, 1920/1990, p. 57 - 58)

O que era hipótese, sem evidências sólidas, nos trabalhos de Weismann sobre as células germinativas, encontrou sua confirmação científica no DNA, cuja estrutura foi descoberta por Watson e Crick, laureados em 1962 com o prêmio Nobel. A biologia molecular nos traz a correspondência entre esse plasma germinativo de Weismann e o genoma, base atualmente aceita para explicar a transmissão das características hereditárias.

Pesquisadores contemporâneos, como Richard Dawkins, autor de *O gene egoísta*, prosseguiram na mesma linha de Weismann: “A idéia central que utilizei foi esboçada por Weismann” (Miller, 2004, p. 15), ao apresentar uma teoria evolucionista que procura explicar a evolução das espécies pela perspectiva dos genes e não dos indivíduos ou espécies, conforme o modelo adotado na teoria darwiniana. Por esse prisma, o gene é a unidade fundamental da evolução, no sentido em que todo o funcionamento do organismo seria simplesmente estruturado para facilitar a transmissão dos genes aos descendentes, e, portanto, da própria vida.

A afirmação freudiana acerca da tendência do organismo de “garantir seu próprio caminho para a morte, e de afastar todos os modos possíveis de retornar à existência inorgânica que não sejam os imanes ao próprio organismo” continua a encontrar guarida nos avanços recentes ocorridos no campo da biologia celular e molecular. Até recentemente, acreditava-se que as células só morriam quando agredidas por fatores externos, por um processo chamado necrose. Agora, sabe-se que existe outra forma: a morte ou suicídio celular programado. Esse fenômeno biológico, conhecido como apoptose, é um dos tópicos mais discutidos da biologia

contemporânea e tem papel de destaque em diversos processos vitais e em inúmeras doenças. A morte da célula segue um plano meticuloso e geneticamente determinado. Distúrbios de sua regulação provocam doenças. Quando a célula "esquece" de morrer, podem ocorrer doenças auto-imunes (em que o sistema imune ataca o próprio organismo) ou câncer (Chowdhury, 2006). Deste modo, a biologia moderna confirma que o caminho para a morte é uma determinação do soma, enquanto que as células germinais, atualmente denominadas de gametas, cumprem o papel da transmissão e perpetuação do código genético.

A noção de conflito psíquico em Freud (1920/1990), representada inicialmente pela oposição entre pulsões do eu e pulsões sexuais, que perdera seu papel de destaque com o conceito de narcisismo, ressurge revigorada no conceito de pulsão de morte em oposição à pulsão de vida. A pulsão de morte, sendo herdeira da força pulsional, tende a se descarregar completamente, enquanto que a pulsão de vida estaria ligada à função do outro, ao investimento erótico do outro, ao artifício do amor.

A vida biológica humana estaria agora na estreita dependência do investimento erótico do outro, que ofereceria a regulação que o organismo não teria mais por si mesmo. Isso implica dizer que a ordem da vida, no que concerne ao organismo humano, dependeria estritamente de uma organização promovida pelo outro. Dessa maneira, a vida humana não seria apenas algo da ordem da natureza, mas também da ordem do artifício e da construção, propiciados sempre pelo outro. ... a morte seria a marca de base do organismo humano, contra a qual a vida deveria se impor com suas forças, para ser então hegemônica. A vida seria, portanto, como forma, uma construção e um artifício, realizados sobre o movimento do organismo voltado no fundo para a morte. (Birman, 2006, p. 75-76).

Dessa forma, Freud afirmou que “nossas concepções, desde o início, foram *dualistas* e são hoje ainda mais definidamente dualistas que antes, agora que descrevemos a oposição como se dando, não entre as pulsões do eu e as pulsões sexuais, mas entre as pulsões de vida e pulsões de morte” (Freud, 1920/1990, p. 73).

A segunda tópica freudiana, formulada em “O eu e o isso” (1923b/1990), ofereceu uma nova configuração do aparelho psíquico e de seu funcionamento, que permitiu melhor acomodar a questão pulsional. Passa-se de um ponto de vista descritivo, onde as palavras consciente e inconsciente serviam para atribuir qualidade a determinados conteúdos, para um ponto de vista topográfico e estrutural, onde o eu é formulado como uma “organização coerente de processos mentais” ao qual se liga a consciência. Tem a função de regular as descargas de excitações do aparelho psíquico para o mundo externo, supervisionar seus próprios processos constituintes, exercendo também uma regulação sobre os sonhos. É responsável pelo recalque e pelas resistências que surgem no processo analítico que visa à expressão do recalcado e, portanto, é também inconsciente, comportando-se como o próprio recalcado. O aparelho psíquico assume, então, a seguinte configuração: parte-se inicialmente do isso, indiferenciado, e o eu se constitui como modificação do isso pela influência do mundo externo.

É fácil ver que o eu é aquela parte do isso que foi modificada pela influência direta do mundo externo, por intermédio do *Pcpt.-Cs.*; em certo sentido, é uma extensão da diferenciação de superfície. Além disso, o eu procura aplicar a influência do mundo externo ao isso e às tendências deste, e esforça-se por substituir o princípio do prazer, que reina irrestritamente no id, pelo princípio de realidade (Freud, 1923b/1990, p. 39).

Um outro fator que compete para a constituição do eu é a percepção do corpo próprio, por meio da própria imagem, do corpo tomado como objeto de investimento libidinal e das experiências de dor. Freud foi, então, compelido a formular que “o eu é, primeiro e acima de tudo, um eu corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície”. (Freud, 1923b, p. 40).

Como vimos, o eu mantém profundas relações com o isso, de onde se originou, e também, como apresentou Freud na sequência de seu trabalho, sofre uma nova diferenciação, fundando o “ideal de eu ou de supereu” (Freud, 1923b/1990, p. 42).

O supereu se forma na experiência do complexo de Édipo, a partir das identificações às figuras parentais e do processamento de escolhas objetais constituindo-se, para o sujeito, em um modelo, um ideal de objeto de amor. Contudo, o supereu apresenta duas vias: por um lado, é o “resíduo das primitivas escolhas objetais do isso” e, por outro, “representa uma formação reativa enérgica a essas escolhas”. Dessa forma, não se apresenta ao eu apenas como um modelo, mas também como um imperativo dicotômico: deve ser assim e não deve ser assim. Sua função repressora assume a forma de um imperativo categórico que se expressa pela rigidez das regras morais e pelo sentimento de culpa, evidenciando seu funcionamento inconsciente. Assim, fica claro que essa parte do eu está menos articulada à consciência do que se imaginava.

A segunda tópica desfez o embaraço que Freud (1920/1990) enfrentou em relação à diferenciação entre as pulsões do eu e as pulsões sexuais. Essa nova configuração do aparelho psíquico permitiu a Freud reconhecer uma energia móvel, deslocável e neutra em si mesma, capaz de se adicionar a um impulso sexual ou destrutivo, assim designado qualitativamente. Sua hipótese é de que essa energia circule ativamente, tanto no eu quanto no isso, e proceda do estoque narcísico de libido, sendo a própria libido dessexualizada. Assim, a libido passou a ser definida por Freud como uma energia circulante nas instâncias psíquicas, podendo se associar tanto ao que é reconhecido qualitativamente como pulsão de vida (Eros), quanto à pulsão de morte (Thânatos). Trata-se da energia que desestabiliza o processo de vida ordenado pelo princípio de constância, quando apropriada pelas pulsões sexuais.

Difícilmente se pode duvidar que o princípio de prazer serve ao id como bússola em sua luta contra a libido – força que introduz distúrbios no processo de vida. Se for verdade que o princípio de constância de Fechner governa a vida, que assim consiste numa descida contínua em direção à morte, são as reivindicações de Eros, das pulsões sexuais, que, sob a forma de necessidades pulsionais, mantêm o nível que tende a baixar e introduzem novas tensões. (Freud, 1923b/1990, p. 63).

Lacan (1964/1998) definiu a libido como um órgão mítico, essencial para se compreender a pulsão. O mito em foco é o referido por Aristófanes, no *Banquete* de Platão, para explicar a busca amorosa como ato de complementaridade. O ser vivo procura no amor a sua metade sexual, denotando que a sexualidade advém para o sujeito sempre pela via da falta. Essa falta se inscreve em duas vertentes: uma articulada ao registro simbólico, aquilo que o sujeito perde em ser, ao tentar se representar no campo do Outro, na cadeia significante, e outra, articulada no registro do real, aquilo que o humano perde, de sua parte de vivo, ao se reproduzir pela via sexuada.

A libido é um órgão irreal, não no sentido de imaginário, mas “por se articular ao real de um modo que nos escapa” (Lacan, 1964/1998, p. 195). Entretanto, isso não a impede de se encarnar, como, exemplificada por Lacan, na tatuagem e nos rituais de escarificação do corpo, na medida em que situa o sujeito no campo do Outro, presentifica sua função erótica, da pulsão que deve aparecer no campo do vivo.

A complexa operação que Lacan (1964/1998) empreendeu no sentido de unificar as pulsões na pulsão de morte decorre da demonstração de que a morte surge como significante, acompanhando as pulsões sexuais, e de que a libido figura na pulsão de morte pela via das pulsões do eu. A definição de libido, proposta por Lacan, pretendeu reabsorver a dicotomia pulsional ao mostrar que “a morte e a libido têm, finalmente, parte ligada. É o verdadeiro sentido de seu mito da lâmina²³: a libido é um ser mortífero” (Miller, 2004, p. 23).

A concepção de morte para Lacan (1964/1998), não é a mesma concepção que é tratada na obra de Freud, diferindo da morte biológica, concebida como o retorno ao inanimado. A repetição, na perspectiva lacaniana, articula-se com a morte de maneira diversa da de Freud, pois,

²³Trata-se da lamela ou membrana. Em dado momento da formação embrionária, surgem três camadas denominadas lamelas, decorrentes da diferenciação celular, que, no desenvolvimento embrionário que se segue, irão dar origem à pele e aos órgãos (a mais externa), aos ossos e músculos (a do meio) e ao sistema nervoso (a central). Lacan toma essa referência para dizer que cada uma dessas membranas é tão filha quanto o ser que delas se constitui e que com o corte do cordão umbilical, é antes a placenta, seu complemento anatômico, que o recém-nascido perde, e não a mãe. (Lacan 1960/1964, p. 859)

não se trata de um fenômeno vital, um fenômeno intrínseco à espécie humana, que obedece a uma ordem biológica adaptativa. Consiste em fenômeno antivital, que está em oposição à adaptação da espécie e, portanto, fora do registro propriamente biológico, só podendo figurar na ordem da língua.

O que Freud chama de necessidade de repetição, longe de ser uma necessidade como as outras, aparece, ao contrário, como uma exigência desarmônica, quanto ao ser vivo como tal. ... Ele (Lacan) demonstra que, com relação à adaptação, a repetição é de um registro que não é absolutamente biológico, mas pensável tão somente na ordem da língua. (Miller, 2006, p. 21)

- ***O corpo no pensamento lacaniano***

As discussões sobre o corpo na obra lacaniana iniciaram-se com o que denominou de estágio do espelho, para explicar como ocorre o advento da imagem na formação do eu. Partindo do comportamento da criança, entre seis e dezoito meses de idade, ao se deparar com sua imagem refletida, Lacan (1949/1998) afirmou que ela se reconhece, se interessa por sua imagem e expressa esse reconhecimento em júbilo. Tendo em vista a prematuridade fisiológica constitutiva do ser humano em sua origem e a situação de desamparo decorrente, sua imagem especularizada, dando contorno ao seu corpo, antecipa psiquicamente sua constituição orgânica ainda precária. A reação de júbilo, diante de sua imagem, é o reconhecimento dessa antecipação, ao mesmo tempo em que impõe a relação de alteridade, visto que seu corpo real está deficitário em relação à imagem.

Esse acontecimento pode produzir-se, como sabemos desde Bladwin, a partir da idade de seis meses, e sua repetição muitas vezes deteve nossa meditação ante o espetáculo cativante de um bebê que, diante do espelho, ainda sem ter o controle da marcha ou sequer da postura ereta, mas totalmente estreitado por algum suporte humano ou artificial, supera, numa azáfama jubilatória, os entraves desse apoio, para sustentar sua postura

numa posição mais ou menos inclinada e resgatar, para fixá-lo, um aspecto instantâneo da imagem. (Lacan, 1949/1998, p. 97).

O estágio do espelho, explicou Lacan (1949/1998), deve ser compreendido como “uma identificação”, uma transformação que se opera no sujeito ao assumir uma imagem. Decorre dessa experiência a matriz simbólica que dá lugar ao eu, na forma de um corpo. Essa perspectiva retoma a definição de eu na segunda tópica freudiana: “o eu é, primeiro e acima de tudo, um eu corporal”. Nesse ponto, Lacan afirmou que o “estádio do espelho” oferece a matriz simbólica de onde se precipita o eu em sua forma, mas antecede a função da linguagem, que o constitui como sujeito.

A assunção jubilatória de sua imagem especular por esse ser ainda mergulhado na impotência motora e na dependência da amamentação que é o filhote do homem nesse estágio de *infans* parecer-nos-á pois manifestar, numa situação exemplar, a matriz simbólica em que o [eu] se precipita numa forma primordial, antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro a antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito. (Lacan, 1949/1998, p. 97)

A imagem gerada no espelho fascina a criança e é entendida como a de um outro. A criança, então, se identifica com esse outro especular, o que define a condição alienante na qual o eu se funda. A função do estágio do espelho, de estabelecer uma relação do organismo com sua realidade natural, é alterada no humano, em função da sua prematuridade. Como afirmou Lacan (1949/1998), “a noção objetiva de inacabamento anatômico do sistema piramidal, bem como de certos resíduos humorais do organismo materno, confirma a visão que formulamos como o dado de uma verdadeira *prematuração específica do nascimento* no homem” (p. 100).

Essa experiência inaugura a relação do sujeito com o outro, da qual se depreende a identificação e a rivalidade concomitantemente, por meio do investimento libidinal. No dizer de Lacan (1949/1998), da relação da libido narcísica com a função alienante do eu, destaca-se a

agressividade que podemos verificar “em qualquer relação com o outro, nem que seja a da mais samaritana ajuda” (p. 102).

Na concepção de Lacan (1949/1998), o “estádio do espelho” demarca que a imagem do corpo recobre seu despedaçamento, sua desarticulação, sua prematuridade, denotando que o eu se constitui na alienação à imagem de um outro e se funda em seu próprio desconhecimento.

O estágio do espelho é um drama cujo impulso interno precipita-se da insuficiência para a antecipação – e que fabrica para o sujeito, apanhado no engodo da identificação especial, as fantasias que se sucedem desde uma imagem despedaçada do corpo até uma forma de sua totalidade que chamaremos de ortopédica – e para a armadura enfim assumida de uma identidade alienante, que marcará com sua estrutura rígida todo o seu desenvolvimento mental. (p. 100)

Miller (2002) destacou que o “estádio do espelho” proposto por Lacan leva a uma direção diversa do que se pode pensar acerca de um eu unificador. O estágio engendra um eu que é uma desordem de identificações imaginárias. “Pode-se dizer que o eu, no sentido de Lacan, ainda que esta idéia já esteja presente em Freud, é originariamente um engano e, de fato, está constitutivamente desintegrado” (p. 18).

A relação estabelecida entre o eu e o outro, pela imagem, é mortífera, e a alienação é o único desenlace possível. Essa solução se expressa na disjunção, feita por Lacan, entre o registro imaginário e o simbólico, separando eu e sujeito. Para Miller (2002), o percurso propriamente lacaniano inicia-se quando Lacan fez uma distinção radical do que pertence ao registro imaginário em oposição ao que pertence ao registro simbólico, localizando o eu no primeiro registro e o sujeito no segundo.

O que foi inicialmente nomeado de gozo por Lacan é a satisfação imaginária que se produz na constituição do eu pelos investimentos libidinais e suas fixações, implicando que o gozo procede do eu e não do sujeito. Trata-se de um momento do percurso de Lacan no qual o

simbólico estende seus domínios sobre a totalidade do funcionamento psíquico e a satisfação simbólica, relacionada à produção de sentido, aparece desconexa das aderências do gozo.

Se tivermos que procurar o lugar do gozo, enquanto distinto da satisfação simbólica, nós o encontraremos sobre o eixo imaginário a – a' onde Lacan se esforça para introduzir tudo o que é, em Freud, assinalado como investimento libidinal. Nós vemos Lacan percorrer o corpus da obra de Freud e qualificar de imaginário tudo aquilo que não é suscetível de ser colocado na ordem da satisfação simbólica. (Miller, 2000, p. 88)

O eu e a libido se inscrevem no campo do imaginário e o sujeito é o efeito do fato do inconsciente ser estruturado como uma linguagem, estando, portanto, inscrito no registro do simbólico. O gozo surge na falha da cadeia simbólica, que deixa proliferar seus efeitos. Entretanto, Lacan compreendeu que, apesar dessa disjunção entre simbólico e imaginário, é possível um tratamento do imaginário pelo simbólico, ou seja, do gozo pela palavra.

Em Lacan não falta, com efeito, a lembrança de que o imaginário serve de material ao simbólico e, em particular, que o simbólico age sobre ele. Mas, no início de seu ensino, nós só encontramos isso, sob a forma de proposições gerais. Todo o detalhe é consagrado à articulação significante e a sua autonomia ao mesmo tempo em que, reservadamente, se inscreve a notação de que os elementos imaginários são susceptíveis de uma reapreensão simbólica. (Miller, 2000, p. 89)

A deslibidinização do simbólico relega o corpo, entendido como lugar de gozo, a uma posição secundária na teorização lacaniana inicial. Pensando-o como o recorte operado pela imagem no organismo vivo, podemos concluir que algo fica excluído da imagem corporal constitutiva do eu ideal. Evidencia-se, então, que, embora o eu e o gozo pertençam ao mesmo registro, há também certa disjunção entre eles, permitindo que diferenciemos corpo e vida. Lacan partiu da imagem como constitutiva de um corpo que não esgota o ser daquele que vive, estabelecendo uma diferenciação entre corpo e vida.

É lá que podemos fazer uma distinção entre a vida e o corpo, o que fazemos passar com a idéia de ‘corpo vivo’. A vida não se reduz ao corpo em sua bela unidade evidente. Há uma evidência do corpo individual, do corpo enquanto Um, que é uma evidência de ordem imaginária (Miller, 2004, p. 8).

A oposição entre simbólico e imaginário faz com que o corpo intervenha na cena inconsciente, apenas como simbolizado, mortificado pelo significante, sendo dispensada qualquer referência ao corpo imaginário, libidinal. Nessa perspectiva, a satisfação do sujeito é simbólica, ou seja, exclui a dimensão corporal, decorrendo simplesmente da relação dialética do sujeito com o Outro. A essa satisfação Lacan deu o nome de reconhecimento.

