

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
NÚCLEO DE PSICANÁLISE

O CORPO E O REAL: ESCRITOS SOBRE A DOR

Luciane Loss Jardim

São Paulo, 2005.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
NÚCLEO DE PSICANÁLISE

O CORPO E O REAL: ESCRITOS SOBRE A DOR

Luciane Loss Jardim

Trabalho apresentado à Banca Examinadora
da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial
para obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica
– Área de Concentração em Psicanálise,
sob a orientação da Prof.a. Dra. Maria Lucia Vieira Violante

São Paulo, 2005.

Folha de Aprovação da Banca Examinadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora Profa. Dra. Maria Lúcia Vieira Violante, por sua generosa acolhida e o interesse e respeito pelo meu trabalho.

Ao Adão Luiz Lopes da Costa pela sua análise de controle e suas inúmeras contribuições para a realização desta tese.

À Liselotte Menke Barea que me possibilitou trabalhar no Ambulatório de Neurologia do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre e através deste se abriu a possibilidade de acesso aos casos clínicos apresentados neste trabalho.

Ao meu marido Marcelo Benevenuto Jardim pelo seu constante incentivo e apoio na realização deste doutorado, além de sua valiosa colaboração na impressão e envio do material escrito para São Paulo.

Finalmente, à minha mãe Lucy Lucas da Luz e à minha sogra Maria Ivone Benevenuto Jardim por cuidarem da minha filha pequena enquanto eu escrevia esta tese.

RESUMO

Este trabalho investiga a questão do corpo no registro do real a partir do atendimento psicanalítico de alguns pacientes do Ambulatório de Neurologia-Cefaléia do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre. A fundamentação teórica deste estudo é a psicanálise, enquanto teoria e método de investigação do inconsciente. O objetivo deste estudo é revelar que em sujeitos acometidos de dor, como no caso de pacientes que sofrem de cefaléias primárias, o corpo ou parte deste permanece no registro do real. Desta forma, defendo a tese, segundo a qual, o corpo dolorido é um corpo real, uma vez que há uma impossibilidade de inscrição significativa pelo Outro, em função de um real que se impõe na vida dos sujeitos. As dores dos pacientes são dores reais em um corpo não inscrito no registro imaginário e nem no registro simbólico.

ABSTRACT

This work investigates the question of the body in the record of the real one from the service psychoanalytic of some patients attended in the Outpatient Clinic of Neurology- Headache Disorders of the Complex Hospital Santa Casa de Porto Alegre. The theoretical substantiation of this study is psychoanalysis, while theory and technique of inquiry of the unconscious one. The objective of this study is going to show that the people who had pain, as in the case of patients who suffer from primary chronic headache, the body or part of this it remains in the register of the real. Indeed, I defend the thesis, according to which, pain body is a real body, while there is a impossibility in the inscription of the significant for the Other, because there are a real that if imposes in the life of this people. Pains of the patients are real pains in a body or parts of the body not itself inscribed in the symbolic and imaginary one.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	8
1. O CORPO DO DISCURSO MÉDICO	8
1	
1. MENTE E CÉREBRO: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	19
2	
1. A SUBVERSÃO DO CORPO NA PSICANÁLISE	36
3	
1. O CORPO NA PSICANÁLISE LACANIANA	42
4	
1. A DIREÇÃO DA CURA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA	66
5	
2 A CLÍNICA PSICANALÍTICA	75
2. A CLÍNICA PSICANALÍTICA NO AMBULATÓRIO DE	
1 NEUROLOGIA	75
2. INSCREVENDO E ESCREVENDO O CORPO, O CASO DE	
2 JOANA	82
2. A DOR DA EXISTÊNCIA E A EXISTÊNCIA DA DOR	90
3	
2. DO CORPO REAL AO CORPO PARCIAL	96
4	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106

INTRODUÇÃO

Este estudo aborda a questão do corpo no registro do real a partir da perspectiva da psicanálise lacaniana. Consiste em trabalho de investigação analítica de pacientes atendidos no Ambulatório de Neurologia-Cefaléia do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre.