A construção que repousa sobre a oposição do simbólico e do imaginário não podia deixar de situar uma satisfação interna ao simbólico. Lacan deixa a libido e o corpo com o imaginário, mas sua construção não pode se sustentar sem que haja, no simbólico, uma satisfação que vise o sujeito. É uma satisfação puramente significante, isto é, precisamente, um gozo sem corpo. É o que ele chamava, em termos hegelianos: o reconhecimento. (Miller, 1998a, p. 94)

A possibilidade de tratamento do imaginário pelo simbólico é, segundo Miller (2000), levada às últimas conseqüências por Lacan, significantizando o gozo, submetendo a pulsão, a transferência, o fantasma e o sintoma à articulação simbólica. Em seu *Seminário 5, As formações do inconsciente*, a primazia do simbólico atinge seu ápice com a significantização do falo, “cujo estatuto de imagem, que já o distingue do órgão, é deslocado para privilegiar seu estatuto simbólico”. O falo simbólico representa as partes do corpo que foram simbolizadas e a possibilidade da junção da libido ao corpo surge da elaboração do conceito de fantasma, representação de uma cena imaginária na qual figura o sujeito e seu complemento libidinal, o objeto *a*. A formulação do fantasma representa o esforço de Lacan em demonstrar a primazia do simbólico, na expressão da significantização da libido, ou seja, do gozo. “Ele impulsiona tão longe a significantização do gozo, que a demonstra equivalente ao significado de uma cadeia

significante inconsciente, cujo vocabulário seria constituído pela pulsão. É o que [Lacan] chamou de desejo”. (Miller, 2000, p.90).

A inscrição do gozo no simbólico resulta em sua mortificação e a satisfação pulsional, neste caso, é veiculada metonimicamente na via do desejo e da demanda. Há uma anulação do gozo pelo significante, que o restitui por meio do desejo significado. Visto que o imaginário se mantém em sua dimensão própria, o gozo se divide entre o desejo totalmente absorvido pelo significante (sendo assim “desejo morto”) e o fantasma, dimensão da articulação do sujeito com o objeto da pulsão, que concentra tudo que o gozo comporta de vida.

O objeto da pulsão, denominado de objeto *a*, imagem incluída na estrutura significante do fantasma, é a imagem do gozo capturada no simbólico. É na dimensão do fantasma que encontramos o corpo vivo, pois o objeto *a* conserva em si “todas as suas pregnâncias imaginárias e concentra o ápice mesmo do libidinal ligado ao vivo” (Miller, 2000, p. 91). O gozo figurará como impossível, a partir do *Seminário 7, A ética da psicanálise*, ao ser articulado à *das Ding*²⁴, deixando de ser expresso em termos simbólicos. Trata-se da verdadeira satisfação pulsional, pois não se inscreve nem no simbólico, nem no imaginário, mas no real.

Assim, todo o aparato imaginário e simbólico tem a função de defesa contra o real. A defesa é, aqui entendida, como preexistente ao recalque, termo pertencente ao simbólico, estando o gozo fora desse sistema. A libido se divide entre o desejo, sua transcrição significante, e *das Ding*, figurando igualmente fora do simbólico, implicando oposição entre prazer e gozo, entre a homeostase do prazer e os excessos propriamente ditos do gozo, ou, dito de outra forma, entre o bem e o mal. Por isso, Lacan tomou o gozo sadiano como paradigma, opondo o engodo do imaginário e do simbólico ao que é real. (Miller, 2000). Em desalinho com o estatuto dos registros imaginário e simbólico, assim como foram definidos, encontra-se o fato de que o

²⁴*das Ding*: objeto da demanda, objeto impossível, fora do significado. (Lacan, 1959/1960).

inconsciente, uma vez estruturado como linguagem, exclui o gozo, cujo estatuto real não é apreensível pelo significante. Lacan (1959/60/1997) retomou a *próton pseudos* de Freud (1950/1990) nessa discussão, afirmando que a mentira originária consiste na impossibilidade de se articular o gozo pelo significante.

No nível do inconsciente o sujeito mente. E essa mentira é sua maneira de dizer a verdade acerca disso. O *orthos logos* do inconsciente, nesse nível, articula-se – Freud o escreve no *Entwurf* a propósito da histeria – à *próton pseudos*, a primeira mentira. (Lacan, 1959/60/1997, p. 94)

Lacan buscou, na definição de sintoma da obra freudiana, a solução para o impasse da exclusão do gozo no inconsciente. Se anteriormente ressaltara, no sintoma, sua característica de formação do inconsciente, supondo-o completamente articulável pelo significante, passou, a seguir, a enfatizar a vertente de satisfação libidinal, igualmente apontada por Freud (1917b/1990), como uma característica sintomática. Nessa perspectiva, o sintoma também se inscreve no real, passando a testemunhar a desarmonia do sujeito com seu gozo. “O sintoma é o modo pelo qual o sujeito formula que o gozo é mal, quer dizer, que o sintoma se estabelece exatamente sobre a barreira que existe entre significante e gozo, e ele repercute a desarmonia fundamental do gozo com o sujeito”. (Miller, 2000, p. 93). Como corolário, temos que o que há de gozo no inconsciente manifesta-se então na satisfação libidinal presente no sintoma, na repetição sintomática que Freud (1920/1990) atribuiu à compulsão à repetição. Lacan fez notar que a repetição se evidencia na produção de sentido que é própria ao discurso empreendido no processo analítico, identificando aí um modo de gozo.

A noção de corpo marcada pela redução cartesiana do corpo à extensão, em oposição à mente, relegou-o a um estado de profundo desconhecimento, ao separá-lo de seu gozo. Em seu artigo “Da psicanálise em suas relações com a realidade”, Lacan (1967/2003) afirmou que:

O estranho é aquilo a que o corpo se reduz nessa economia. Tão profundamente desconhecido, por ter sido reduzido por Descartes à extensão, esse corpo precisará dos excessos iminentes de nossa cirurgia para que se evidencie ao olhar comum que só dispomos dele se o fazemos ser seu próprio despedaçamento, se o desarticularmos de seu gozo. (p. 356)

Assim, o corpo no ser falante é desvitalizado, nos disse Lacan (1967/2003), pois entre o gozo e o saber, serve como substrato para a operação significante. Aquilo que se apresenta a Freud, nos primórdios de suas investigações, é a verdade, formulada por ele como saber inconsciente, que, pela via do gozo, faz resistência ao saber cartesiano. Como afirmou Lacan (1967/2003), é pelo sintoma histérico que a psicanálise coloca em evidência a verdade que vem desacreditar a razão. “Nós, psicanalistas, sabemos que a verdade é a satisfação a que o prazer só se opõe na medida em que ela se exila no deserto do gozo” (p. 357).

Estando corpo e gozo fora do que é apreensível pela linguagem, Lacan pôde dizer que o homem “tem um corpo” e não “é um corpo”. Pela operação cartesiana o ser encontra-se ao lado do saber, enquanto que o corpo está do lado do ter.

Podemos dizer que ... o sujeito, a partir do momento em que é sujeito do significante, não pode identificar-se com seu corpo, e é precisamente de lá que procede a sua afeição pela imagem de seu corpo. O enorme inchaço narcísico, que é característico da espécie, procede desta falta de identificação subjetiva do corpo. É especialmente na histeria que a falta de identificação corporal é posta em evidência. (Miller, 2006, p. 14)

A relação do significante com o que está fora da simbolização foi discutida por Lacan em torno do conceito de objeto *a*. No *Seminário 10*, (1962/63/2005) retomou as considerações sobre a formação do eu, a partir da imagem no espelho, considerando o espelho como a metáfora do Outro e que, na constituição da imagem, algo fica de fora, refutando, assim, seus postulados iniciais. Afirmou que o investimento libidinal, na verdade, não passa pela imagem especular. Há um resto, que pode ser caracterizado pelo falo como o objeto que falta ao sujeito, cuja notação

utilizada por Lacan é $-\phi$: “... desde agora, em tudo que é referência imaginária, o falo virá sob a forma de uma falta, de um $-\phi$ ” (p. 47). Ele é excluído da imagem especular e sua tentativa de recuperação se dará pela via do fantasma. O $-\phi$ presentifica a angústia de castração e o objeto imaginário do fantasma a recobre. Esse objeto representado pelo falo ausente não está inscrito na objetividade. É externo a qualquer significação possível da objetividade. Em suas palavras:

Sua notação é algébrica, a , justamente para responder a esta finalidade de recuperação pura da identidade, já tendo sido por nós colocado que a recuperação por uma palavra, por um significante, é sempre e não poderia deixar de ser senão metafórica, quer dizer, deixando, de algum modo, fora da significação induzida por sua introdução, a função do próprio significante. (p. 93)

A libido não especularizada é o objeto que falta para que o sujeito se reconheça como ser, e devido à sua ausência, ele vacila em sua designação. Esse objeto é definido como aquilo que fica fora tanto da imagem do corpo formada no espelho, como da articulação significante. O sujeito o encontra como semblante, pois tem a função de preencher, no fantasma, o lugar em que alguma coisa pode aparecer, na notação, expresso como o $-\phi$. Ele não se projeta no espelho e perfila-se com a reserva libidinal, restringindo-se ao nível do corpo próprio, representando um gozo auto-erótico, no sentido em que permanece no corpo vivo, como resto, como gozo. Destaca-se aqui a função do corte que se opõe ao traço, próprio da operação de significantização. Como formulou Miller (2005):

O que preside a função significante é a operação do traço, em particular na *Aufhebung*²⁵, que tem por efeito anular e elevar. A função do traço se inscreve no contexto da *Aufhebung*, ela transforma em significante o significável, ao passo que a função do corte é outra coisa, é o que se espalha no seminário da *Angústia*. Ela se separa do resto que precisamente, não é significável. (p. 19)

²⁵ Processo de significantização, elevação ao significante (Miller, 2005)

Lacan (1962/63/2005), no *Seminário 10*, elaborou uma nova estrutura da falta, que oferecerá um estatuto inédito ao corpo, qual seja, a restituição de suas particularidades anatômicas, amputadas pela operação de significantização. O corpo reaparece no significante pela operação do corte. “O que esse *Seminário* mostra e demonstra é que, na estrutura de linguagem, há algo que não pode ser reduzido ao significante, que é assimilado grosseiramente ao corpo como vivo” (Miller, 2005, p. 24).

Ao apresentar o falo como ausência, ressaltando sua significância como objeto que falta, Lacan (1962/63/2005) abordou diretamente as formulações freudianas sobre a angústia de castração. No entanto, a teorização sobre a sexualidade feminina, nesse *Seminário 10*, toma um rumo totalmente diverso daquele até então sustentado por Lacan na trilha de Freud, que considera a castração pela vertente da ausência do falo e de sua negação tanto para a mulher quanto para o homem.

Lacan, seguindo Freud (1923c/1990), postulou que a falta real de pênis na mulher, a privação, engendra um objeto simbólico, cujo principal representante é o falo, que, por sua vez, está associado à frustração e à busca de um objeto que o substitua no campo do Outro. O complexo de Édipo é o operador fundamental do desenvolvimento da sexualidade, ao fazer incidir a lei e a interdição sobre o objeto imaginário suposto para suprir essa falta. Com isso, instaura-se a dívida simbólica, representada pela castração.

A partir do *Seminário 10*, o $-\phi$, então representante da ausência do objeto, passa a representar sua presença, como objeto inapreensível. O $-\phi$ passou a ser concebido como um falo “dessignificantizado” e “desimaginarizado”, ou seja, o próprio órgão, que vemos surgir no lugar do significante. Concomitantemente, no lugar do corpo em sua forma especular, surgem as particularidades anatômicas do organismo (Miller, 2005, p. 26).

É isso que apaga essa maquinaria para restituir ao corpo seus órgãos e, portanto, deixa de lado o corpo imaginário.... Ele deixa de lado o corpo mortificado pelo traço do significante que sulca o corpo marcado pela barra e traz toda uma outra função do traço que é a do corte significante. ...Porque a dialética do desejo, como ele a escreve em “A instância da letra”, não faz mais do que produzir um desejo morto. (Miller, 2005, p. 27)

O objeto aqui elaborado, denominado de objeto pequeno *a*, é irredutível ao significante, concerne ao real do corpo e passa a ser o operador da castração que anteriormente tinha como agente a figura do Outro. Trata-se de um resto real de gozo e, dessa forma, é completamente esvaziado de significação. Aquilo que se poderia traduzir como falo simbólico é apenas a falta de um significante. O que, na obra freudiana, pode-se chamar de objetos da pulsão, perdidos no decorrer do desenvolvimento sexual pela interdição operada pelo Outro, são apenas representações, encarnações. O rol freudiano de objetos, representado na tríade oral, anal e genital, é estendido em Lacan, sendo ordenado a partir das zonas erógenas e dos orifícios do corpo (Miller, 2005).

O corpo, apresentado por Lacan no *Seminário 10* como Um, alude ao real de um corpo dividido em seus órgãos, que coincide, enfim, com o corpo que Freud apresenta em “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, corpo das zonas erógenas, zonas de borda, não especularizável, corpo organismo, do qual se desconhece o limite. “Naquilo que Lacan faz valer, o organismo compreende tudo o que permite ao corpo ser vivo, quer dizer, inclui o que o sustenta, o nutre, e, então, o organismo é mostrado como se sobrepondo ao corpo do Outro” (Miller, 2005).

Assim Lacan (1960/1998) o definiu em “Posição do inconsciente”: “o organismo cujos limites vão além do corpo”. Essa afirmação se renovou em seu artigo sobre “O lugar da psicanálise na medicina” (1966/2001) onde afirmou que “o corpo é feito para gozar, gozar de si mesmo”, ou seja, o corpo goza do objeto *a* nele mesmo. Neste último, retomou o efeito do saber

cartesiano sobre o corpo, para dizer que a medicina, ao se associar à ciência positivista, passa a desconhecer o corpo. A esse desconhecimento, deu o nome de falha “epistemo-somática”.

Permitam-se assinalar como falha epistemo-somática o efeito que terá o progresso da ciência sobre a relação da medicina com o corpo. ...Isso porque, aquilo que é excluído da relação epistemo-somática é justamente aquilo que o corpo em seu registro purificado vai propor à medicina. ... A dicotomia (cartesiana) deixa completamente fora de sua apreensão aquilo de que se trata, não no corpo que ela imagina, mas no corpo verdadeiro em sua natureza. Esse corpo não é simplesmente caracterizado pela dimensão da extensão. Um corpo é algo feito para gozar, gozar de si mesmo. A dimensão do gozo é completamente excluída disto que chamei relação epistemo-somática. (Lacan, 1966/2001, p. 11)

Lacan (1966/2001) advertiu que esse gozo, excluído do corpo, retorna ao mesmo, oferecendo-se como enigma à medicina. Assim, como ocorreu a Freud com a histeria, deparamo-nos hoje com “acontecimentos de corpo”²⁶ que nos interrogam, causando estranheza. Nesse sentido, podemos pensar sobre os casos clínicos da presente dissertação, como exemplos desse retorno.

A doença orgânica, bem como as modificações e as manifestações próprias do desenvolvimento do organismo vivo, produz um estranhamento, pois emerge do resto não simbolizável, sendo, portanto, completamente desconhecida pelo sujeito. É por isso que, na experiência clínica, podemos observar que, mesmo as manifestações fisiológicas do organismo, como, por exemplo, puberdade, gravidez, menopausa e envelhecimento, são referidas como estranhas, não naturais ou não esperadas, produzindo mal-estar.

A irrupção do objeto *a* no campo visual, expressando a irrupção de gozo no corpo, pode ser entendida, segundo Miller (2004), como um “acontecimento de corpo”, ou corporização, operação que inscreve o significante no corpo, e se define como o avesso da significantização. “A

²⁶Expressão utilizada por Miller (2004), em “Biologia Lacaniana e acontecimentos de corpo”, referente a expressão “Eventos de corpo” utilizada por Lacan (1979/2003, p. 565) para referir-se ao sintoma.

corporização é, ao contrário, o significante tido como afetando o corpo do ser falante, é o significante tornando-se corpo, fragmentando o gozo do corpo e fazendo salientar o mais-de-gozar” (p. 65).

Podemos pressupor então que o significante afeta o corpo de duas formas, mortificando-o, ao inscrevê-lo na linguagem, e vivificando-o, ao ressaltar nele o mais-de-gozar. Indo além, Miller (1998) afirmou que o significante determina o regime de gozo do ser falante, gozo este que provém de um corpo habitado pela palavra, portanto, não é um gozo bruto, anterior ao significante, mas um gozo ligado a ele.

O mais-de-gozar, idéia extraída do conceito de mais-valia da teoria marxista, posiciona o gozo como aquilo que transborda do corpo, que envolve a concepção de objetos parciais amplificada em relação às proposições de Freud.

Em Lacan, a noção de mais-de-gozar tem por função estender o registro dos objetos pequeno *a* para além dos objetos que são, de algum modo, “naturais”²⁷, de estendê-lo a todos os objetos da indústria, da cultura, da sublimação, ou seja, a tudo o que pode vir a preencher o $-\phi$, sem conseguir fazê-lo de maneira exaustiva (Miller, 2000, p. 100)

Isso nos permite dizer que as corporizações não se restringem às experiências corporais normatizadas, que nascem no discurso e que “inscrevem o corpo individual no vínculo social, sob formas típicas” (tatuagens, mutilações), mas podem se estender às formas contemporâneas de incorporações, onde as inscrições e experiências corporais não estão sujeitas à regulação por meio de normas ou vínculos sociais. O *piercing*, *body art*, as práticas que submetem o corpo à ditadura da saúde pela via da higiene, de um ideal de beleza, do esporte, da medicalização inconsequente etc., são corporizações com a finalidade de circunscrever no corpo isso que o

²⁷Os objetos relacionados às zonas erógenas: oral, anal e genital.

excede. Como afirmou Miller (2004), o corpo vivo não é nem o corpo imagem, nem o corpo simbólico, “mas vivo, eis o corpo que é afetado pelo gozo” (p. 18).

Se, por um lado, o surgimento do objeto *a* como objeto não simbolizável produz estranheza e desconhecimento, por outro lado, o fato de emergir no corpo, oferece ao sujeito a possibilidade de reconhecer-se nisso. Ou seja, o sujeito pode tentar circunscrever o objeto no corpo – ao produzir-lhe marcas em sua superfície ou por meio de uma lesão que surge por qualquer razão – identificando-se a ele, na tentativa de capturar o que lhe excede e reduzi-lo ao seu ser: “eu sou ...”. Em nosso campo de atuação, encontramos sujeitos que se reconhecem em seus diagnósticos (doente crônico, deprimido, inválido, obeso, nervoso, portador de retocolite, doente de Crohn, ansioso etc.), fazendo dessas condições médicas, um modo de gozo, uma forma de encontrar satisfação por meio de seu mal-estar.

Freud (1921/1990), em “Psicologia das massas e análise do eu”, afirmou que era seguramente possível que a histeria se apoiasse sobre um fato real ou uma doença orgânica confirmada para se manifestar. Nessa vereda, não cabe pensar em uma diferenciação entre o que é psíquico e o que é orgânico, pois qualquer evento ou agravo, de qualquer natureza ou gênero, que surja na vida como “acontecimentos de corpo”, é assunto do sujeito. Todavia, é preciso que o paciente não se conforme em sofrer calado, mas que também queira expressar seu sofrimento em palavras. Requer que ele se disponha a reconstituir a história de seu adoecimento, suas hipóteses sobre como chegou a tal estado e que, sobretudo, haja alguém disponível para escutá-lo. Caso contrário, o adoecimento ficará restrito ao organismo e o sujeito sofrerá os efeitos do gozo mudo que tende a levá-lo a mais completa deterioração.

3. A CONSTITUIÇÃO DO SINTOMA PARA A PSICANÁLISE

- *Leitura freudiana do sintoma*

Em sua Conferência XXIII, “Os caminhos da formação dos sintomas”, Freud (1917b/1990) retomou sua proposição inicial (“Projeto”, 1950/1990) concebendo os sintomas como equivalentes da doença, no sentido em que “decifrar os sintomas significa o mesmo que compreender a doença” (p. 419).

Loffredo (1999) afirmou que a proposta, segundo a qual a neurose desaparece quando o sentido do sintoma é desvendado, decorre da busca de Freud pela gênese do sintoma, da qual ele nunca abriu mão definitivamente, mesmo tendo se deparado com algo irreduzível à palavra tanto nos sonhos como nas formações sintomáticas.

Os sintomas, assim como os sonhos e as parapraxias, são formações do inconsciente e, como tal, possuem um sentido singular e intimamente ligado à vida daquele que o produz. Em “O sentido dos sintomas”, Freud (1917a/1990) apoiou-se na análise de sintomas obsessivos em mulheres para demonstrar outra função dos sintomas, a tentativa de satisfação de um desejo por meio da repetição.

Parece já estar provado que o ato obsessivo tinha um sentido; parece ter sido uma representação, uma repetição daquela cena importante²⁸. Mas não devemos parar aqui. Se examinarmos a relação entre as duas cenas mais detidamente, provavelmente obteremos informações acerca de algo que vai além – acerca da intenção do ato obsessivo. ... Vemos, portanto, que ela não estava simplesmente repetindo a cena, ela estava continuando e, ao mesmo tempo, corrigindo-a; ela estava consertando-a. No entanto, com isso, ela também estava corrigindo uma outra coisa, que fora tão desagradável, aquela

²⁸A cena à qual se refere, nesse caso, é a da relação sexual não consumada na noite de núpcias devido à impotência do marido.

noite, ... – a impotência dele. ... Representava este desejo, a maneira de um sonho, como sendo satisfeito numa ação da época atual. (Freud, 1917a/1990, p. 311)

Assim como nos sonhos, os sintomas concorrem para a realização de um desejo inconsciente no sentido de tentar restituir ao sujeito o que lhe ficou faltando: a satisfação pulsional. É isto que visa o sintoma em sua repetição. Assim como afirmava Freud, desde o início de seus trabalhos com as histéricas, os sintomas representam o caminho substitutivo para a satisfação pulsional, tornando-se “a atividade sexual dos doentes” (Freud, 1905/1990, p. 153). A satisfação pulsional, que deveria ser obtida de forma direta, ocorre justamente na repetição dos atos obsessivos. Vale ressaltar que é sempre um trauma o evento causador do sintoma. Para Freud (1917/1990c), as “neuroses traumáticas” nos ensinam que o trauma deve ser tomado no sentido econômico, ou seja, como qualquer experiência que, em curto espaço de tempo, produza um acúmulo excessivo de estímulos na mente, que precisam ser elaborados, resultando em distúrbios permanentes.

Essa analogia nos compele a descrever como traumáticas também aquelas experiências nas quais nossos pacientes neuróticos parecem fixados. Isto nos proporia uma causa única para o início da neurose. Assim, a neurose poderia equivaler a uma doença traumática, e apareceria em virtude da incapacidade de lidar com uma experiência cujo tom afetivo fosse excessivamente intenso. (Freud 1917c/1990, p. 325)

Aspecto fundamental é o fato de que os sintomas, assim como os sonhos, lapsos, atos falhos, etc derivam de experiências passadas, cuja conexão é ignorada pelo sujeito. Esse fato alude à existência de processos mentais inconscientes, à condição de que, para haver sintoma, seu sentido deve ser inconsciente e suas conexões ocultas pelo efeito do recalque.

É uma situação semelhante que temos diante de nossos olhos quando falamos na existência de *processos mentais inconscientes*. Podemos desafiar a quem quer que seja, no mundo, que faça uma descrição científica mais correta desta situação e, se o fizer, de bom grado renunciaremos a nossa hipótese de processos mentais inconscientes. Enquanto tal

não acontecer, porém, nos aferraremos à hipótese; e se alguém levantar a objeção de que aqui o inconsciente não constitui nada de real, num sentido científico, que é um artifício, *une façon de parler*, podemos apenas sacudir os ombros resignadamente, e não levar em conta o que diz, por ininteligível. Algo não real, que produz efeitos de uma realidade tão tangível como um ato obsessivo! (Freud, 1917c/1990, p. 328)

A cura decorreria de uma ação direcionada a trazer, à consciência, os processos inconscientes. Entretanto, essa ação não se resume simplesmente em informar ao paciente as conexões entre seus sintomas e os processos inconscientes, visto que há outro aspecto em jogo: a resistência inerente à formação dos sintomas.

O conhecimento do médico não é o mesmo que o do paciente, e não pode causar os mesmos efeitos. Se o médico transferir seu conhecimento para o paciente, na forma de informação, não se produz nenhum resultado. ... Não resulta em remoção do sintoma, mas tem um outro resultado – o de por em movimento a análise, do que um dos primeiros sinais, frequentemente, são as expressões de rechaço. O paciente sabe, aquilo que antes não sabia – o sentido de seus sintomas; porém, sabe tanto quanto sabia. (Freud, 1917c/1990, p. 332)

Freud (1917b/1990) destacou que, se por um lado, os sintomas se expressam em atos aparentemente inúteis ou prejudiciais à vida do sujeito, por outro lado, possuem uma função específica e são plenos de sentido. É uma solução de compromisso entre as duas partes do conflito, ou seja, a libido insatisfeita e as exigências externas visando à auto-preservação: “o sintoma emerge como um derivado múltiplas-vezes-distorcido da realização de desejo libidinal inconsciente, uma peça de ambigüidade engenhosamente escolhida, com dois significados em completa contradição mútua” (p. 421). Ao funcionar como solução de compromisso entre as partes do conflito psíquico e como via alternativa para a satisfação pulsional concorre para que se apresente como uma formação resistente a toda e qualquer iniciativa de demovê-lo de forma direta.

A similitude entre a formação sintomática e mecanismo dos sonhos se expressa por meio de sua função de realização de desejo. “Os mesmos processos pertencentes ao inconsciente têm seu desempenho na formação dos sintomas, tal qual o fazem na formação dos sonhos – ou seja, condensação e deslocamento”. Esse mecanismo de satisfação da libido, via sintoma, só é possível pela presença das fixações, cuja origem remonta às experiências sexuais infantis, as tendências parciais ligadas aos objetos da infância que foram abandonados (Freud 1917b/1990, p. 428).

Para Freud (1898/1990), a sexualidade é o fator etiológico comum a todos os tipos de neurose e, segundo seu desempenho no processo de adoecimento, dois grupos são possíveis de serem distinguidos. O primeiro se refere às psiconeuroses – histeria a neurose obsessiva –, ligadas ao nó dos desejos sexuais infantis recalcados, cuja cura poderia ocorrer com o tratamento psicanalítico. O segundo grupo é representado pelas neuroses atuais – neurastenia e neurose de angústia²⁹ –, cuja causa data do período após a maturidade sexual e decorre da impossibilidade de obter satisfação sexual de maneira adequada. Nesses casos, os sintomas são orgânicos e bastaria uma anamnese bem conduzida para detectar a causa do sofrimento e subsidiar as orientações sobre a prática sexual para atingir a cura.

Além da etiologia sexual, a forma de descarga do excesso de excitação no aparelho psíquico é também relevante para o diagnóstico de neurose. Nas neuroses atuais, há um emprego anormal da excitação, que é esgotada “por outros canais, que se mostram mais promissores em termos de descarga do que a via que passa pela psique”, como sói acontecer nas psiconeuroses (Freud, 1895/1990, p. 110).

²⁹A diferenciação entre neurastenia e neurose de angústia foi estabelecida por Freud em 1895/1990, num artigo intitulado “Sobre os fundamentos para se destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada ‘neurose de angústia’”. O termo “neuroses atuais” foi introduzido em 1898 no artigo sobre “A sexualidade na etiologia das neuroses”. Segundo Laplanche e Pontalis (1967), o termo atual se refere a uma atualidade no tempo e também “à ausência daquela mediação que encontramos na formação dos sintomas da psiconeurose (deslocamento, condensação etc.)” (p. 382).

A equação etiológica da neurose, apresentada por Freud, baseou-se no mecanismo das psiconeuroses, na associação do conteúdo recalcado com a predisposição hereditária, dando maior ênfase ao primeiro.

A importância das experiências infantis não deve ser totalmente negligenciada, como as pessoas preferem, em comparação com as experiências dos ancestrais da pessoa e com sua própria maturidade; pelo contrario, as experiências infantis exigem uma consideração especial. Elas determinam as mais importantes conseqüências, porque ocorrem numa época de desenvolvimento incompleto e, por essa mesma razão, são capazes de ter efeitos traumáticos. (Freud, 1898/1990, p. 422)

Todavia, cumpre esclarecer que, na teoria freudiana, a ocorrência de experiências sexuais na infância, por si só, não leva necessariamente ao adoecimento. É necessária a ocorrência de nova experiência, já na fase de puberdade, produzindo aumento do investimento libidinal dessas primeiras experiências devido à regressão. Assim, o caráter traumático, aspecto fundamental dessas experiências, é adquirido por retroação.

Em que pese a sedução na infância, como fato real, ter sido considerada o principal evento responsável pelo trauma, Freud (1897/1990) viu-se obrigado a abandonar essa teoria, como testemunha sua “Carta 69” a Fliess, ao dizer que não confiava mais em suas pacientes, pois, implicaria considerar todos os adultos perversos, já que, em todos os casos, o pai era sistematicamente apontado como agente da sedução. O abandono dessa teoria obrigou Freud, durante algum tempo, a voltar-se para o determinismo endógeno, em detrimento dos fatores externos no surgimento da neurose. A teoria da sedução tinha, até então, operado como ponto central na etiologia da histeria, pois, sendo um determinante externo, explicava, com igual força, o adoecimento, juntamente com a predisposição inata. Seu abandono levou consigo a noção de cena primária (acontecimento real), cláusula pétrea da teoria freudiana. Entende-se, deste modo, a escassez de referências ao complexo de Édipo nos textos freudianos dessa época.

Conferir um papel privilegiado a fantasia não fez outra coisa que produzir esse desequilíbrio. Por isso mesmo a noção de sedução, ou melhor, generalizando, a noção de cena primária, é fundamental. Sem ela a teoria não encontra seu ponto de equilíbrio. (Monzani, 1989, pp. 47-48)

Entretanto, a sedução foi resgatada a partir da noção de realidade psíquica, em oposição a fato real, passando a ser uma fantasia, cujo tema é os pais. O abandono da teoria da sedução, tendo como base o fato real, permitiu a emergência das três noções fundamentais: a fantasia, a sexualidade infantil e o complexo de Édipo.

A teoria da fantasia, vindo substituir a antiga teoria do traumatismo, iria tornar-se a base essencial da Psicanálise Foi a descoberta do fantasma que conduziu Freud a descobrir, no curso do mesmo ano, a sexualidade infantil e o complexo de Édipo. (Ortigue, 1973, citado por Monzani, 1989, p. 42)

A fantasia, em sua estrutura, se constrói a partir de fragmentos da realidade e não pura e simplesmente como expressão das pulsões. Essa constatação possibilitou recuperar a função central da cena primária, sem desvalorizar a fantasia. O que passa a adquirir caráter de sedução na fantasia infantil decorre das primeiras experiências de satisfação por meio dos cuidados maternos. A mãe passa a ser a figura principal da sedução como atesta em “Novas Conferências”.

No período em que o principal interesse voltava-se para a descoberta de traumas sexuais infantis, quase todas as minhas pacientes contavam-me haverem sido seduzidas pelo pai. Fui forçado a reconhecer, por fim, que tais relatos eram inverídicos, e assim cheguei a compreender que os sintomas histéricos se derivam de fantasias, e não de ocorrências reais. Apenas mais tarde pude reconhecer nessa fantasia de ser seduzida pelo pai a expressão do típico complexo de Édipo típico nas mulheres. E agora encontramos mais uma vez a fantasia de sedução na pré-história pré-edipiana das meninas; contudo, o sedutor é regularmente a mãe. Aqui, a fantasia toca o chão da realidade, pois foi realmente a mãe quem, por suas atividades concernentes à higiene corporal da criança, inevitavelmente estimulou e, talvez, até mesmo despertou, pela primeira vez, sensações prazerosas nos genitais da menina. (Freud, 1933/1990, p. 120-121)

Nesse contexto, realidade e fantasia se igualam como substrato decisivo para formação do sintoma, como se observa no texto seguinte.

Ademais, esta é, evidentemente, a única atitude correta a adotar para com esses produtos mentais. Também eles possuem determinada realidade. Subsiste o fato de que o paciente criou essas fantasias por si mesmo, e essa circunstância dificilmente terá, para a sua neurose, importância menor do que teria se tivesse realmente experimentado o que contém suas fantasias. As fantasias possuem realidade *psíquica*, em contraste com a realidade *material*, e gradualmente aprendemos a entender que, *no mundo das neuroses, a realidade psíquica é a realidade decisiva*. (Freud, 1917b/1990, p. 430)

Ressaltando a função das primeiras relações da criança para a assunção da sexualidade e como subsídios para a construção da fantasia, Freud (1923c/1990), em “A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade”, chamou a atenção para o complexo de Édipo como operador dessas relações. Afirmou que a mãe figura como o primeiro objeto de amor da criança. Entretanto, acontecimentos, tais como a interdição da prática de masturbação ou o ciúme do irmãozinho, frustrarão a criança em sua exigência de amor e posse da mãe. A demanda de amor ilimitado da criança acabará, necessariamente, em desapontamento, dando lugar a uma atitude hostil.

O amor pela mãe tem encaminhamentos diferentes no menino e na menina. O menino, ao perceber a ausência de pênis em meninas, conclui que o órgão foi extirpado como castigo. Além disso, desenvolve sentimento de rivalidade com o pai, ao constatar a presença e interposição paterna entre ele e a mãe, assim como, frequentemente experiencia situações em que suas práticas auto-eróticas são reprimidas pela mãe ou pelas pessoas que dele cuidam. Esses elementos são suficientes para que o menino deduza a castração como consequência desses desejos e moções proibidas. Tendo o pai, via discurso materno, sido apresentado como agente da castração, é o medo que porá fim à rivalidade do menino com o pai, passando, deste modo, a renunciar ao desejo pela mãe no sentido de preservar seu órgão.

A mãe torna-se, assim, o objeto proibido e a ameaça de castração permanecerá para sempre, organizando sua vida adulta. O complexo de castração representa o epílogo do complexo de Édipo, inaugurando a fase de latência, na qual a libido dirigir-se-á a outros interesses não sexuais. Decorre, desse momento, a formação do supereu e do ideal de eu. A interdição paterna, presente na ameaça de castração, ganha universalidade nas normas morais, regulando a vida do sujeito e a rivalidade, outrora dirigida ao pai, é substituída pela identificação. Nessa passagem, o falo é simbolizado, podendo tornar-se adjetivo de uma gama infinita de objetos que se posicionam no horizonte do sujeito como ideal de eu. É nesse horizonte, por estrutura inatingível, que o sujeito masculino vislumbra a promessa paterna, qual seja, o acesso, no futuro, a uma mulher, que não seja a mãe.

Diferentemente, na menina, o complexo de castração é o operador primeiro na assunção da sexualidade. Inicialmente, o clitóris ganha o status de um pequeno pênis. Na comparação com o menino, percebe a “injustiça”, o que fundamenta o sentimento de inferioridade em relação ao sexo oposto. Acredita que, ao tornar-se adulta, adquirirá um órgão maior, pensamento caracterizado por Freud como o complexo de masculinidade. Embora relute em aceitar tal “deficiência”, encara-a como fato consumado, diferentemente do menino, para quem a castração é vivenciada como uma ameaça.

Inicialmente, a menina enfrenta a castração como infortúnio pessoal, identificado igualmente em outras crianças e adultos. Essa compreensão de que nem todos são dotados de pênis a conduzirá a conclusão de que sua própria mãe é também castrada, passando a depreciá-la. Esses acontecimentos resultam na censura à figura materna, responsabilizada por tê-la trazido ao mundo sem um órgão apropriado. As reprovações dirigidas à mãe, observadas no contexto das análises, são, segundo Freud, racionalizações em torno do sentimento de que a mãe a privou de um falo. É a inveja do pênis que compele a menina a mudar, tanto de objeto como de zona

erógena, e a ingressar no complexo de Édipo, determinando a substituição da mãe pelo pai como objeto de amor. No entanto, a relação de amor com a mãe não será, de todo, abandonada, marcando as relações posteriores da menina com o pai, o marido e a própria maternidade. No dizer de Freud (1933/1990), “as meninas permanecem nele por tempo indeterminado, destroem-no tardiamente e, ainda assim, de modo incompleto” (p. 129). Nessa mesma vereda, Freud apresentou três respostas possíveis à castração: a inibição sexual, o complexo de masculinidade e a feminilidade normal. A feminilidade somente será alcançada quando a inveja do pênis, característica comum a essas respostas, puder ser substituída pelo desejo de ter um filho, compensação capaz de reparar a falta do pênis.

Nas palavras de Freud (1924b/1990):

Ela desliza – ao longo da linha de uma equação simbólica, poder-se-ia dizer – do pênis para um bebê. Seu complexo de Édipo em um desejo mantido por muito tempo de receber do pai um bebê como presente – dar-lhe um filho. Tem-se a impressão de que o complexo de Édipo é então gradativamente abandonado, uma vez que esse desejo jamais se realiza. Os dois desejos – possuir um pênis e um filho – permanecem fortemente catexizados no inconsciente e ajudam a preparar a criatura do sexo feminino para seu papel posterior. (Freud, 1924b/1990, pp. 223-4)

O desejo de ter um filho é derivado da inveja do pênis, portanto, caudatário da função fálica, estando sempre articulado à castração e à falta. “Com muita frequência, em seu quadro combinado de ‘um bebê de seu pai’, a ênfase é posta no bebê, e o pai fica em segundo plano. Assim, o antigo desejo masculino de posse de um pênis ainda está ligeiramente visível na feminilidade alcançada desse modo” (Freud, 1933/1990, p. 128).

O complexo de castração, tanto no menino como na menina, ao marcar as vicissitudes da relação com a mãe como primeiro objeto de amor, funda a resposta sintomática que cada sujeito encontrará para satisfazer a libido inicialmente dirigida à mãe, e, então, recalcada. Esse processo

fundamentará as fantasias de cada sujeito, como ponto de fixação libidinal, para onde a libido voltar-se-á na vida adulta.

Por isso, Freud (1917b/1990) destacou as experiências sexuais infantis, no âmbito da relação mãe-criança e do drama edipiano, como de maior potencial para subsidiar a formação das fantasias, afirmando que não se pode menosprezar a sensibilidade infantil para perceber o que se passa ao seu redor e construir suas fantasias, associando pequenos fragmentos da realidade.

A única impressão, que nos fica, é desses eventos da infância serem de certo modo exigidos como uma necessidade, incluírem-se entre os elementos essenciais de uma neurose. Se ocorrerem na realidade, são agregados a partir de determinados indícios e suplementados pela fantasia. O resultado é o mesmo, e, até o presente, não conseguimos assinalar, por qualquer diferença nas conseqüências, se foi a fantasia ou a realidade aquela que teve a participação maior nesses eventos da infância. (Freud, 1917b/1990, p. 432).