A psicanálise lacaniana toma a questão do corpo pelo ponto de vista do “falasser”¹, pois o corpo é um corpo falado, tecido pela cadeia significante a partir da relação com o Outro, corpo inscrito na linguagem e escrito por ela. Em um primeiro momento, o corpo organiza-se como corpo imaginário, estruturado a partir da fase do espelho. É somente com a mediação de um terceiro que o corpo se tornará simbólico. A partir do momento que passa a ser nomeado pelo Outro é que ocorre a incorporação da linguagem no corpo.

Por conseguinte, o resultado desta operação produz um resto, denominado objeto “a”. Este se separa do corpo, causando o desejo no sujeito, sendo portanto um objeto cortado e perdido do corpo do sujeito. O significante inscreve-se no corpo, produzindo um corte

¹ “Falasser” é a tradução do termo usado por Lacan, “parlêtre”, que aponta para a condição de ser do sujeito ao falar.

entre o sujeito e o objeto que é causa do desejo. O sujeito fica, irremediavelmente, separado do seu objeto, condição necessária para a inscrição do sujeito desejante. Portanto, esse objeto cortado, irrecuperável, é perdido nos diferentes níveis da experiência corporal, nos quais se produz o corte no trabalho do significante. Isto é o substrato da função da causa, ou seja, a inscrição significante separa sujeito e objeto, causando um sujeito desejante. Em outras palavras, a causa é o corpo parcial, uma vez que o corpo marcado pelos significantes produz uma operação na qual a gestalt do corpo é perdida.

Com efeito, nesta operação de entrada do sujeito na linguagem, algo fica de fora, que é da ordem do real, que não cessa de não se inscrever, do impossível de dizer, do não-dito. Este não-dito, como nos mostra Lacan, pode ter raízes com o corpo; é a libra de carne, trata-se de um corpo não-simbolizado, trata-se de um resto que permanece no registro do real. Isto significa que o corpo se constitui em três registros, a saber, real, imaginário e simbólico. O real, portanto, está presente com algo que resta no corpo mesmo após o corte entre o sujeito e o objeto operado pelo simbólico e o imaginário.

Desta forma, a presente tese tem como objetivo revelar que em sujeitos acometidos de dor, como no caso de pacientes que sofrem de cefaléias primárias, o real não se apresenta apenas como um resto que resta no corpo. O corpo ou parte deste permanece no registro do real, não se inscrevendo no registro imaginário nem no simbólico à medida que há uma impossibilidade na inscrição significante desse corpo pelo outro/Outro.

O interesse por este estudo nasce de antiga indagação decorrente de minha experiência de trabalho em instituições hospitalares.

Trabalhei alguns anos em um ambulatório de mastologia, com pacientes com câncer de mama. Depois, esse trabalho se estendeu, em nível de consultório particular, a pacientes que sofriam de asma, diabetes, aids, úlceras e outras doenças do aparelho digestivo.

Em um primeiro momento, produzi minha dissertação de mestrado. Na época, trabalhava no Instituto da Mama do Rio Grande do Sul com pacientes com câncer de mama e surgiu a oportunidade de escutar mulheres que estavam se submetendo a uma pesquisa genética sobre o risco familiar de câncer de mama. Este estudo fez parte de pesquisa mais ampla, realizada pelo Banco Nacional de DNA, criado através de um projeto executado junto ao Ministério da Saúde. Neste contexto, me surgiram as seguintes questões: Que espaço existe, dentro de uma pesquisa genética, para acolher as angústias, os medos e as fantasias dessas mulheres em relação ao risco familiar de câncer de mama? Que interlocução pode a psicanálise fazer com a genética? Diante dos avanços da ciência e da tecnologia, qual a posição do psicanalista? De que forma se articula a filiação desse sujeito que vem buscá-la fora do simbólico, mas no real, no corpo, nos genes? Como a função paterna está nos genes, o sujeito nada teria a ver com sua filiação? Como está articulada para o sujeito sua filiação simbólica frente à herança genética? Algumas das respostas para estas questões eu publiquei em artigos de revistas nacionais ².