Segundo Freud (1917b/1990), a fantasia surge como uma forma de compensar a renúncia ou a postergação da busca exclusiva do prazer, por parte do eu, visto que se trata de uma atividade mental cujos conteúdos estão preservados do julgamento imposto pelo teste de realidade. “Na atividade da fantasia, os seres humanos continuam a gozar da sensação de serem livres da compulsão externa, à qual há muito tempo renunciaram na realidade” (p. 434).

É justamente por atuar dessa forma que a fantasia participa da estrutura do sintoma. A explicação dada por Freud é a seguinte: a frustração na obtenção do prazer produz regressão da libido às posições de fixação, às zonas erógenas, o que permite que a libido retroceda para a fantasia. O que concorre para a formação sintomática a partir desse ponto é uma condição de natureza quantitativa. O retrocesso da libido acarreta um aumento das catexias nas fantasias, produzindo uma pressão para se realizarem, tornando inevitável o conflito com o eu, o que as tornam sujeitas ao recalque.

Tendo sido anteriormente pré-conscientes ou inconscientes, agora estão sujeitas ao recalque por parte do ego e ficam à mercê da atração por parte do inconsciente. Partindo daquilo que, agora, são as fantasias inconscientes, a libido movimenta-se pra trás, até as origens dessas fantasias no inconsciente – aos seus próprios pontos de fixação. (Freud, 1905/1990, p. 436)

Assim, o retorno da libido para a fantasia consiste num estágio intermediário para a formação do sintoma, que só se completará com a participação do fator quantitativo. O sintoma é o resultado do recalque que, por sua vez, é um processo egóico, que opera impedindo que uma idéia se associe à pulsão. Entretanto, essa idéia persiste como uma formação inconsciente. Pelo recalque, o prazer que seria resultante da satisfação pulsional se transforma em desprazer (Freud, 1925/1990).

No desenvolvimento do aparelho psíquico, já considerando a segunda tópica freudiana, o eu se diferencia do isso, por meio de suas relações com o mundo externo, tornando-se responsável pela organização dos fatos mentais a partir dos estímulos de prazer e desprazer que o alcançam.

É fácil ver que o eu é aquela parte do isso que foi modificada pela influência direta do mundo externo, por intermédio do *Pcpt.-cs* [sistema pré-consciente/consciente]. Em certo sentido, é uma extensão da diferenciação da superfície. Além disso, o eu procura aplicar a influência do mundo externo ao isso e às tendências deste, e esforçar-se por substituir o princípio do prazer, que reina irrestritamente no isso, pelo princípio da realidade. Para o eu, a percepção desempenha o papel que no isso cabe à pulsão. (Freud, 1925/1990, p. 39).

O eu, aparentemente fraco em relação ao isso, apoiado no princípio do prazer, opõe-se à pulsão pela simples emissão de sinal de desprazer. A energia utilizada para transmitir esse sinal, que é a angústia, provém da retirada da catexia do representante da pulsão a ser reprimida. Esse esquema funciona tanto com as excitações internas como externas e, nesse entendimento, o recalque seria o equivalente da tentativa de fuga. A angústia é um sinal e o ego é sua sede. Essa

nova concepção de angústia, elaborada por Freud (1925/1990), vem substituir a formulação inicial, de 1895, que a caracterizava como a libido transformada³⁰.

O problema de como surge a angústia em relação com ao recalque pode não ser simples, mas podemos legitimamente apegar-nos com firmeza à idéia de que o ego é a sede da angústia, e abandonar nosso ponto de vista anterior de que a energia catexial do impulso recalcado é automaticamente transformada em angústia. Se eu me expressasse antes no segundo sentido, estaria dando uma descrição fenomenológica então um relato metapsicológico do que ocorria. (Freud, 1925/1990, p. 114)

O recalque impele a pulsão a encontrar um caminho substitutivo de satisfação. O fato dessa vertente substitutiva apresentar-se numa forma reduzida, inibida e deslocada, descaracteriza a satisfação, levando ao desprazer. A associação do prazer ao desprazer é a qualidade da compulsão. Encontramos na compulsão a expressão do sintoma para Freud. Se o recalque demonstra, por um lado, o poderio do eu, por outro, deixa claro o quanto ele é susceptível às pulsões do isso, já que o sintoma mantém sua existência fora de seus domínios. Entretanto, o eu, apesar de ser uma organização cuja função é articular os impulsos que o afetam, guarda resquícios de sua origem, tendendo sempre a unificar-se, tentando incorporar os sintomas em sua organização. Essa tendência é atuante na própria formação dos sintomas. Os sintomas podem servir não somente à necessidade de satisfação do isso, como também à necessidade de punição imposta pelo supereu. O ganho secundário, muitas vezes adquirido com o sintoma, colabora nesse esforço do eu em incorporá-lo, daí advindo o seu caráter de resistência às tentativas de suprimi-lo. Quando o analista tenta subsequenteemente ajudar o ego em sua luta contra o sintoma,

³⁰Freud (1925/1990), a partir do Princípio de constância, concluiu que a excitação acumulada só poderia ser descarregada como angústia. Nessa perspectiva a angústia era pensada como um processo puramente físico. A partir do ensaio em questão, a angústia deixa de ser pensada como libido transformada, para ser a reação a situações de perigo. Uma aproximação entre a angústia realística e a angústia neurótica está presente desde o início da teorização freudiana sobre a angústia, considerando que em ambas há a dificuldade da psique em reagir apropriadamente, seja a um perigo interno (pulsão) ou externo. Todavia, a ansiedade está ainda atrelada à transformação do excesso de excitação. Essa questão só é resolvida a partir da diferenciação entre angústia automática e angústia sinal.

verifica que esses laços conciliatórios entre o ego e o sintoma atuam do lado das resistências e que não são fáceis de afrouxar (Freud, 1925/1990, p. 122).

Segundo Freud (1925/1990), é do próprio sintoma que vem o mal-estar, pois, sendo substituto da pulsão reprimida, demanda, do eu, satisfação permanente, o que o obriga a emitir sinal de desprazer. Por essa perspectiva, o sintoma equivale à própria doença. Em casos de histeria, neurose obsessiva e fobia, a exigência pulsional refere-se ao medo de castração.

Ao passarmos em revista essas três neuroses em conjunto, somos levados a um problema muito sério, cuja consideração não pode mais ser postergada. Todas as três têm como resultado a destruição do complexo de Édipo; e em todas as três a força motora da oposição do eu é, acreditamos, o medo da castração (p. 146).

O medo da castração surge articulado à organização libidinal, através de suas fases sucessivas: na fase oral, trata-se da perda do seio materno pelo desmame; na fase anal, as fezes, no processo de educação esfinteriana; na fase genital, o objeto do desejo simbolizado no falo ausente. Em cada um desses momentos, uma perda se anuncia e, conseqüentemente, um comportamento defensivo do eu entra em jogo, acionando o sinal de angústia. À medida que o eu vai se desenvolvendo, o que era sentido como perigo deixa de sê-lo. Todavia, existem situações que são capazes de reavivar os medos mais antigos.

Para Freud (1925/1990), a angústia articula-se à formação sintomática de duas maneiras: “a angústia é um sintoma da neurose” e “os sintomas se formam a fim de evitar a angústia” (p. 168). Postula que o fato de relacionarmos a angústia ao perigo nos permite afirmar que os sintomas são produzidos para livrar o ego de uma situação de risco. Se impedirmos a formação dos sintomas, o ego ficará desamparado em face de uma exigência pulsional crescente.

A formação de sintomas, portanto, de fato põe termo à situação de perigo. Ela tem dois aspectos: um, oculto da visão, acarreta a alteração no id em virtude da qual o ego é afastado do perigo; o outro, apresentado abertamente, revela o que foi criado em lugar do processo pulsional que foi afetado – a saber, a formação substitutiva. (Freud, 1925/1990, p. 169)

Essa constatação freudiana nos subsidia a afirmarmos que o sintoma é uma defesa contra a castração, e, embora produza sofrimento, ampara o sujeito contra a angústia, que, por sua vez, encontra satisfação nesse tipo de sofrimento. É esta característica do sintoma que sustenta a noção de gozo para Lacan, uma forma de “estar bem no mal”.

O fenômeno da repetição, que surge no processo analítico, é uma forma de expressão da vertente de satisfação dos sintomas neuróticos. O fato de se reproduzir na relação transferencial, permite que seja tratado pelo processo analítico.

Alcançamos normalmente sucesso em fornecer, a todos os sintomas da moléstia, um novo significado transferencial e em substituir sua neurose por uma ‘neurose transferencial’, da qual pode ser curado pelo trabalho terapêutico. ... a nova condição assumiu todas as características da doença, mas representa uma doença artificial, que é, em todos os pontos, acessível à nossa intervenção. ... A partir das reações repetitivas exibidas na transferência, somos levados ao longo dos caminhos familiares até o despertar das lembranças, que aparecem sem dificuldades, após a resistência ter sido superada. (Freud, 1914d/1990, p. 201).

A compulsão à repetição, verificada não somente no processo analítico, como também nos sonhos e nas neuroses traumáticas, ofereceu as bases para Freud (1920/1990) elaborar o conceito de pulsão de morte. Como vimos, a compulsão à repetição é a característica fundamental da pulsão, marcando seu caráter conservador de retorno a uma condição anterior à exigência pulsional. A repetição é a marca fundamental dos fenômenos que estão aquém e além do princípio do prazer.

Em “Análise Terminável e Interminável”, Freud (1937/1990) discorreu sobre o impasse que a compulsão à repetição e a pulsão de morte oferecem ao tratamento psicanalítico. O término

de uma análise diz respeito à consecução de dois objetivos: a superação, por parte do paciente, de suas angústias e inibições, e que o analista considere que o tratamento analítico foi eficaz no sentido de que não haja a possibilidade do retorno da doença em questão.

Freud (1837,1990) questionou a possibilidade de se chegar a uma normalidade psíquica, dada à impossibilidade de se abolir completamente o conflito pulsional, pois, mesmo que transformações sejam obtidas, algo permanece intocável pelo trabalho da análise. O impasse do final da análise reside na influência da pulsão de morte (compulsão à repetição), que se expressa em parte pelo sentimento de culpa e pela necessidade de punição. Tanto os fatores impeditivos como os contributivos ao sucesso da análise estão atrelados ao fator quantitativo, ou seja, na perspectiva freudiana, ao fator constitucional biológico das pulsões. Destarte, a compulsão à repetição surge como o núcleo duro do sintoma, resistente à elaboração, revelando seu caráter conservador e a tendência regressiva dos processos psíquicos que compelem o paciente a encontrar satisfação no sofrimento.

- ***Leitura lacaniana do sintoma***

A partir da tese que concebe o inconsciente estruturado como linguagem, apresentada por Lacan (1953/1998) na obra “Função e campo da fala e da linguagem”, o sintoma é definido como uma mensagem a ser decifrada, um modo inconsciente de dizer. O inconsciente é caracterizado como capítulo em branco da história do sujeito, recoberto pela mentira originária, a *próton pseudos* freudiana. Todavia, a verdade que aí se esconde pode ser expressa no corpo próprio, no qual o sintoma histérico se inscreve e se oferece à decifração, nas recordações infantis, no discurso de um sujeito, no seu vocabulário, no seu estilo de vida e caráter, nas tradições, ou seja, nos vestígios dessa “outra cena” que se insere nos capítulos da história de cada um. Sendo

considerado como uma das formações do inconsciente, o sintoma revela a verdade do sujeito, estando esta definição em total sintonia com a teorização freudiana.

Para admitir um sintoma na psicopatologia psicanalítica, seja ele neurótico ou não, Freud exige o mínimo de sobredeterminação ... constituído por um duplo sentido, símbolo de um conflito defunto, para-além de sua função, num conflito presente não menos simbólico, e se ele nos ensinou a acompanhar, no texto das associações livres, as ramificações ascendentes dessa linhagem simbólica, para nela detectar, nos pontos em que as formas verbais se cruzam novamente, os nós de sua estrutura, já está perfeitamente claro que o sintoma se resolve por inteiro numa análise linguageira, por ser ele mesmo estruturado como uma linguagem. (Lacan, 1953/1998, p. 270)

Ao acreditar que o sintoma poderia ser completamente articulado pela fala, Lacan afirmou a dominância da ordem simbólica na constituição do sujeito. Todavia, a própria elaboração dessa ordem esbarra-se na relação paradoxal entre a fala e a linguagem. Primeiramente, temos o fato de que a fala pode se dar sem qualquer referência ao código lingüístico, seja ele ordenado pela consciência ou pelo inconsciente, como se observa na loucura. Em segundo lugar, a fala pode estar em desconexão com o discurso ordenado pela consciência, no entanto, encontra-se amparada no discurso inconsciente, como se evidencia nas neuroses.

O sintoma, aqui, é o significante de um significado recalcado da consciência do sujeito. Símbolo escrito na areia da carne e no véu de Maia, ele participa da linguagem pela ambigüidade semântica que já sublinhamos em sua constiuição. Mas é uma fala em plena atividade, pois inclui o discurso do outro no segredo de seu código. (Lacan, 1953/1998, p. 282)

Finalmente, temos o efeito de alienação, ao qual o sujeito é submetido ao falar de si, perdendo-se nas objetivações do discurso e desconhecendo sua relação com a ordem estrutural na qual está imerso. “O eu do homem moderno adquiriu sua forma no impasse dialético da bela alma que não reconhece a própria razão de seu ser na desordem que ela denuncia no mundo” (Lacan, 1953/1998, p. 283). A operação de alienação permite que o sujeito seja reconhecido por um outro

sujeito, minimizando o efeito de rivalidade e agressividade própria do campo especular. “A relação imaginária entre o eu e o outro é fundamentalmente uma relação mortífera ... que, nessa época do pensamento de Lacan, tem como única saída um desenlace identificatório, quer dizer, alienante” (Miller, 2002, p. 18). A relação intersubjetiva domina a dimensão simbólica, apaziguando o conflito imaginário, estando livre das exigências da libido.

O simbólico é apresentado desdobrando-se, organizando-se, sistematizando-se inteiramente fora das exigências da libido. É a intersubjetividade que ocupa todo o lugar no simbólico, de tal sorte que o símbolo aparece, de saída, como uma negativização, uma anulação da libido, em sua função mortificante, ao mesmo tempo, o símbolo é pacto, acordo de dois sujeitos, promessa de harmonia com respeito à guerra imaginária. (Miller, 2005b, p. 225)

Essa construção, que repousa sobre a relação excludente entre simbólico e imaginário, não podia deixar de apontar uma satisfação interna ao simbólico, própria do sujeito. Nessa perspectiva, o corpo intervém na cena inconsciente apenas como simbolizado, sendo dispensada qualquer referência ao corpo libidinal, imaginário, sendo a satisfação no nível do sujeito simbólica, fora do corpo. “É uma satisfação puramente significante, isto é, precisamente, um gozo sem corpo. É o que ele chamava, em termos hegelianos: o reconhecimento” (Miller, 1998a, p. 94). A noção de sintoma, como a verdade recalcada do sujeito, exclui a dimensão libidinal, pois está pautada na suposição de que, ao invés de gozar, o desejo de reconhecimento é o objetivo primeiro do sujeito. Dessa forma, o gozo é separado da verdade do sujeito.

Em “A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud” (1957/1998), Lacan traduziu a constituição do sujeito em termos lingüísticos, a partir do pressuposto de que o sujeito nasce imerso na linguagem. O outro da dimensão intersubjetiva tem sua definição estendida, passando a representar o sistema de linguagem, ganhando nova notação: Outro.

O que Lacan chama de Outro é uma dimensão de exterioridade que tem uma função determinante para o sujeito. Nesse sentido, o nome genérico daquilo que Freud chamou ... a “Outra cena”, essa outra cena onde se situa toda a maquinaria do inconsciente (Miller, 2002, p. 22).

A linguagem é definida como uma estrutura composta por um conjunto diacrítico de elementos separados e sem sentido (os significantes), que somente adquire sentido quando em relação uns com os outros. A significação é o efeito do encadeamento dos significantes. A noção de cadeia significante é a leitura lacaniana da sobredeterminação freudiana, à qual o sujeito está submetido invariavelmente, visto que é a condição de toda formação inconsciente (Miller, 2002).

O que essa estrutura da cadeia significante revela é a possibilidade que eu tenho, justamente na medida em que sua língua me é comum com outros sujeitos, isto é, em que essa língua existe, de me servir dela para expressar *algo completamente diferente* do que ela diz. Função mais digna de ser enfatizada na fala que a de disfarçar o pensamento do sujeito: a saber, a de indicar o lugar desse sujeito na busca da verdade. (Lacan, 1957/1998, p. 508)

Os processos de deslocamento e condensação, próprios do funcionamento inconsciente, são apresentados como metonímia e metáfora. A metonímia é a função própria do significante, qual seja, de um significante representar outro, permitindo que se tome a parte pelo todo “... onde se vê que a ligação do navio com a vela não está em outro lugar, senão no significante, e que é no *de palavra em palavra* dessa conexão que se apóia a metonímia” (Lacan, 1957/1998, p. 509). Essa é a primeira vertente engendrada pelo significante, que dará lugar ao surgimento do sentido. A metáfora é o sentido que surge, não da passagem de um significante a outro, mas da substituição de um significante por outro. Ela não está dita nem por um, nem por outro, mas é dedutível, ou interpretada, desse processo, sendo entendida como a própria significação.

A centelha criadora da metáfora não brota da presentificação de duas imagens, isto é, de dois significantes igualmente atualizados. Ele brota entre dois significantes dos quais um substitui o outro, assumindo seu lugar na cadeia significante, enquanto o significante

oculto permanece presente em sua conexão (metonímica) com o resto da cadeia. ... é na substituição do significante pelo significante que se produz um efeito de significação. (Lacan/1998, 1957, p. 510 e 519)

Essa formalização permitiu a Lacan definir o desejo como o significado da metonímia, como solução para incluir, na ordem simbólica, a libido relegada ao registro imaginário. Como afirmou Miller (2005b), a libido só é inscrita no simbólico como desejo, sendo mortificada. Ainda assim, continua animada, pois, como significado da metonímia, desloca-se sob o significante, obedecendo à ordenação própria da cadeia.

O desejo assim aparelhado no significante é em primeiro lugar a libido mortificada ... ela não está apenas mortificada e animada a um só tempo, mas também é obediente, ... é uma libido que mora sob a articulação significante, e que varia, se desloca, anima-se e redistribui-se devido à conexão do significante com o significante. (Miller, 2005b, p. 225)

O sintoma, por sua vez, é definido como metáfora, tomando o lugar do significante do trauma na cadeia, porém mantendo inacessível, ao sujeito, sua significação. O sintoma veicula metaforicamente a verdade do desejo.