Com base nisso, algumas elaborações foram feitas, e, no de-

2 Jardim, Luciane Loss. O risco familiar de câncer de mama: a psicanálise diante da pesquisa genética. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. Vol. VI, nº 4, dezembro/2003.; Loss, Luciane da Luz. "Seres Humanos Cristalizados": intersecções entre a psicanálise e a pesquisa genética. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre: De Um ao Outro Século: a Psicanálise. Nº18, p. 55-64. Junho/2000. ;Loss, Luciane da Luz. A pesquisa genética e suas implicações sociais e subjetivas. Barbarói. Santa Cruz do Sul, N.º 8, p.83-87. Jan./jun.1998. ; Loss, Luciane da Luz. O Risco Familiar de Câncer de Mama: Entre a Herança e a Hereditariedade. Boletim de Novidades da Livraria Pulsional. São Paulo., N.º 107, Ano XI, p. 25-30. Março de 1998.

correr do tempo, outras questões foram surgindo. Assim, a oportunidade de trabalhar e de atender pacientes junto a uma equipe de médicos neurologistas dentro do complexo hospitalar da Santa Casa de Porto Alegre veio ao encontro das minhas questões de trabalho e estudo. Os fragmentos dos casos clínicos relatados nesta tese são de pacientes atendidos no Ambulatório de Neurologia do referido hospital.

Com efeito, é necessário ressaltar que existem algumas questões, no que concerne ao corpo, na psicanálise, que me acompanham há algum tempo, desde o início do meu trabalho como psicóloga hospitalar e da minha formação como psicanalista. Mais explicitamente, poderia recolocá-las da seguinte forma: Será que é possível, através da psicanálise, reinventar o sofrimento do sujeito com o seu corpo? Será possível escrever outra estória para este sujeito-corpo que sofre?

Uma vez que essa questão insiste, e posso dizer que insiste em não se inscrever, resta-me escrever uma tese de doutorado que trate do problema do real do corpo na psicanálise, na tentativa de fazer buracos neste real, por meio de um ato simbólico como a escrita.

A fundamentação teórica deste estudo é a psicanálise como teoria e método de investigação do inconsciente. Sigmund Freud e Jacques Lacan ocupam lugar privilegiado neste trabalho, uma vez que, com eles, muitas das minhas questões obtiveram resposta, tendo sido muitas outras colocadas pelo ensino deles.

Jacques Lacan foi um dos grandes intérpretes da história do freudismo, um verdadeiro mestre da psicanálise na França, com um ensino certamente complexo, mas perfeitamente compreensível. As contribuições de Lacan para a minha tese de doutorado são essenciais, uma vez que a noção de corpo parcial, postulada pelo autor,

rompe com a dicotomia cartesiana de corpo e alma. De mais a mais, a compreensão do estatuto do corpo a partir da psicanálise lacaniana possibilita uma intervenção analítica que pode vir a produzir inscrição significativa, permitindo escrever outra estória para o corpo do sujeito.

Conforme dito anteriormente, o método de investigação deste estudo é o psicanalítico, que consiste, a um só tempo, em uma teoria sobre o psiquismo, em um método de investigação do inconsciente e em uma técnica terapêutica. É a partir deste ponto de vista que pretendo trabalhar a questão do corpo nos pacientes com dor.

Para o paciente com dor, esta lhe é estranha, estrangeira, algo que não lhe diz respeito. No primeiro momento da clínica analítica com pacientes que sofrem de cefaléia, a fala discorre sobre os fatos, as dores, os procedimentos e os medicamentos. A dor no corpo e na cabeça são assuntos repisados constantemente. É algo da ordem do real que persiste em não se inscrever, como um paciente que insistente e repetidamente, diz : “Tudo na mesma”, referindo-se a sua realidade/dor.

A dor é um encontro com o real, com o impossível de se dizer, com aquilo que é não-simbólico do Outro. Neste sentido, coloca em causa uma questão fundamental à psicanálise, a saber, o gozo, que se explicita no registro do real. E, falar de gozo, é falar, também, do corpo enquanto substância que goza de si mesma.

Nesta perspectiva, o primeiro relato de caso, que tem como título, *Inscrevendo e escrevendo o corpo, o caso de Joana*, vai ao encontro de articular estas questões, a saber, o real, o gozo, o corpo e a dor. Trata-se do caso de uma paciente que não consegue desenhar/escrever o corpo. Joana nasceu com uma doença denominada de hemiplasia congênita da supra-renal, é um caso de hermafrodi-

tismo. Isto impossibilitou, inicialmente, o investimento narcísico do outro em seu corpo e, conseqüentemente, a inscrição de significantes neste corpo pelo Outro. A inscrição do seu corpo permaneceu atrelada ao real, as dimensões imaginária e simbólica permaneceram sem escritura, mantendo o corpo do sujeito ligado ao impossível, a um real que não pode ser dito. A paciente, também, sofre de cefaléia primária, é o encontro com o real e o sexual de seu corpo. O sexo é, literalmente, uma dor de cabeça.

No recorte clínico apresentado na sequência, denominado *A dor da existência e a existência da dor*, as dores de cabeça da paciente são um encontro com o real, mantendo o seu corpo neste registro. Houve, neste caso, uma impossibilidade de inscrição significativa, devido à emergência de um real, relativo a uma perda traumática. O gozo preponderantemente masoquista, neste caso, barra a entrada do significante no corpo. O gozo, nos disse Lacan, é real, portanto, as inscrições significantes esvaziam o corpo de real, ou seja, fazem buracos no corpo, buracos no real excluindo o gozo. Com efeito, o corpo do sujeito goza ilimitadamente, permanecendo atrelado ao real.

No subcapítulo seguinte, intitulado *Do corpo real ao corpo parcial*, apresento alguns recortes clínicos com o intuito de pontuar a intervenção do analista e a direção da cura no que concerne à questão do real na clínica psicanalítica. Partindo da tese a ser defendida apresento duas situações clínicas nas quais o corpo ou parte deste que estavam no registro do real passam ao estatuto de corpo parcial. O corpo dolorido, devido à intervenção analítica, se inscreve e se escreve como um corpo em seu lugar.

De todos os pacientes analisados por mim, selecionei, para os fins desta pesquisa, aqueles cujo material clínico mostrou-se mais

evidente para a defesa desta tese.

Assim, minha experiência clínica e as contribuições de Freud e Lacan acerca do corpo permitem-me contribuir com uma hipótese teórica sobre a questão do corpo para a psicanálise.

Foi então, que formulei a tese, segundo a qual, o corpo dolorido, portanto, é um corpo real. Isto significa que o corpo dolorido permanece no registro do real a medida que não há inscrição significativa pelo Outro, em função de um real que se impõe na vida dos sujeitos. As dores dos pacientes são dores reais em um corpo ou em parte deste não inscrito no registro imaginário e nem no registro simbólico. Em outras palavras, o corpo, nestas situações clínicas, não é um corpo parcial e sim, um corpo total. Isto significa que o corpo é real, ou seja, é um corpo não marcado pelos significantes, um corpo absoluto, que goza em toda a sua superfície.

1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 – O CORPO DO DISCURSO MÉDICO

Foucault³ localiza o nascimento da medicina moderna, ou seja, do saber médico como ciência científica e positivista, nos últimos anos do século XVIII, quando o corpo humano passa a ser descrito e olhado de forma totalmente diferente em relação ao que ocorria nos séculos anteriores. Aquilo que tinha permanecido abaixo do limiar do visível e do enunciável passa a ser olhado minuciosamente e esquadrihado, fundando a objetividade científica.

A constituição da racionalidade anatomoclínica, como a denomina o autor, possibilitou a construção de um saber médico, na sociedade moderna, que tem como objeto a doença, ou o indivíduo como corpo doente. Este saber médico, por sua vez, passou a ser articulado às práticas sociais, principalmente no que concerne à medicina e a seu ensino dentro do contexto hospitalar. Ensino e assistência médica se amalgamaram no hospital, e as manifestações patológicas passaram a ser observadas como uma série no campo hospita-

³ FOUCAULT, Michel. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

lar.

De acordo com o autor, a clínica médica, a partir de Xavier Bichat, foi marcada pela soberania do olhar: ver era perceber, nas concepções de Descartes e de Malebranche. É uma “época que marca a soberania do olhar, visto que no mesmo campo perceptivo, seguindo as mesmas continuidades ou as mesmas falhas, a experiência lê, de uma só vez, as lesões visíveis do organismo e a coerência das formas patológicas”⁴. Portanto, o olhar determina o corpo do indivíduo, organizando uma linguagem racional sobre ele, ou seja, um discurso de estrutura científica sobre o ser humano. É “uma clínica inteiramente ordenada pela anatomia patológica. É a idade de Bichat”⁵.