E os enigmas que o desejo propõe a toda “filosofia da natureza”, seu frenesi que imita o abismo do infinito, o conluio íntimo, em que ele envolve com o gozo o prazer de saber e o de dominar, não decorrem de nenhum outro desregramento do instinto, senão sua captação nos trilhos da metonímia. ... É a verdade do que esse desejo foi em sua história que o sujeito grita através de seu sintoma (Lacan, 1957/1998, p. 522)

Lacan traduziu o sintoma freudiano como aquilo que se interpreta na ordem significante, ou seja, de um S_1 a um S_2 e assim por diante. Essa é a ordem que engendra o sentido, obedecendo a uma seqüência numérica, dando origem à verdade de um sujeito. Sintoma é o nome clínico que Freud deu à verdade. (Miller, 2005c).

O sujeito é o que um significante representa para outro significante. No entanto, o sujeito só parece no real como descontínuo, como falta. O significante é a causa do sujeito, cindido entre

a enunciação e o enunciado. O sujeito do enunciado designa o lugar sujeito da enunciação, mas não o significa e, ao falar, ao colocar em marcha o encadeamento significante, na tentativa de encontrar sua significação, a metáfora sintomática veicula o desejo sob o recalque.

Para que não seja vã nossa caçada, a nós analistas, convém reduzir tudo à função de corte no discurso, sendo o mais forte aquele que serve de barra entre o significante e o significado. Ali se surpreende o sujeito que nos interessa, pois, ao se vincular à significação, ei-lo no mesmo barco que o pré-consciente. Pelo que chegaríamos ao paradoxo de conceber que o discurso na sessão analítica só tem valor por tropeçar ou até se interromper Esse corte da cadeia significante é único para verificar a estrutura do sujeito como descontinuidade no real. (Lacan, 1960/1998, p. 815)

O sujeito surge nos intervalos da cadeia significante, onde o sentido, engendrado pelo movimento de um significante a outro, rompe-se, deixando emergir a “outra cena”, ou seja, nos tropeços da fala evidenciados nos atos falhos, nos lapsos etc. O sujeito em psicanálise é o sujeito do inconsciente.

A estrutura de Lacan é uma estrutura que captura um ser vivo particular, o ser vivo que fala. No fundo, isso cria uma diferença com todas as formas de psicologia, tanto humana como animal. O aspecto fundamental, valorizado pela experiência analítica, é que o homem é um ser vivo, mas um ser vivo que fala, o que tem inclusive consequências no seu corpo; é que a estrutura escraviza o sujeito, fragmenta-o em efeitos de significante. (Miller, 2002, p. 24)

Destaca-se um dos efeitos do significante sobre o corpo vivo, a mortificação, denotando que a fala não serve somente como meio de comunicação. Podemos percebê-lo por meio do conceito de pulsão, cuja finalidade é estabelecer a dimensão própria do ser que fala, fora dos domínios do que é instintual. Para Lacan, é justamente em decorrência da captura do ser vivo pela estrutura de linguagem, que Freud elaborou sua teoria da sexualidade, baseada nos estádios, caracterizada pela perda de um objeto: a perda do seio, pelo desmame, das fezes, pela educação, do falo perdido/faltante, pela castração. “Digamos, de maneira geral, que as necessidades do

homem estão nele completamente transformadas pelo fato de que fala, pelo fato de que dirige demandas ao Outro, esse Outro que Lacan chama de Outro onipotente da demanda” (Miller, 2002, p. 25).

O sujeito, nas malhas da linguagem, deve procurar sua significação por meio do significante do desejo do Outro. Para Lacan (1960/1998), o sujeito psicanalítico está entre o sujeito absoluto de Hegel e o sujeito abolido da ciência, partindo da hiância que separa o sujeito hegeliano do sujeito freudiano, no que concerne sua relação com o saber. O sujeito hegeliano “sustenta o discurso do saber absoluto” ao fazer coincidir, pelo desejo, saber e verdade, afirmando que o sujeito sabe o que quer.

Pois em Hegel, é ao desejo, à *Begierde*, que compete a responsabilidade pelo mínimo de ligação que o sujeito precisa guardar com o antigo conhecimento, para que a verdade seja imanente à realização do saber. A astúcia da razão significa que o sujeito, desde a origem e até o fim, sabe o que quer. (Lacan, 1960/1998, p. 817)

Segundo Lacan, Freud reabriu a junção entre verdade e saber, ao vincular o desejo do sujeito ao desejo do Outro. Isso se dá da seguinte forma: a mensagem dirigida ao Outro é, no início, um grito completamente destituído de sentido. Para que o indivíduo sobreviva é necessário que o Outro lhe interprete, o que poderá estar aquém ou além do apelo expresso pelo grito, sendo interpretado como signo de amor ou de desamor. Esse fato instaura no homem a dimensão da demanda que transcende a pura necessidade, sendo sempre demanda de amor.

Em geral, no homem, o significante substitui a necessidade, pois a demanda ao Outro tende, por seu próprio movimento, a se converter em demanda pura da resposta do Outro – ali se coloca o amor. O amor está além do que seria a satisfação da necessidade. A demanda de ser alimentado não se situa no mesmo nível da pura e simples necessidade de comer. O mais importante que se tem para dar é o que não se tem como uma propriedade, como um bem, e esta é, decerto, a definição lacaniana do amor: dar o que não se tem. ... A pura resposta do Outro é mais importante que a satisfação da necessidade. (Miller, 2002, p. 25)

A resposta do Outro sinaliza a falta a que o sujeito aspira completar, denunciando a incompletude do desejo para ambos. A primeira interpretação, ou primeiro dito, funda o significante primordial, traço unário, que permitirá a um outro real, ocupar o lugar de Outro, mestre/senhor, servindo como significante, ao qual o sujeito alienar-se-á, constituindo o ideal de eu.

O dito primeiro decreta, legifera, sentencia, é oráculo, confere ao outro real sua obscura autoridade. Tomem apenas um significante como insígnia dessa onipotência, ou seja, desse poder todo em potência, desse nascimento da possibilidade, e vocês terão o traço unário, que, por preencher a marca invisível que o sujeito recebe do significante, aliena esse sujeito na identificação primeira que forma o ideal do eu. ... Aqui se insere a ambigüidade de um desconhecer [*méconnaître*] essencial ao conhecer-se [*connaître*]. Pois tudo de que o sujeito pode se assegurar, nessa retrovisão, é de vir a seu encontro a imagem, esta, antecipada, que ele tem de si mesmo em seu espelho. (Lacan, 1960/1998, p. 822-823)

Portanto, afigura-se que o sujeito espera receber a ratificação da sua mensagem, tendo seu desejo reconhecido.

O desejo se esboça na margem em que a demanda se rasga da necessidade: essa margem é a que a demanda, cujo apelo não pode ser incondicional senão em relação ao Outro, abre sob a forma da possível falha que a necessidade pode aí introduzir, por não haver satisfação universal (o que é chamado de angústia). Margem que, embora sendo linear, deixa transparecer sua vertigem, por mais que seja coberta pelo pisoteio de elefante do capricho do Outro. (Lacan, 1960/1998, p. 828)

Sabemos que esse Outro caprichoso e exigente é reconhecido inicialmente, pelo sujeito, na figura materna, contudo é imprescindível que o pai assuma essa posição, como legislador, para que seja instituída a dimensão desejante. O significante do trauma, no qual se expressa a metáfora do sintoma, é o significante da proibição, a lei paterna, que Lacan denominou de “Nome-do-Pai”, ou metáfora paterna. Todavia, ele só poderá operar como tal, se o pai puder ocupar o lugar de

Outro. O modo pelo qual isso se dá foi demonstrado, passo a passo, por Lacan (1957/58/1999) em seu seminário sobre *As formações do inconsciente*.

Como já vimos na teorização freudiana, a função do pai no complexo de Édipo é interditar a mãe, ligando-se, dessa forma, à lei primordial da proibição do incesto. A castração articula-se simbolicamente a essa proibição, embora se manifeste, para o sujeito, no plano imaginário, como uma retaliação ligada à agressão imaginária.

É na medida em que o pai é amado que o sujeito se identifica com ele, e que encontra a solução terminal do Édipo numa composição do recalque amnésico com a aquisição, nele mesmo, do termo ideal, graças ao qual ele se transforma no pai. ... ele pode tornar-se alguém, já que está com seus títulos de propriedade no bolso, com a coisa guardada, e, quando chegar o momento, se tudo correr bem, se o gato não comê-lo, no momento da puberdade, ele terá seu pênis prontinho, junto com seu certificado. (Lacan, 1957/58/1999, p. 176)

Tendo o falo significantizado, como elemento central, em torno do qual circulam os outros três componentes do triângulo edípico freudiano – a mãe, a criança e o pai, Lacan apresentou o complexo de Édipo em três tempos. No primeiro tempo, a criança, procura identificar-se ao objeto do desejo materno, introduzindo sua demanda de amor e recebendo da mãe os signos do objeto imaginário. Devido ao par presença/ausência, que marca sua relação com a mãe, o desejo materno surge-lhe como um enigma. “O que ela quer não parece ser exatamente eu, então o que é?” O “x” do desejo materno é o falo e, desde muito cedo, a criança pode acreditar sê-lo para a mãe.

É pelo fato da criança ser o objeto parcial que ela é levada a se perguntar o que querem dizer as idas e vindas da mãe – e o que isso quer dizer é o falo. A criança, com maior ou menor astúcia ou sorte, pode conseguir vislumbrar, desde muito cedo, o que é o x imaginário, e, uma vez tendo compreendido, fazer-se de falo. Mas a via imaginária não é a via normal. Aliás, é por essa razão que ela acarreta as chamadas fixações. (Lacan, 1957/58/1999, p. 181)

No segundo tempo, a criança recebe, como resposta à demanda de amor, a lei paterna, concebida imaginariamente como privadora da mãe, fazendo vacilar a identificação da criança ao falo, ao mesmo tempo em que a leva a reconhecê-lo como objeto que se pode ter ou não. Lacan postulou que a castração deve operar também sobre a mãe, privando-a do filho.

Esse é o estádio, digamos, nodal e negativo, pelo qual aquilo, que desvincula o sujeito de sua identificação, liga-o, ao mesmo tempo, ao primeiro aparecimento da lei, sob a forma desse fato de que a mãe é dependente de um objeto, que já não é simplesmente o objeto de seu desejo, mas um objeto que o Outro tem ou não tem. (Lacan, 1957/58/1999, p. 199)

Tendo em vista a relevância do objeto anal em nosso material clínico, vale ressaltar que é, nesse segundo tempo do Édipo que ele surge na relação do sujeito com o Outro materno. Freud (1917d/1990) destacou que as vicissitudes do erotismo anal articulam-se a partir de dois pontos cruciais: o fato de a defecação implicar uma disposição própria do indivíduo, ou seja, mesmo o bebê pode manifestar sua vontade, no caso, sua obstinação, por meio dessa função e o estatuto de objeto que as fezes adquirem. Nas formações do inconsciente, as fezes, objeto relacionado a uma zona erógena, veicula a idéia de pênis e de bebê na vertente do dom. Nesse momento, a criança já apresenta certa autonomia em relação à evacuação e o ato de dar ou reter as fezes envolve sua relação com o Outro e com a castração.

Lacan (1962-63/2005) observou que, no nível da pulsão oral, a criança não se distingue do seio, objeto que a liga ao Outro. Já no nível da pulsão anal, ela tem, pela primeira vez, a ocasião de se reconhecer num objeto e, além disso, reconhecer a dimensão ambígua da demanda da mãe. Acrescentou que “desse objeto desagradável, é privilégio da análise, na história do pensamento, ter feito emergir a função determinante do desejo” (p. 321).

As fezes, na relação com o Outro, ganham significação fálica pelo fato de ser algo subtraído do corpo. A criança pergunta-se sobre o que será feito das fezes, que de certa forma, é

resto de seu corpo ao qual pode identificar-se. Tal resto é a própria função do objeto *a*, causa de desejo, “aquilo que sobrevive à provação da divisão do campo do Outro pela presença do sujeito” (Lacan, 1962/63/2005, p. 243).

O objeto anal, como uma das formas do objeto *a*, demonstra a articulação do erotismo anal à castração. Assim, o comportamento da criança em relação à evacuação denuncia a forma como reage ou reagiu a esse encontro. Temos, então, que a fase anal é um momento privilegiado da incidência da demanda do Outro sobre o sujeito, no sentido em que, ao ceder algo de sua satisfação pulsional, consentindo na castração, o sujeito alcança a dimensão do desejo. (Lacadeé, 2002).

No terceiro tempo, cabe ao pai, na condição de legislador, autenticar o falo ao sujeito. “É por intervir como aquele que tem o falo que o pai é internalizado no sujeito como Ideal de eu, e que, a partir daí, não nos esqueçamos, o complexo de Édipo declina” (Lacan, 1957/58/1999, p. 201). Segundo Lacan (1957/58/1999), é no fato de o pai tomar o lugar da mãe como objeto de amor, que aparece a dessimetria entre o Édipo no menino e na menina. Para a menina, essa passagem é mais fácil, pois ela não precisa identificar-se com o pai, nem preservar seu “título de direito à virilidade”. (p. 202). Ela sabe onde o falo está e, por isso, dirige-se ao pai, mesmo guardando certo ressentimento voltado à mãe, que Freud chamou de *Penisneid*³¹. No caso do menino, faz-se necessário ele reconhecer que não tem o que realmente tem. Para que essa passagem ocorra de forma normatizadora, é necessário que o pai interfira como pai simbólico.

O pai simbólico, intervindo na relação mãe-criança, metaforiza o desejo materno, simbolizando o falo imaginário. É necessário que a criança aceite a privação, operada pelo pai, para que abandone a posição de falo imaginário, podendo identificar-se com o pai como portador

³¹Inveja do pênis

do falo simbólico. Entretanto, o pai só figurará, como função simbólica, se também privar a mãe de seu objeto, trazendo-lhe o reconhecimento da Lei.

O que importa é a função na qual intervém, primeiro, o Nome-do-Pai, o único significante do pai, segundo, a fala articulada do pai, e terceiro, a lei, considerando que o pai está numa relação mais ou menos íntima com ela. O essencial é que a mãe funde o pai como mediador daquilo que está para além da lei dela e de seu capricho, ou seja, pura e simplesmente, a lei como tal. Trata-se do pai, portanto, como Nome-do-Pai, estreitamente ligado à enunciação da lei, como todo desenvolvimento da doutrina freudiana nô-lo anuncia e promove. E é nisso que ele é ou não é aceito pela criança como aquele que priva ou não priva a mãe do objeto de seu desejo. (Lacan, 1957/58/1999, p. 197)

Segundo Lacan (1957/58/1999), a principal dificuldade que um sujeito pode encontrar na passagem pelo Édipo decorre da impossibilidade da mãe veicular o Nome-do-Pai em seu discurso.

A metáfora paterna remete, a meu ver, a uma divisão do desejo, a qual impõe, nessa ordem do desejo, que o objeto criança não seja tudo para o sujeito materno. Quer dizer que há uma condição de não-tudo, que o objeto criança não deve ser tudo para o sujeito materno, mas que o desejo da mãe deve se dirigir para um homem e ser atraído por ele. Portanto, isso exige que o pai seja, também, um homem. (Miller, 1997, p. 8)

Nessa perspectiva, o sintoma da criança pode ser entendido como uma resposta ao que há de sintomático na estrutura familiar, denunciando a verdade do casal parental, ou pode dizer respeito à subjetividade da mãe. O primeiro caso sinaliza que houve articulação do par conjugal, com a presença de uma mãe, que, pela via de suas próprias faltas, permitiu a mediação paterna, para a presença de um pai que pode vetorizar a transmissão de um desejo, que não fosse anônimo (Lacan 1969/1998).

O sintoma da criança é entendido como uma resposta ao real em jogo para todo e qualquer sujeito, desde a mais tenra infância, ou seja, o trauma. É somente a partir da relação com o Outro, a mãe, que a criança pode colocar em significação seu ser.

O que faz enigma ou questão para a criança só encontra resposta depois das trocas que estabelece, graças a seus orifícios pulsionais, como o Outro, e desde então, e apesar desta resposta que o sujeito se dá quando é confrontado ao Outro, por sua pulsão, àquilo que aí se desenrola, haverá para ele um efeito de significação. É nesse ponto preciso que J. Lacan situará a criança e o sintoma com resposta àquilo que há de sintomático nesse lugar do Outro. (Lacadée, 1996, p. 75)

No segundo caso, não se operou a função do pai, não havendo substituição metafórica, e a criança, como correlato da fantasia da mãe, vem obturar a “modalidade de falta em que se especifica o desejo (da mãe), seja qual for sua estrutura especial: neurótica, perversa ou psicótica”. A criança torna real, para a mãe, a presença do objeto *a*, servindo, por meio de um traço particular ou de seu próprio corpo, como objeto condensador do gozo da mãe, alienando em si o acesso da mãe à sua verdade (Lacan, 1969/2003, p. 370).

O sintoma somático, ao associar-se a esses dois tipos de enlaçamentos, fortifica-os na medida em que subsidia, na mãe, seu sentimento de culpa, encarna sua recusa primordial ou autoriza a função de fetiche que o filho ocupa. Lacan afirmou que a mulher deve procurar o significante de seu desejo no corpo de um homem, para que a função paterna opere, não permitindo que a criança sature o seu desejo. Caso isso não ocorra, o pai poderá impelir a criança a refugiar-se na fantasia materna, de uma mãe negada como mulher (Miller, 1998b).

Para Lacadée (2002), o corpo e os modos de usá-lo são os meios que a criança utiliza no sentido de manifestar sua intolerância a uma mãe que não lhe dá acesso ao desejo. Os sintomas físicos são as respostas da criança, denunciando sua captura pela fantasia da mãe e a insuficiência do pai nos mais variados níveis.

Lacan (1969/2003) ressaltou a importância da criança como substituto fálico para a mãe, pois lhe torna acessível o falo no real. Esse aspecto é apontado por Miller (1998) como uma perversão normal na mulher, o amor materno, chegando a fetichizar a criança. Nesse caso, a

criança distingue-se do objeto *a*, por ser animada, ou seja, ela pode construir sua própria versão de resposta ao desejo do Outro e conseqüentemente, extrair dessa posição sua própria estrutura fantasmática. Todavia, se ela amolda-se ao objeto *a* da mãe, lhe está vetada qualquer possibilidade de construção sintomática própria. “O fetiche só é normal quando a criança não é tudo para o desejo da mãe” (p. 9).

A estrutura da fantasia é extraída da marca primordial inconsciente, cuja fórmula proposta por Lacan mostra o sujeito no processo dialético de alienação/separação com o objeto *a*. “...a fantasia é propriamente o ‘estojo’ daquele [Eu] que é primordialmente recalcado, por só ser indicável no *fading*³² da enunciação” (Lacan, 1960/1998, p. 831).

Por ter seu desejo elidido na relação com o Outro, é na dimensão da fantasia que o sujeito encontra o gozo pulsional, por meio dos objetos parciais, mamilo, cíbalo, falo (imaginário), fluxo urinário, fonema, olhar, voz, nada, aos quais ele pôde identificar-se. Ao alienar-se na posição fantasmática, o sujeito encontra sua designação nas zonas erógenas

Traço comum a esses objetos em nossa elaboração: eles não têm imagem especular. Isso é o que lhes permite serem o “estofo”, ou, melhor dizendo, o forro, sem no entanto serem o avesso, do próprio sujeito tomado por sujeito da consciência. Pois esse sujeito, que acredita poder ter acesso a si mesmo ao se designar no enunciado, não é outra coisa senão um objeto desse tipo (Lacan, 1960/1998, p. 832)

A imagem especular, estabelecida no momento das primeiras relações com o Outro, reveste o objeto fálico, ao qual o sujeito identifica-se, que permitirá que encontre um lugar no desejo materno. Podemos concluir que é como objeto do gozo do Outro que o sujeito goza. “Somente nossa fórmula da fantasia permite evidenciar que o sujeito, aqui, faz-se instrumento do gozo do Outro”. (Lacan, 1960/1998, p. 838).

³²Eclipse, desaparecimento, afânise. Na articulação significativa, o sujeito aparece num lugar como sentido e, em outro ele, se manifesta como *fading*, desaparecimento. (Lacan, 1964/1988, p. 207)

Como afirmou Miller (2005b), a leitura do inconsciente estruturado como linguagem teve por efeito excluir a libido do campo discursivo e o desejo, regulado pela fantasia, é a forma que Lacan encontrou para introduzir a libido na dimensão subjetiva. Ainda assim, trata-se de um desejo que, embora deslize por todos os lados, sob o qual se apóiam as idiossincrasias do sujeito, é um desejo morto. A libido vivificada continua no registro imaginário, articulada na fórmula da fantasia. Quer dizer que, enquanto algumas propriedades da libido são transcritas como desejo, o gozo resta como impossível de simbolizar.

Assim o exprime Lacan (1960/1998) em “Subversão do sujeito e dialética do desejo”,

Aquilo a que é preciso nos atermos é que o gozo está vedado a quem fala como tal, ou ainda, que ele só pode ser dito nas entrelinhas por quem quer que seja sujeito da Lei, já que a Lei se funda justamente nessa proibição (p. 836).

O fato da libido freudiana não se reduzir ao seu conceito de desejo, levou Lacan a introduzir a idéia de que haveria uma relação primitiva entre significante e gozo. Contrariando sua noção da autonomia do simbólico, Lacan postulou que o significante é aparelho de gozo, sendo a repetição significante entendida como repetição de gozo.

O que foi, até então, abordado sob a forma de “o que se veicula na cadeia significante é o sujeito barrado, a verdade, a morte, o desejo” é retraduzido nos termos de “o que se veicula na cadeia significante é o gozo” (Miller, 2000, p. 98).

O que era pensado como uma perda natural de vida, pela incidência da Lei, proibindo o gozo fálico, passou a denotar, na fala, um suplemento de gozo, o objeto *a*, mais-de-gozar. Assim, a articulação significante recupera o gozo no mais-de-gozar. Esse suplemento é restituído ao sujeito em seu corpo pelo mecanismo de entropia, que Lacan tomou emprestado da termodinâmica. “... O gozo fálico, que é o gozo exemplar, perfeito, paradigmático é interdito,

enquanto que alguma coisa vem supri-lo: o gozo do mais gozar, que é a corporização da perda entrópica” (Miller, 2000, p. 99).

Sendo o corpo vivificado pelo mais-de-gozar, o sintoma passa a ser pensado como modo de gozo, substituindo a fantasia. Assim, ao atravessar a fantasia, expressão da alienação ao objeto de gozo do Outro, o sujeito encontra seu próprio gozo na repetição do sintoma.

O significante como tal, se refere ao corpo, e essa referência se faz sob a modalidade do sintoma. É por isso que pude dizer... que lá onde, em Freud, existe a pulsão, em Lacan há o sintoma. Mas, enquanto Freud não apresenta a pulsão, senão como um mito, podemos seguir, em Lacan, o sintoma como um real. E é realmente esse deslocamento que permite medir o passo de Freud a Lacan. (Miller, 1998a, p. 100)

Não se trata mais de pensar o gozo no registro do imaginário, mas no registro do real. Como vimos anteriormente, trata-se do gozo como objeto *a*, mais-de-gozar, cuja expressão excede a lista de objetos proposta por Freud, incluindo também os objetos da sublimação (Miller, 2000).

A noção de gozo do corpo e gozo da linguagem nos leva a pensar no entrelaçamento entre gozo e significante. Não se trata de “... um gozo bruto, não um gozo anterior ao significante; no *falasser*³³, o gozo do corpo é ligado ao significante como sua consequência” (Miller, 1998a, 101).

A linguagem continua, para Lacan (1972/73), preexistente ao sujeito, mas se trata agora de uma linguagem-gozo que ele denomina de *alíngua*, uma outra ordem discursiva, fora do sentido.

A linguagem é apenas aquilo que o discurso científico elabora para dar conta do que chamo de alíngua. ... Alíngua serve para coisas inteiramente diferentes da comunicação. É o que a experiência do inconsciente mostrou, no que ele é feito de alíngua, essa alíngua que vocês sabem que eu a escrevo numa só palavra, para designar o que é a ocupação de

³³*Parlêtre*: expressão criada por Lacan com a qual pretendeu substituir o inconsciente freudiano. “O inconsciente é um saber enquanto falado”. (Lacan, 2003, p. 561).

cada um de nós, alíngua materna, e não por nada dita assim. (Lacan, 1972/73/1985, p. 188)

A *alíngua* é anterior à linguagem, sendo esta última uma construção posterior, que pretende ordenar a primeira do acordo com o código. O inconsciente refere-se a um saber no nível da *alíngua*, cuja expressão ultrapassa a linguagem.

Alíngua nos afeta primeiro por tudo que ela comporta como efeitos que são os afetos. Se se pode dizer que o inconsciente é estruturado como uma linguagem, é no que os efeitos de alíngua, que já estão lá como saber, vão bem além de tudo que o ser que fala é suscetível de enunciar. (Lacan, 1972/73/1985)

Nessa vertente, o sintoma, ao passar, ao mesmo tempo, pelo corpo e pela alíngua, viabiliza a junção entre significante e gozo. Na teorização Lacaniana, o gozo assume o lugar da verdade, no cerne do sintoma, na mesma proporção que a linguagem dá lugar a alíngua. O sintoma traduz a incidência do significante no corpo do sujeito, produzindo gozo (Gerbase, 1998).

Lacan (1975) observou que o sintoma decorre de como o sujeito foi impregnado pela alíngua, da qual recebeu palavra ambígua, marcando o modo como foi desejado. Ressaltou que o ser humano é sensível, desde muito cedo, à linguagem, que deixa marcas em seu corpo concernentes à realidade sexual.

O fato de que uma criança diga *talvez ou ainda não*, antes mesmo de ser capaz de construir verdadeiramente uma frase, prova que há algo nela, uma peneira que se atravessa, por onde a água da linguagem chega a deixar algo na passagem, alguns detritos com os quais ela vai brincar, com os quais, necessariamente, ela terá que lidar. É isso que lhe deixa toda essa atividade não-refletida – restos aos quais, mais tarde, porque ela é prematura, se agregarão os problemas do que a vai assustar. Graças a isso, ela vai fazer a coalescência, por assim dizer, dessa realidade sexual e da linguagem. (Lacan, 1975/1998, p. 11)

À questão do trauma, que em Freud se refere ao caráter contingencial e quantitativo de acontecimentos exteriores e endógenos, Lacan (1975) aduziu o valor do real como impossível de dizer, do encontro com a realidade sexual no corpo próprio. O que traumatiza o sujeito é o encontro com o estranho, que lhe é o mais íntimo. A leitura lacaniana do “Pequeno Hans” aponta para o gozo de seu *Wiwimacher*³⁴ como princípio do seu sintoma. Entretanto, a causa dessa estranheza não é exatamente a excitação sexual, mas a impossibilidade de tratá-la com as palavras que dispõe.

O que torna o gozo traumático é o fato de que a realidade sexual no homem não é da ordem do instinto, correspondendo a uma falha no saber sobre a relação entre os sexos. “Que não há relação sexual significa de fato que faltam radicalmente significantes para tratar a experiência pulsional”³⁵. (De Georges, 2002, p. 7).

Assim, o sintoma, como modo de gozo, é a forma como o significante, inscreveu, no corpo do sujeito, a relação sexual como impossível de dizer. Nesse aspecto, podemos pensá-lo como acontecimento do corpo, assim como Lacan (1979/2003) o postulou.

Deixemos o sintoma no que ele é: um evento corporal, ligado a que: a gente o tem, a gente tem ares de, a gente areja a partir do a gente o tem. ... Assim, indivíduos que Aristóteles toma com corpo podem não ser nada além de sintomas, eles próprios, em relação a outros corpos. Uma mulher, por exemplo, é sintoma de um outro corpo. Quando isso não acontece, ela permanece como o chamado sintoma histérico, com o que queremos dizer último. Ou seja, paradoxalmente, só lhe interessa um outro sintoma: ele só se alinha, portanto, como penúltimo, e ainda por cima, não é privilégio de uma mulher, embora se compreenda, ao avaliar o destino d’UOM³⁶ como falasser, com quem ela se sintomatiza. Foi a partir das histéricas, dos histéricos sintomas das mulheres, ... que a análise soube tomar pé na experiência. (p. 565)

³⁴*Wiwimacher* – faz-pipi. Freud (1909).

³⁵Tradução nossa.

³⁶“LOM” é a escrita fonética de l’homme, traduzido para o português com UOM (o homem). Trata-se de um neologismo de Lacan (1979/2003).

Todavia, a única via disponível para tocar algo do gozo específico de um sujeito é a palavra, no que ela contém de alíngua, de sem-sentido. É dessa forma que Lacan (1975/1998) propôs abordar os fenômenos do corpo, “pela revelação do gozo específico que há na sua fixação”.

Se a operação significante mortifica o corpo, excluindo-lhe o gozo, este persiste no organismo como sensível, embora não qualificável. Mattos (2000) nos adverte que não há gozo, senão aquele causado pela incidência do significante sobre um corpo sexuado e sensível. Dessa forma, lembra-nos que o significante, ao mesmo tempo em que desregula o corpo vivo, também o vivifica no campo do possível, servindo ao sujeito como meio para tocar o gozo.

- *O fenômeno psicossomático*

A psicossomática tem sido pensada em relação a determinadas afecções orgânicas que não correspondem aos critérios de avaliação e classificação estabelecidos pelo discurso médico. São doenças que se manifestam por meio de lesões orgânicas, cuja causa é indefinida, os sintomas apresentam variados níveis de gravidade, podendo surgir e desaparecer sem razão plausível. São, em sua maioria, consideradas doenças crônicas e seu desenrolar caracteriza-se por crises sucessivas com períodos de remissão, chegando, em alguns casos, ao completo desaparecimento da lesão. Por esse ponto de vista, as DII seriam consideradas doenças psicossomáticas, visto que estão presentes, em suas manifestações, as características supracitadas (Valas, 1990; Nusinovic, 1991; Elael, 2000; Fux, 2000; Castanet, 2003; Pignatiello, 2004).

Na perspectiva psicanalítica lacaniana convencionou-se chamar esse tipo de adoecimento de fenômeno psicossomático (FPS), visto que não se trata de uma via metafórica de expressão

sintomática, mas de algo que lesiona o corpo. Tal como na conversão histérica, o corpo está preocupado com sua materialidade, mas, não se trata de uma apropriação de uma função orgânica para expressar um mal-estar no campo do Outro.

Miller (1990) afirmou que é fundamental distinguir o sintoma, em particular o histérico, do FPS, visto que “a relação ao Outro é constitutiva do sintoma histérico, o que de nenhum modo é o caso do fenômeno psicossomático, se ele existe” (p. 89). O sintoma histérico inscreve-se na ordem significante, enquanto o FPS estabelece um outro tipo de relação com a linguagem.

Nas palavras de Miller (1990),

Fenômeno psicossomático difere de sintoma, e isso pela precisa razão de que devemos ser muito exigentes sobre a estrutura de linguagem do sintoma.

E dizendo agora “sintoma”, é no sentido analítico efetivamente que o estou tomando, na definição que lhe atribuímos a partir do ensino de Lacan, ou seja: trata-se de uma formação do inconsciente que tem estrutura de linguagem, que supõe uma substituição, à qual chamamos de metáfora, em linguagem de retórica, e que, por aí, fica aberta ao deslocamento retroativo por reformulação, e a uma modificação pelo fato da emergência de efeitos de verdade. (p. 87)

Para Lacan (1964/1988), a psicossomática

É algo que não é um significante, mas que, mesmo assim, só é concebível na medida em que a indução significante, no nível do sujeito, se passou de maneira que não põe em jogo a *afânise* do sujeito. (Lacan 1964/1988, p. 215)

Na teorização lacaniana, o FPS aproxima-se da estrutura do traço unário S_1 . Isso é demonstrável pela conhecida experiência pavloviana dos reflexos condicionados, em que, no animal, uma manifestação somática (salivação/fome) é articulável pelo significante (sirene que anuncia a comida). Ressalte-se, entretanto, que a articulação se dá somente para o experimentador, uma vez que, evidentemente, o animal não pode articular essa experiência pela palavra. Nas palavras de Lacan (1964/1988), trata-se de uma “percepção que nada tem de uma

representação, forçosamente, pois que não há aqui outro sujeito, senão o de experimentador” (p. 216).

A psicossomática implica que, em dado momento do encadeamento, um significante sobrepõe-se ao seguinte, solidificando-se. É o que foi chamado de holófrase. Lacan afirmou que, pela impossibilidade de serem deslocados, devem ser tomados como um único significante, equivalente ao S_1 primordial, Nome próprio do sujeito. Dessa forma, o fenômeno psicossomático não prescinde do significante, mas sua relação com a linguagem não se dá como no sintoma. Ele contorna a estrutura de linguagem, cessando-se a representação do sujeito, pois não há articulação significante, mas a presença ou ausência do significante primordial S_1 . Esse movimento evidencia-se no aparecimento e no desaparecimento das lesões (Miller, 1994; Castanet, 2003;).

Em “Conferência de Genebra sobre o sintoma”, Lacan (1975) afirmou que, na vertente significante, o fenômeno psicossomático é um hieróglifo. Diferentemente do sintoma, apelo ao Outro, impresso no corpo para ser lido, o fenômeno psicossomático é uma imagem enigmática, comparável ao escrito, passagem que a palavra esculpiu no corpo. Não é senão o próprio traço unário, significante que funda a identificação simbólica do sujeito, mas não se articula ao código lingüístico, valendo como insígnia.

No fenômeno em foco, ocorre a incorporação de um significante, sob a forma de fixação. Podemos dizer que há, no fenômeno psicossomático, o próprio corpo como Outro, o qual se fixa como o gozo regressado. Isso explicaria um dado comum da experiência clínica apresentado por vários autores, de que os pacientes, ao relatarem suas queixas, falam de si como se falassem de outrem, não parecendo realmente sofrer daquilo de que se queixam (Nusinovici, 1991; Fux, 2000; Elael, 2000; Castanet, 2003).

Pignatiello (2004) observou que o discurso desse pacientes está fundamentado no imaginário, onde um fato acompanha outro na composição de uma cena, mas sem nenhuma

mediação metafórica. Embora expresse causalidade entre os fatos, trata-se de uma associação puramente imaginária, que não contém o registro simbólico e, portanto, os sintomas não são formações do inconsciente.

Nessa perspectiva, o desdobramento clínico indicado por Lacan (1975/1998) logra abordar o paciente psicossomático na especificidade de seu gozo.

É por esse viés, pela revelação do gozo específico que há na sua fixação, que sempre é preciso visar abordar o psicossomático. É nisso que podemos esperar que o inconsciente, a invenção do inconsciente, possa servir para alguma coisa. É na medida em que esperamos dar-lhe o sentido do que se trata. O psicossomático é algo que, de todo modo, no seu fundamento, está profundamente arraigado no imaginário. (p. 14)

Miller (1994) afirmou que pensar o fenômeno psicossomático como imaginarização do simbólico e realização do imaginário leva-nos a inferir sobre o efeito direto das emoções no corpo. Do ponto vista clínico, casos que aparentemente prescindem da estrutura de linguagem, indicam-nos que as metáforas subjetiva e paterna falharam em suas funções, acarretando a holófrase significativa e, conseqüentemente, a inexistência do sujeito, do desejo, da angústia. Nessa vertente, o FPS alinha-se à estrutura psicótica, mas não se resume a ela, sendo considerado transestrutural. Por decorrer de certas manifestações no simbólico, ligadas a um defeito de filiação simbólica e o desafio do tratamento é, possibilitar o descolamento da holófrase do par significativo pela ação simbólica e, conseqüentemente, o surgimento do sujeito.

No entanto, Lacan (1975/1998) é enfático ao afirmar que o FPS não é para ser lido, e a holófrase do par significativo deve ser tomada como um único significativo, que por sua vez, tem a característica de um Nome próprio, dando-se a nomeação e não à decifração.

Segundo Castanet (2003),

Ao tomar os fenômenos psicossomáticos pelo lado do significativo, cansa-se muito rápido. A abertura está do lado do gozo, desse gozo específico, como tentativa de gozar do corpo

do Outro, tentativa de escrita da relação sexual. Uma definição mínima de gozo é “isso se prova”, se experimenta. (Castanet, 2003, 78)

Alguns autores (Nusinivici, 1991; La Sagna, 1996, Elael, 2000) observam em suas experiência clínicas efeitos que sugerem o descolamento do par significante. Entretanto, ao considerarmos o FPS como Nome próprio que não se decifra, perguntamo-nos se, nesses casos, tratava-se realmente de um fenômeno psicossomático, ou se o efeito observado de significantização e desaparecimento da lesão/sintomas não seria efeito de sugestão.

Segundo Pignatiello (2004),

A dimensão imaginária em jogo entre o psíquico e o somático, faz com que as manifestações destas enfermidades sejam sensíveis à sugestão, através da qual é preciso responder em que se diferenciam os efeitos terapêuticos de um tratamento psicanalítico daqueles aos quais se pode atribuir efeitos de sugestão. (p. 59)

Optamos, neste estudo, por pensar o FPS a partir a conceitualização do objeto *a* como mais-de-gozar, como a própria incorporação do S_1 , representando-o diretamente sem passar pelo significante. A especificidade do gozo no fenômeno psicossomático reside no fato de inscrever-se no corpo, realizando a presença do objeto *a*, diferentemente da histeria, cujo gozo se transmite via significante. “Na clínica psicossomática, a letra seria considerada em sua função de inscrição de um gozo específico e, antes de tudo, de um ‘não a ler, de um não a decifrar’ (Lacan, 1970/1971, citado por Castanet, 2003).

Conforme Castanet (2003), “a lesão psicossomática, portanto, explica-se por uma posição do sujeito ao Outro que não se decifra. Nos fenômenos psicossomáticos, não é mais tanto o desejo que é interrogado, e sim o gozo” (p. 77).

Para Lacan (1966/2001), a concepção de corpo feito para gozar revigoraria o termo “psicossomática”, como falha epistemo-somática, produzida pelo efeito do discurso sobre o

corpo. Nessa vereda, o FPS inscreve-se como acontecimento de corpo, como corporização do objeto *a*, distanciando-se da noção de psicogênese das doenças orgânicas, sustentada na cisão mente e corpo.