Segundo Foucault⁶, para que o médico conheça a verdade do fato patológico deve abstrair o doente. Este deve ser considerado como um fato exterior em relação à sua doença. O conhecimento das doenças é a bússola do médico, e o paciente só deve entrar na leitura médica para ser colocado entre parenteses.

Um dos campos de investigação de Foucault é a formação discursiva que vem a definir a prática discursiva, a qual compreende regras de funcionamento dos objetos, das formas enunciativas dos indivíduos, dos conceitos, temas e teorias. Na análise do autor, uma prática discursiva se define por “um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiriam, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou lingüística, as condições de exercício da função

⁴ Idem, p.2

⁵ Idem, p.139.

⁶ Idem, p.7

enunciativa.”⁷

Com efeito, para Foucault, a produção de discursos na sociedade é organizada e controlada por procedimentos tais como “os rituais da palavra, as sociedades de discurso, os grupos doutrinários e as apropriações sociais”⁸, que dizem das condições de funcionamento dos discursos. Nesta perspectiva, o discurso médico, na compreensão do autor, está associado aos rituais da palavra, que preestabelecem os papéis para os sujeitos que falam e para os que são falados por aqueles.

Lacan⁹, no seminário denominado *O avesso da psicanálise*, propõe a teoria dos quatro discursos, que é a organização da linguagem específica das relações do sujeito com o significante e com o objeto que determina e regula as formas do vínculo social. Os discursos – a saber, discurso do mestre, discurso universitário, discurso da histórica e discurso do analista – organizam-se a partir da posição dos elementos S1, significante mestre; S2, o conjunto de significantes, designado como saber; \$, sujeito do inconsciente; e o objeto “a”, objeto-causa do desejo.

Lacan apresenta a elaboração destes discursos por meio de um algoritmo. Inicia propondo a formalização do discurso do mestre, que trata, ao mesmo tempo, da constituição do sujeito:

<u>S1</u>	<u>S2</u>
\$	a

Nesta disposição, o S1 designa um significante que representa

⁷ FOUCAULT, Michael. *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p.48.

⁸ FOUCAULT, Michael. *A ordem do discurso*. Aula Inaugural no Collège de France pronunciada em 2/12/1970. São Paulo: Loyola, 1996, p.67.

⁹ LACAN, Jacques. (1969-1970) *O Seminário, Livro 17. O Avesso da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge

o sujeito junto ao conjunto dos significantes, representado por S2. O S barrado indica que o sujeito não é autônomo, mas atravessado pelo significante. Este, por sua vez, determina o sujeito que não tem relação direta com o objeto “a”, pois não existe acesso direto do sujeito ao objeto do seu desejo. O fato de o significante mestre estar sobre a barra, sobre o sujeito barrado, demonstra o assujeitamento do sujeito ao enunciado de um mandamento, seu apego à palavra de ordem.

De acordo com Clauvrel¹⁰, o discurso médico é o que se encontra mais próximo do discurso do mestre, que tem como característica a exclusão da subjetividade. Isso não significa que a subjetividade não esteja presente, mas não tem nenhuma importância, pelo fato de que o discurso do mestre se sustenta independentemente da subjetividade daquele que o enuncia. “A retirada da subjetividade no discurso do mestre se escreve colocando o \$ sob a barra, para mostrar que o sujeito não está no discurso manifesto.”¹¹

Ainda, segundo Clauvrel, o discurso médico, ao definir o indivíduo como normal ou anormal, impõe a qualquer preço a sobrevivência ou a eliminação daquilo que seleciona em função dos seus critérios. A objetividade e a totalidade do discurso médico instituem uma ordem na qual o sujeito fica tomado.

Nesta perspectiva, o autor propõe que o médico seja funcionário do discurso médico; na medida em que seu saber faz parte de um corpo de saber, cada médico terá um outro acima dele, que sabe mais do que ele próprio. Não sendo ele, será o médico titular, ou o especialista, ou, ainda, os pesquisadores que descobrirão o não-

Zahar, 1992.