Miller (1990) considera que, para isso, é preciso reconhecer no corpo certa independência da matéria. Isso se sustenta na definição lacaniana de organismo, como aquilo que vai além dos limites do corpo. A noção de corpo, como o território recortado do organismo, contraria a idéia de que o organismo está no interior do corpo. O organismo, para Lacan, é o corpo mais o órgão não corpóreo, que não é senão a libido. A questão que Miller nos propõe é pensar se justamente no caso do FPS, a libido deixaria de ser um órgão não corpóreo, incorporando-se como lesão.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

- **Enlaçamentos teórico-clínicos**

A experiência clínica com pacientes crônicos nos defronta com sujeitos que experimentam, em seu próprio corpo, perdas concretas e permanentes, marcas que deverão carregar por toda a vida. O adoecimento, seja abrupto ou insidioso, confronta o sujeito a uma realidade corpórea que lhe é totalmente desconhecida. No caso de portadores de DII, as crises são caracterizadas por vários episódios diários de diarreia e disenteria, e por cólicas intensas que praticamente condenam o paciente à reclusão, afastando-o de suas atividades, do convívio social e afetivo etc. Manifestações próprias da doença de Crohn, como a fistulização da região perianal, podem levar à destruição completa da região, requerendo a amputação do reto e chegando a comprometer os genitais, nos casos mais graves. É inegável reconhecer a deterioração física que esse tipo de adoecimento impõe ao paciente. Mesmo para profissionais mais experimentados, não há quem permaneça indiferente às imagens das partes dos corpos tomados pela doença, com as quais nos deparamos nas reuniões de equipe, indiscutivelmente necessárias para o exercício da prática médica.

Entretanto, para além da imagem, temos a dimensão subjetiva, na qual o adoecimento adquire, pela palavra, um valor específico. O descompasso entre o horror da imagem e o discurso do sujeito funda o incômodo da equipe médica. Pela fala excessiva ou pelo silêncio decidido que observamos em nossos pacientes, evidencia-se certa acomodação nesse mal-estar físico, certa “necessidade” dessa condição de doente, chegando a atrapalhar o bom andamento do tratamento médico. A defasagem entre o que o paciente solicita do médico e o que demonstra realmente

querer, desconcerta os profissionais de saúde, uma vez que tende a dificultar a sua missão primordial de restabelecer o bem estar físico e mental do paciente.

É nesse contexto clínico que somos solicitados a trazer nossa colaboração no sentido de investigar a função que uma doença tão grave possa ter para o sujeito. Nosso ponto de partida é a palavra, pela qual o sujeito revelará sua versão sintomática. Isso implica que, falar para um psicanalista, ou seja, associar livremente, significa estar disposto a colocar em jogo suas identificações. Em nosso campo de atuação, onde a maioria dos sujeitos se reconhece no “ser doente”, é necessário que haja certa vacilação em tal designação, para que o sujeito se desidentifique de sua posição subjetiva em prol da via do desejo.

Observamos, em nossa vivência cotidiana no ambiente hospitalar, que a própria estrutura do discurso médico e das instituições por ele regidas, sustenta essa identificação. A busca pelo reconhecimento junto ao médico implica algum tipo de adoecimento, pois, embora ele tenha em vista a cura, ou o alívio do mal-estar, seu interesse está voltado para a doença, ela é seu objeto de pesquisa. O sujeito se faz passar nas brechas do adoecimento e é aí que demonstra os efeitos do gozo que habita seu corpo.

Nosso material clínico nos traz Alice, que se apresentava “colada” à sua mãe, não conseguindo, por ela mesma, distinguir o que sentia, o que pensava, o que desejava, a não ser como o duplo de sua mãe. Queria, pensava, sentia, manifestava-se sempre em conformidade com ela. A retocolite veio nomear algo que já esteve em seu corpo, as diarréias, ocorridas nos primeiros meses de vida, confirmando seu destino de “ser doente”. Ela não apresentava dúvidas quanto a isso.

Sua convicção era corroborada pelas palavras de sua mãe, que demonstrava ser a doença de Alice o centro de seus interesses e preocupações. Nas entrevistas com a mãe, observamos que Alice ocupava o lugar de objeto de desejo, ratificando a posição materna, segundo a qual mãe é

quem salva o filho da morte. Nesse caso, podemos observar o tipo de formação sintomática na qual o filho realiza, no real de seu corpo, o objeto *a* do desejo da mãe.

O pai de Alice, homem tido pela mãe como doente, incapaz de responder por seus atos, não pôde lhe conceder o benefício da dúvida acerca do seu lugar no desejo de sua mãe, deixando de prover a Alice o recurso significativo necessário para construir sua própria versão do gozo fálico e, portanto, sua própria versão sintomática. Ao invés de oferecer-se ao gozo do Outro, como objeto numa construção fantasmática, Alice sofria os efeitos do gozo em seu corpo, tornando real o objeto fálico que faltava à mãe. Os sintomas da doença pareciam substituir o significativo que faltou para que Alice pudesse dialetizar o desejo materno. Em sua interpretação, sua mãe realizava-se ao cuidar dela e, nesse sentido, devia permanecer doente.

As intervenções feitas durante os atendimentos não surtiram nenhum efeito no sentido de levá-la a questionar seu lugar de doente no desejo de sua mãe. Alice não demonstrava nenhum incômodo com os excessos de sua mãe, pelo contrário, eram para ela, signos inquestionáveis de amor. Nesse caso, podemos pensar que a doença orgânica é o que enlaça Alice ao campo do Outro, por meio do próprio corpo onde fixa sua designação. Neste caso, aos acontecimentos de corpo, ou seja, as diarreias infantis, outras doenças ocorridas na infância, culminando com a retocolite, parecem dar consistência ao laço amoroso entre mãe e filha, colocando-o acima de qualquer suspeita.

Vários episódios que ocorreram durante seus períodos de internação, evidenciavam a facilidade com que, em seu próprio corpo, Alice procurava desfazer o mal entendido estrutural da linguagem. Nesse sentido, chegamos a pensar que estaríamos diante de conversões histéricas. No entanto, a fixidez de Alice no lugar de objeto para a mãe não deixava entrever qualquer rivalidade ou expressão de ódio que pudesse denunciar seu encontro com a castração materna.

Tendo em vista nossas considerações teóricas sobre o fenômeno psicossomático, cujo estatuto seria o do Nome próprio, ou seja, algo que não é passível de decifração, mas sim, de nomeação, nossa hipótese é de que o FPS funcionaria, nesse caso, como suplência para o sujeito, pois parece que ela se organiza em torno dos diversos adoecimentos que sofreu.

Nesse sentido, nossas intervenções devem visar à estabilização dos sintomas e não insistir em mobilizá-lo, questionando sua função para a paciente. Alice pôde sofrer menos intensamente os sintomas físicos, desde que um traço real de adoecimento permanecesse em seu corpo, permitindo-lhe reconhecer-se.

Em Rita e Amélia, verificamos a ocorrência de um outro tipo de formação sintomática na qual o filho ocupa o lugar de objeto fetiche do desejo materno. O sintoma se expressa na vertente de resposta do sujeito à verdade do casal parental, onde o sujeito não se acomoda muito bem no lugar de objeto do desejo materno. Como consequência, a gravidade do sintoma dependerá do ajuste do filho como objeto fetiche. Vale esclarecer que, por melhor que seja tal ajuste, não haverá saturação completa da falta na qual se expressa o desejo da mãe.

Rita, procurando-nos com sua queixa de “fobia social”, testemunhou sua versão do gozo fálico. Aparentemente submetida ao domínio da mãe, desde o início deixou entrever seu incômodo nessa posição, conseguindo diferenciar o que cabia à mãe – a culpa por não ter dado atenção à sua doença – e o que cabia a ela – ser a doença da mãe. Os sintomas físicos de Rita foram, por muito tempo, fontes inesgotáveis de sustento para o sentimento de culpa de sua mãe, encobrando, e ao mesmo tempo denunciando, o fracasso da relação dos pais. Verifica-se que ela encontra seu lugar no desejo do Outro, numa estrutura fantasmática, como sendo “a doença de sua mãe”.

Recolher-se a esse lugar fantasmático de doente, por um lado, oferecia-lhe arrimo para esquivar-se do olhar do Outro, objeto de sua fobia. Por outro lado, deixava claro em seus

atendimentos, seu incômodo, criticando sua mãe, seu pai, o tipo de relação que tinham, dando indícios de sua passagem pelos três tempos do complexo de Édipo.

O que, para Rita, metaforizou o desejo materno parece ter sido a relação de sua mãe com a família (avó e tios de Rita). Seu pai foi o homem escolhido como marido por não intervir nessa relação, deixando sua mãe à vontade com sua família. Esse modo sintomático no qual se expressa o (des)encontro do casal, compeliu Rita, por meio de sua doença, convocar a mãe a assumir seu papel junto à família e, ao mesmo tempo, no papel de objeto aglutinador, a fazer existir a relação dos pais como homem e mulher.

A fobia social, que encontra respaldo na reclusão que as manifestações clínicas das DII impõem, é a expressão da versão sintomática de Rita, recurso para resguardar-se da equivocidade da demanda do Outro. As alterações e sensações corporais próprias da puberdade e a impossibilidade de tratá-las pelos significantes produzem o trauma que o sintoma fóbico procura recalcar. O Olhar do Outro sobre a paciente expõe esse excesso insuportável. O fato de os primeiros sintomas da doença terem surgido no início da puberdade indica o retorno do mais-de-gozar, marcando o corpo. Por não ter dado outro destino à pulsão sexual, é como doente que se mostra ao Outro. O olhar/pulsão escópica determina seu modo de gozo, dando pregnância ao seu sintoma no real do corpo.

O tratamento psicanalítico produziu efeito ao viabilizar um novo posicionamento de Rita em relação à demanda do Outro. As manifestações da doença de Crohn cederam seu lugar central no discurso de Rita, que passou a se interessar pelas razões de sua fobia social, sintoma passível de articulação significativa. Nesse caso, houve a possibilidade de construção de uma versão sintomática própria do sujeito, determinando seu modo particular de gozo, sinal de que o interesse da mãe por sua família operou como Lei, fazendo incidir a castração, tanto para mãe como para o sujeito, deixando aberta para ambas a via do desejo.

No entanto, a circunscrição do mais-de-gozar numa lesão orgânica e o tempo que permaneceu identificada à doença parecem ter contribuído para que o corpo se degradasse intensamente. Aventarmos a possibilidade de estarmos diante de um FPS, mesmo que algo de metafórico tenha operado sua função. Nossa hipótese é de que o FPS encontrou sua expressão numa determinação orgânica, convocada a ocupar o lugar do sintoma de uma forma brutal, em decorrência das vicissitudes da relação parental e do gozo como objeto “olhar”, próprio desse sujeito. Em Rita, a função dos sintomas da doença de Crohn nos parece ter sido revelar a verdade da relação dos pais e o modo de gozo próprio que extraiu disso encobriu sua própria questão com a sexualidade. Seu modo de gozar se expressa numa vertente metafórica, mas, também, numa vertente muda, na qual a lesão fixa seu gozo deslocado do olhar na superfície corporal.

Amélia compartilha da mesma modalidade sintomática de Rita, servindo também como objeto fetiche da mãe. Todavia, diferentemente do caso anterior, seu pai, mesmo considerado como fraco, logrou metaforizar o desejo da mãe. Amélia não conseguia entender o que sua mãe teria visto naquele homem, pois não lhe faltaram bons pretendentes. Esse desconhecimento permitiu-lhe construir uma resposta ao enigma do desejo materno. Para Amélia, sua mãe só pôde ter feito essa escolha para agradar ao avô da paciente. Assim, oferecer-se em sacrifício para agradar alguém é a versão sintomática que Amélia expressa pela maternidade.

Em relação à sua mãe, a paciente tinha dificuldade em reconhecer-se como objeto amado. Era a filha insuficiente, cujas iniciativas estavam sempre aquém do esperado, não sendo nunca admirada pela mãe. Na fórmula da sua fantasia, é como resto sem valor que goza e se faz gozar pelo Outro, tal como as fezes, elemento central da sua doença. Destaca-se aqui o valor fálico das fezes, expresso em seu deslizamento significante, fezes – falo – dinheiro – bebê, que o discurso psicanalítico expõe. Não é por acaso que a maternidade surgiu, como sua primeira queixa, na

vertente de uma insuficiência, denunciada pelo problema do filho. Apresentou-se como mãe incapaz, fraca, insuficiente, mãe “técnica”, que não sabe ser mãe.

A identificação ao objeto anal deixou seu corpo mais liberado da fixidez dos sintomas físicos, o que pôde ser observado no fato de tais sintomas cederem quando convidada a falar de si. Nesse aspecto, acreditamos estar mais próximos do campo da conversão histórica do que do FPS. O modo de gozo da paciente apropria-se de uma função/disfunção orgânica para se manifestar, no sentido de que ela empresta o corpo à fala e não há um gozo mudo. O mais-de-gozar está articulado ao objeto que se desprende do seu corpo e, como corolário, temos que a paciente não se identifica à lesão, a doença em si, mas ao produto dela, ao objeto anal.

Os sintomas físicos de Amélia encobrem a ausência de um saber acerca do sexo e da feminilidade. Apostou que a maternidade pudesse ser uma forma de aproveitar a vida, ou seja, uma forma de acesso ao objeto fálico. O problema do filho revelou o fracasso de sua solução, evidenciando o fato de que a maternidade, sendo uma via de reparação fálica, não responde ao que é ser mulher. Nesse cenário, as manifestações clínicas da doença de Crohn apareceram. O tratamento psicanalítico permitiu revelar a vertente sacrificial da maternidade como modo de gozo, operando uma mudança de posição subjetiva.

No primeiro caso, nossas intervenções não lograram fazer surgir uma via própria do sujeito expressa no desejo. Em contrapartida, nos demais casos, o tratamento psicanalítico pôde desalojar o sujeito de sua designação “ser doente”, no caso de Rita, e “ser resto”, no caso de Amélia. Amélia apresentou uma redução considerável dos episódios de diarreia. Para Rita, o fato dos sintomas físicos perderem a pregnância na relação com sua mãe, trouxe-lhe novas perspectivas em sua vida, mas a doença seguiu seu curso, culminando com a cirurgia e a bolsa de colostomia.

Em Amélia, a doença articula-se por meio de uma formação sintomática mais afeita à via metafórica, mesmo que ela empreste o corpo a esta manifestação. No processo de constituição como sujeito, operou-se um encadeamento metafórico de seu corpo para o objeto que dele se desprende. Ou seja, ela não é o falo, mas pode tê-lo, dando mostras de que houve a metaforização do desejo da mãe.

Em Alice e em Rita, o corpo, em certa medida, ficou capturado no lugar de objeto. Para a primeira, parece não ter havido nenhum encadeamento metafórico, sendo ela o falo propriamente dito para a mãe. Já para a segunda, a metáfora significante parece não ter sido totalmente suficiente para livrar seu corpo por completo da captura imaginária, como falo materno. Podemos pensar que, nesses dois casos, a libido retornou sobre o corpo, contornando a estrutura de linguagem por meio de uma lesão.

Tendo em vista o sintoma como metáfora, o FPS decorrente da falha ou insuficiência da metáfora paterna não pode ser considerado como sintoma, visto que a libido se encarna, prescindindo da estrutura de linguagem, embora mantenha relação com o significante na vertente da nomeação, do Nome próprio. Por outro lado, pensando o sintoma na segunda clínica de Lacan, como acontecimento de corpo, ou seja, como algo que inevitavelmente implica o corpo como sede do gozo, significa tomá-lo como possibilidades diversas de amarração dos três registros – real, simbólico e imaginário (R.S.I.), em substituição ao significante Nome-do-Pai, elemento central das articulações do primeiro tempo do percurso de Lacan. Nessa perspectiva, o FPS poderia ser entendido como uma versão sintomática do gozo paterno.

Foi possível demonstrar, por meio dos três casos, que o sintoma somático está intimamente ligado à posição que o sujeito assume em relação ao desejo do Outro, o que determinará as vicissitudes de seu adoecimento. O caráter crônico de certas doenças é um fator a dar fixidez a esse modo de existir e de se relacionar com o Outro.

O adoecimento crônico pode ser vivido de duas formas pelos pacientes. Na primeira, há uma marca encarnada no corpo, antes mesmo do sujeito ter acesso à linguagem. Posteriormente, se uma doença orgânica é diagnosticada, essa marca encontra, aí, sua razão de existir. A identificação do sujeito ao “ser doente” é inquestionável, como testemunha o caso Alice, não havendo um enlaçamento metafórico com o Outro. Por outro lado, o enlaçamento real, por meio do corpo, torna inacessíveis nossas intervenções, porém nos deixa espaço para intervenções visando à estabilização sintomática.

No segundo tipo, a identificação à doença surge do enlaçamento do sujeito ao Outro, como objeto de desejo, assim demonstrado pelos casos Rita e Amélia. O sintoma pode ser atualizado no tratamento psicanalítico, permitindo que o sujeito encontre, na via do desejo, novo modo de inscrever seu mais-de-gozar, sem ser pelo sacrifício do corpo.

Não observamos, nos casos analisados, vinculação entre o FPS e qualquer uma das estruturas subjetivas em particular (neurose, psicose perversão), demarcando seu caráter transestrutural. No entanto, vale ressaltar que a presença de lesão no corpo, aqui exemplificadas pelas DII, não prediz, por si só, o tipo de enlaçamento subjetivo, e, muito menos, a função do sintoma para o paciente. Assim, a direção do tratamento deve ser voltada para a particularização da escuta, buscando os meandros do gozo específico que sustentam a lesão e a sintomatologia. Com isso, o próprio tratamento médico beneficiar-se-á do deslocamento da posição subjetiva do paciente. A desidentificação com a posição de doente leva à redução da procura, muitas vezes desnecessária, dos serviços de saúde, visto que os pacientes encontram forma diferente de inscrever seus excessos.

Dizer que o adoecimento físico pode ser um modo de gozo para um sujeito não significa desqualificar a deterioração física em seus diversos níveis, nem o sofrimento que ela impõe, mas ressaltar que o sujeito pode encontrar na doença uma forma de se representar no campo do Outro.

A concepção de corpo habitado pela libido permite considerarmos as manifestações somáticas como algo próprio do sujeito, pelo fato da construção da noção de corpo nos discursos freudiano e lacaniano não dar guarida à divisão entre psiquismo e soma.

O sintoma, como modo de gozo, é a própria junção do significante com o corpo do ser vivo que fala, podendo ser chamado de acontecimento de corpo. Ser doente para um sujeito é a forma como interpretou seu lugar no desejo do Outro, e, reciprocamente, como o discurso do Outro afetou seu corpo, produzindo gozo.

Pela perspectiva psicanalítica, pensar o sintoma como acontecimento de corpo nos permite incluir nas versões sintomáticas para o sujeito, qualquer condição que envolva o real do corpo, como as DII, ou qualquer outra doença crônica, independentemente de presumíveis fatores emocionais aventados em sua patogenia. Mesmo doenças ou situações, consideradas pela Medicina como de etiologia puramente orgânica, podem ser entendidas como acontecimentos do corpo.

Entender o adoecimento crônico dessa forma permite abordá-lo pela palavra, mobilizando o gozo específico de cada um para produzir mudanças subjetivas. Tais deslocamentos possibilitam ao sujeito inscrever seu mal-estar fora da esfera do adoecimento físico. Como corolário, em torno de um acontecimento de corpo, deixa de existir uma relação excludente entre tratamento psicanalítico e o tratamento médico, uma vez que o interesse de ambos converge para o sofrimento vivenciado pelos pacientes.

Destacamos a importância da interlocução entre a Psicanálise e a Medicina para se lograr êxito na abordagem do adoecimento no âmbito dos hospitais gerais, ressaltando que tal objetivo somente será alcançado a partir da delimitação clara entre seus os campos epistemológicos. O presente estudo buscou estabelecer essa delimitação, bem como contribuir para o entendimento

da articulação subjetiva do adoecimento físico, que determina para o paciente as vicissitudes de seu sofrimento.

A formulação lacaniana de sintoma como acontecimento de corpo abre um novo campo de investigação acerca dos eventos que afetam o corpo. Sendo assim, pensar o FPS como uma possível versão da metáfora paterna, no sentido de uma *père-version*,³⁷ delineia a possibilidade de futuros encaminhamentos de nossa questão, como continuidade desse estudo, sobre a função da doença orgânica no enlaçamento do sujeito com seu corpo e com o Outro.

³⁷Lacan, J. (1975). RSI (seminário inédito).

REFERÊNCIAS

- Andus, T., Gross, V. (2000). Etiology and pathophysiology of inflammatory bowel disease: environmental factors. *Hepatogastroenterology*, 47: 29-43
- Aronowitz R., Spiro H. M. (1988) The rise and the fall of psychosomatic hypothesis in ulcerative colitis. *J Clin Gastroenterol* , 10: 298.
- Birman, J. (1991). *Freud e a interpretação psicanalítica*. Rio de Janeiro: Relumé-Dumará.
- Birman, J. (1993). *Ensaio de Teoria Psicanalítica: metapsicologia, pulsão, linguagem, inconsciente e sexualidade*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Birman, J. (1997). *Estilo e modernidade em Psicanálise*. São Paulo: Editora 34.
- Birman, J. (2003). *Mal-estar na atualidade – a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Birman, J. (2006). Corpos e formas de subjetivação. In Milnitzky, F (org.) *Desafios da clínica psicanalítica na atualidade* (pp. 55-89). Goiânia: Dimensão.
- Castanet, D. (2003). O real do corpo: fenômenos psicossomáticos e sintoma – incidências clínicas. *Stylus*, 6, 73-79.

Castiel, L. D., Póvoa, E. C. (2001, janeiro/fevereiro). Dr. Sackett & “Mr. Sacketeer” ... Encanto e desencanto no reino da *expertise* na medicina baseada em evidência. *Caderno de Saúde Pública*, 17(1), 205-214.

Chowdbury I., Tharakan B., Bhat G. K. (2006). Current concepts in apoptosis: The physiological suicide program revisited. *Cell Mol Biol Lett*, 11(4), 506-525.

De Georges, P. (2002, março). Le traumatisme de la langue. In *Les traumatismes de la langue*. Conversation du vendredi, Section Clinique D’Aix Marseille. (texto inédito).

Domenech E. (2006). Inflammatory bowel disease: current therapeutic options. *Digestion*, (73) 1: 67-76.

Elael, C. C. B. (2000). O fenômeno psicossomático: uma pulsão que é de morte!. *Opção Lacaniana*, 29/27, 74-78.

Figueiredo, A.C., Nobre, L., Vieira, M.A. (2001). Pesquisa clínica em Psicanálise: a elaboração de um método. In A. C. Figueiredo (Org.). *Psicanálise – Pesquisa e clínica*. (pp. 12-23). Rio de Janeiro: IPUB – CUCA.

Freud, S. (1888/1990). Histeria. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud* (vol. I, pp. 85-108). (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1893/1990). Algumas considerações para o estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S.*

Freud (Vol. I, pp.225-245). (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1894a/1990). As neuropsicoses de defesa. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud* (Vol. III, pp. 61-72) (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1894b/1990). Rascunho E, Como se origina a angústia. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud* (Vol. I, pp. 269-276) (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1895a/1990). Estudos sobre a Histeria – Breuer e Freud. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud* (Vol. II, pp.39-318) (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1895b/1990). Rascunho G, Melancolia. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud* (Vol. I, pp. 282– 298) (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1895c/1990). Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia”. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud* (Vol. III, pp.91-118) (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1896/1990). A etiologia da histeria. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud* (Vol. III, pp.187-215) (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1897/1990). Carta 69. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud* (Vol. I, pp. 357-359) (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1898/1990). A sexualidade na etiologia das neuroses. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud* (Vol. III, pp.249-270) (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1905a/1990). Tratamento psíquico (ou anímico). In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud* (Vol. VII, pp. 265-285) (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1905b/1990). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud* (Vol. VII, pp.118-228) (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1909/1990). Pequeno Hans. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud* (Vol. VII, pp.118-228) (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1910a/1990). A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud* (Vol. XI, pp.193-203) (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1910b/1990). Leonardo Da Vinci e uma lembrança de sua infância. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud* (Vol. XI, p. 53-124) (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1911/1990). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud* (Vol. XII, p. 273-286) (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1914a/1990). A história do movimento psicanalítico. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud* (Vol. XIV, pp. 13-82) (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S.. (1914b/1990). Totem e Tabu. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud* (Vol. XIII, pp. 13-163) (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1914c/1990). Sobre o narcisismo: Uma introdução. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud* (Vol. XIV, pp. 85-119) (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1914d/1990). Recordar, repetir, elaborar. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud* (Vol. XII, pp. 191-203) (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1915/1990). As pulsões e suas vicissitudes.. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud* ((Vol. XIV, pp. 137-162) (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1917a/1990). Conferência XVII, O sentido dos sintomas. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud* (Vol. XVI, pp. 305-322) (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1917b/1990). Conferência XXIII, O caminho da formação dos sintomas. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud* (Vol. XVI, pp. 419-439) (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1917c/1990). Conferência XVIII, Fixação em traumas – o inconsciente. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud* (Vol. XVI, pp. 323-336) (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1917d/1990). As transformações do instinto exemplificadas no erotismo anal. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud* (Vol. XVII, pp. 159-336) (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1919/1990). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud* (Vol. XVII, pp. 199-211) (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1920/1990). Além do Princípio do prazer. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud* (Vol. XVIII, pp. 13-85) (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1921/1990). Psicologia de grupo e a análise do ego. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud* (Vol. XVIII, pp. 89-179) (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1923a/1990). Uma neurose demoníaca do século XVII. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud* (Vol. XIX, pp. 87-133) (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1923b/1990). O eu e o isso. (O ego e o id). In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud* (Vol. XIX, pp. 13-85) (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1923c/1990). A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud* (Vol. XIX, pp. 179-188) (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1924a/1990). O problema econômico do masoquismo. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud* (Vol. XIX, pp. 197-212) (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1924b/1990). A dissolução do complexo de Édipo. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud* (Vol. XIX, pp. 215-224) (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1925/1990). Inibição, sintoma e angústia. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud* (Vol. XX, pp. 95-201) (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1931/1990). Sexualidade feminina. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud* (Vol. XXI, pp. 257-279) (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1933/1990). Conferência XXXIII, Feminilidade. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud* (Vol. XXII, pp. 113-134) (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1937/1990). Análise finita e infinita. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud*. (Vol. XXII, pp. 113-134) (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1950/1990). Projeto para uma psicologia científica. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud*. (Vol. I, pp. 387- 529) (3ª ed.). Trad. Sob Direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

Fux, S. P. (2000). O gozo específico da psicossomática. *Opção Lacaniana*, 26/27, 71-73.

Gabbi Jr, O. (1994). *Freud: racionalidade, sentido e referência*. Campinas: Editora da UNICAMP.

Garcia-Rosa, L. F. (1991). Sobre as Afasias. In *Introdução à metapsicologia freudiana 1*. (pp. 19-68). Zahar: Rio de Janeiro.

Gazzard B.G., Price H.L., Libby G.W., Dawson A.M. (1978). The social toll of Crohn disease. *Br M J*, 2: 117-119

Geller, S. A. (1994). Pathology of inflammatory bowel disease: a critical appraisal in diagnosis and management. In S. T. Targan, F. Shanahan (editors). *Inflammatory bowel disease: from bench to bedside*. (pp. 336-351). Baltimore: Williams & Wilkins.

Goldberg D. (1970). A psychiatric study of patients with diseases of the small intestine. *Gut*. 54: 378-387

Kirsner J.B. (2001). Historical origins of current IBD concepts. *World J Gastroenterol*. 7: 175-184

Kotse L.M.S., Parolin M.B. (1997). Doenças Inflamatórias Intestinais na Criança. In A. Habr-Gama. (Org.) *Tratamento Cirúrgico da Doença de Crohn*. São Paulo: Ateneu.

Kuhbacher T., Folsch U.R. (2007). Practical guidelines for the treatment of inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol*, 13: 1149-55.

Lacadée, P. (2002). La constipation et la signification érogène. *La petite girafe : morsures du vivant*. Paris: CEREDA/Institut du Champ Freudien.

Lacan, J. (1949/1998). O estágio do espelho como formador da função do eu. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (1953/1998). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (1954/55/1985). *Seminário, Livro 2, O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (1957/1998). A instância da letra ou a razão desde Freud. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (1957/58/1999). *O Seminário, Livro 5, As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (1958/1998). A significação do falo. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (1960/1998). Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (1962/63/2005). *Seminário, Livro 10, A angústia.*. Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (1964/1988). *Seminário, Livro 11, Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise.*
Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (1964/1998). Posição do inconsciente. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar. .

Lacan, J. (1966/2001). O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana*, 32, 8-14.

Lacan, J. (1967/2003). Da psicanálise em suas relações com a realidade. In *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (1969/2003). Nota sobre a criança. In *Outros escritos*. (pp. 369-370). Rio de Janeiro, Zahar.

Lacan, J. (1975/1998). Conferência em Genebra sobre o sintoma. *Opção Lacaniana*, 23, 6-16.

Lacan, J. (1979/2003). Joyce, o Sintoma. In *Outros escritos*. (pp. 560 -566). Rio de Janeiro: Zahar.

Levy R., Wilkins H., Hermann J. (1956). Experiences with prefrontal lobotomy for intractable ulcerative colitis: preliminary report. *JAMA* 1956; 160: 1277-1280.

Lichtman S. N., Sartor R. B. (1994). Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease: clinical and natural history. In S. T. Targan, F. Shanahan (editors). *Inflammatory bowel disease: from bench to bedside*. (pp. 317-335). Baltimore: Williams & Wilkins.

Loffredo, A. M. (1999). Em busca do referente, às voltas com a polissemia dos sonhos: a questão em Freud, Stuart Mill e Lacan. *Percurso*: São Paulo, 10(1), 169-97.

Loffredo, A. M. (2004). A noção de representação na metapsicologia freudiana. In Herrmann, F. & Lowenkron, T. *Pesquisando com o método psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Gerbase, J. (1998). Uma perspectiva clínica. In Miller, J.-A (1998a). *O osso de uma análise*. Salvador: Biblioteca Agente, pp. 7-10.

Mattos, S. (2003). O uso da psicanálise em uma instituição invisível. *Opção Lacaniana*, 38, 38-42.

Miller, J.-A (1990). Algumas reflexões sobre o fenômeno psicossomático. In Wartel, R. *Psicossomática e psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

Miller, J.-A (1994). Extimidad del goce. In Gorali, V. (Org.). *Estúdios de psicomatica*. Buenos Aires: Atuel/Cap.

Miller, J.-A (1998a). *O osso de uma análise*. Salvador: Biblioteca Agente.

Miller, J.-A (1998b). A criança entre a mãe e a mulher. *Opção Lacaniana*, 21, 7-12.

Miller, J.-A (1999). Elementos da biologia lacaniana. Belo horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise.

Miller, J.-A (2000). Os seis paradigmas do gozo. *Opção Lacaniana*, 26/27, 87-105.

Miller, J.-A (2002). Conferência caraquenhás. In *Percurso de Lacan: uma introdução*. (pp. 11-89). Rio de Janeiro: Zahar.

Miller, J.-A (2004). Biologia Lacaniana e acontecimentos de corpo. *Opção Lacaniana*, 41, 7-67.

Miller, J.-A (2005a). Introdução à leitura do Seminário 10 da Angústia de Jacques Lacan. *Opção Lacaniana*, 43, 7-81.

Miller, J.-A (2005b). *Silet: os paradoxos da pulsão, de Freud à Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Miller, J.-A (2005c). Peças avulsas. *Opção Lacaniana*, 44, 9-27.

Monzani, J. R. (1989). *Freud: O movimento de um pensamento*. Campinas, SP: Editora da UNICAMP.

Murray C.D. (1930). Psychogenic factors in the etiology of ulcerative colitis. *Am J Dig Dis*, 180:239

Nusinovici, V. (1991). Sobre o desencadeamento e a evolução da retocolite hemorrágica e da doença de Crohn.. In *O sujeito, o real do corpo e o casal parental*. (pp. 51-69) Salvador: Ágalma.

Pena A.S.M. & Meuwissen S.G.M. (1994). Evidence for clinical subgroups in inflammatory bowel disease. In S. T. Targan, F. Shanahan (editors). *Inflammatory bowel disease: from bench to bedside*. (pp. 272-278). Baltimore: Williams & Wilkins.

Pignatiello, A. (2004). Aplicações da Psicanálise no tratamento de pacientes com enfermidade inflamatória intestinal. *Opção Lacaniana*, 39, 57-63.

Rodrigues, A. L. (2006, janeiro/março). O Professor José Fernandes Pontes e a Medicina sociopsicossomática. *Arq. Gastroenterol*, 43 (1), 4-5.

Rothfuss K.S., Stange E.F., Herrlinger K.R.(2006). Extraintestinal manifestations and complications in inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol*, 12: 4819-31.

Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

Sacket, D. L.; Richardson, W. S.; Rosenberg, W. & Haynes, R. B., (1997). *Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM*. London: Churchill Livingstone.

Sands BE. (2007). Inflammatory bowel disease: past, present, and future. *J Gastroenterol*, 42: 16-25

Schwarz S.P., Blanchard E.B. (1990). Inflammatory bowel disease: a review of the psychological assessment and treatment literature. *Ann Behav Med*, 12: 95-105

Silverberg M.S. (2005). The time has come for NOD/CARD15 testing for families with Crohn disease: pro. *Inflamm Bowel Dis* , 11: 504-6

Simanke, R. T. (2002). *Metapsicologia Lacaniana*. São Paulo: FAPESP.

Souza, P.C. (1999). *As palavras de Freud – o vocabulário freudiano e suas versões*. São Paulo: Ática.

Sullivan A. J. (1935). Psychogenic factors and ulcerative colitis. *Am J Dig Dis*, 2: 651.

Valas, P (1990). Horizontes da psicossomática. In Wartel, R. *Psicossomática e psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

ANEXO

Anexo I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Instruções para preenchimento no verso)

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE :.....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO : Nº
APTO:
BAIRRO: CIDADE
CEP: TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL a própria paciente.(maior de idade).....
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
DOCUMENTO DE IDENTIDADE : SEXO: M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO.:/...../.....
ENDEREÇO: Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE:
CEP: TELEFONE: DDD (.....).

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA ..A função do sintoma físico em pacientes com doenças inflamatórias intestinais (DII): uma leitura psicanalítica.:(Título do Exame de Qualificação).....

.....
.....

PESQUISADOR:Cynthia Nunes de Freitas Farias

CARGO/FUNÇÃO: ..Psicóloga..... INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº06/45808-9.....

UNIDADE DO HCFMUSP: ..Divisão de Psicologia do ICHC.....

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO ☐ RISCO MÍNIMO ☒ RISCO MÉDIO ☐
RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 6 meses.....

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

1. justificativa e os objetivos da pesquisa

As doenças inflamatórias intestinais estão associadas a manifestações clínicas crônicas que podem interferir na rotina de vida de uma pessoa. Fatores emocionais estão envolvidos e podem agravar os sintomas. Esse estudo pretende analisar o impacto dos sintomas físicos das doenças inflamatórias intestinais (Retocolite ulcerativa e doença de Crohn) na vida de uma pessoa, em especial na suas atividades sociais, afetivas e profissionais. Serão estudados os casos de pacientes acompanhados ou em acompanhamento no Serviço de Cirurgia do colon e do reto da II Clínica cirurgica.

2. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais

Trata-se de um estudo teórico-clínico que será desenvolvido a partir da literatura psicanalítica e dos dados registrados no prontuário psicológico dos pacientes

3. desconfortos e riscos esperados

O presente estudo, pelo fato da sua metodologia envolver somente teoria e consulta de dados clínicos já registrados no prontuário do paciente, pode ser considerado como de risco mínimo, ou mesmo inexistente para o paciente. Não são esperados desconfortos ou reações adversas nem riscos proibitivos à continuidade do estudo.

4. benefícios que poderão ser obtidos

Esse estudo é inédito em nosso meio. Em uma pesquisa nas principais base de dados científicos e nos arquivos de teses defendidas nas principais instituições de ensino, não encontramos referências a estudos semelhantes. Espera-se que as conclusões obtidas possam beneficiar a assistência prestadas aos doentes nessa instituição e em outras, no sentido de oferecer um melhor entendimento dos fatores subjetivos envolvidos no adoecimento.

5. procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo

Não se aplica ao presente estudo, uma vez que a metodologia envolve somente teoria e consulta de dados clínicos já registrados no prontuário.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.

O presente estudo será conduzido de acordo com os mais elevados princípios éticos da pesquisa científica envolvendo seres humanos, de acordo com os postulados estabelecidos pela Declaração de Helsinki. A qualquer momento, estará assegurado ao paciente ou a seu responsável legal, o acesso aos procedimentos adotados, ao próprio protocolo de pesquisa. Igualmente, garantimos o acesso às informações quanto aos riscos esperados e aos benefícios da pesquisa, esclarecendo todas as dúvidas, em linguagem clara e compreensível. Além disso, os pesquisadores se comprometem a alertar o paciente, se a qualquer momento da pesquisa, surgirem riscos proibitivos, os quais implicarão o seu imediato cancelamento.

2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.

O paciente, ou seu responsável, poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento, em qualquer fase do estudo. Isso não implicará nenhum tipo de prejuízo à continuidade do seu tratamento, pois continuará recebendo o mesmo tratamento dispensados aos doentes assistidos na instituição.

3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

Os dados coletados, as informações obtidas e os resultados da pesquisa estarão protegidos pela confidencialidade e sigilo quanto à identificação do paciente, conforme preceituam os Códigos de Deontologia. Será assegurada a privacidade do paciente em todas as fases do estudo.

4. disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.

Embora não sejam esperados riscos ou danos aumentados à saúde, o paciente poderá recorrer à assistência no HCFMUSP, Divisão de Psicologia, para tratamentos adicionais, que porventura se tornem necessários em decorrência de eventuais danos relacionados à pesquisa, principalmente no que se refere à saúde mental.

5. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

Não prevista, pois se trata de estudo cujo risco foi avaliado como mínimo ou mesmo inexistente em função da sua metodologia. (teoria e consulta de dados clínicos já registrados no prontuário).

**V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS
PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE
INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.**

Psicóloga Cynthia Nunes de Freitas Farias

Enfermaria de Cólon e Reto do Hospital das Clínicas, Instituto Central, 9 andar ou

Divisão de Psicologia do ICHC, 4 andar do PAMB

Telefone: 30696459/30851465

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, de de 20 .

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome Legível)