¹⁰ CLAUVREL, Jean. *A ordem médica*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

sabido da doença, pois os seus estudos visam a impor a justa relação com o saber fornecido pela ciência. O doente ocupa a posição de não saber diante do representante deste discurso.

Na compreensão de Clauvrel sobre o tema, a doença no discurso médico é o seu objeto, assim como o produto do discurso do mestre é a constituição de um objeto. O objeto vem ocupar o lugar do objeto “*a*” como lugar do desconhecido do desejo. Neste discurso, o objeto “*a*” aparecerá enquanto subsumido pelos significantes do discurso do mestre.

Com efeito, o autor conclui que toda descoberta científica suprime a divisão do sujeito, nomina o corpo e a doença, fazendo o diagnóstico e constituindo, com seu ato, a enfermidade como tal. Com isso, passa, portanto, a ocupar o lugar de mestria para o sujeito, visto que quem sabe sobre o seu estado e sua existência é a medicina. O sujeito resta como um corpo enfermo.

O discurso universitário, compreendido como prolongamento do discurso do mestre, é o detentor deste saber e tem o seguinte algoritmo:

$$\begin{array}{ccc} \underline{S2} & \rightarrow & \underline{a} \\ S1 & & \$ \end{array}$$

Nesta formalização do discurso, o saber é considerado enquanto tal, e não como relativo aos significantes que o constituem. É desta forma que o discurso universitário prescreve o tratamento, para extrair o mal deste corpo, prescrição que o sujeito deve seguir à risca, se quiser se curar.

Do que foi visto, compreendo que o discurso médico, com o

¹¹ Idem, p. 170

seu objeto de estudo e investigação, geralmente, não considera o sujeito desejante como implicado no seu adoecer. No discurso do mestre, equivalente ao discurso da medicina, o sujeito pode estar excluído, é um corpo que sofre e que deve ser diagnosticado e tratado. O sujeito pode ser reduzido a uma classificação nosográfica. Quem sofre e por que sofre não estão contemplados.

Pelo decurso da argumentação precedente, entendo que desde Descartes¹², a ciência, em geral, passou a buscar o estatuto da cientificidade com base nos princípios da razão e da objetividade. O pensamento filosófico cartesiano tem como princípios desfazer-se de todas as opiniões, crenças e impressões que não são capazes de fundamentar conhecimentos satisfatoriamente exatos.

Na proposição cartesiana “penso, logo existo”¹³, a existência do sujeito está colocada em seu pensamento, um pensamento claro e distinto das idéias, o que só é possível com o rigor da matemática. Pensamento independente do corpo, pensamento livre das paixões do corpo, de sensações, dores, inclinações, satisfações e insatisfações. Pensamento e corpo, “res extensa”, são definidos como substâncias perfeitamente distintas, porém coexistentes, representadas pela dualidade corpo-alma.

Nesta perspectiva, entendo que a medicina, ao adotar o pensamento cartesiano, rompeu com a tradição grega, separando radicalmente o corpo e a alma. A medicina se consagrou nesses novos parâmetros, que confluíram, no século XIX, para as grandes descobertas científicas dos fatores etiológicos de inúmeras doenças e o desenvolvimento de novos recursos diagnósticos e terapêuticos.

¹² DESCARTES· René. *Discurso del método*. Madrid: Sarpe, 1981.

¹³ Idem, *ibidem*.

Como sublinham Garrafa e Berlinguer¹⁴, no que concerne ao avanço e desenvolvimento da ciência, o século XX foi o século da vida. O conhecimento sobre a própria vida e as descobertas científicas proporcionaram uma melhora na qualidade de vida do ser humano. A partir do conhecimento científico, pela primeira vez, a duração média de vida aproximou-se dos anos indicados como o destino "normal". A saúde dos trabalhadores foi defendida e sua dignidade reconhecida em muitos países, nos quais se viu emergirem os direitos vitais, jurídicos e culturais das mulheres. Existiu uma substancial valorização do corpo, com as ciências biológicas chegando a descobertas fantásticas, para benefício dos indivíduos e das populações.

Fédida e Widlocher¹⁵ argumentam, em relação às neurociências, que é “evidentemente inútil contestar a importância de tais contribuições para a abordagem do homem doente, [...]”. No entanto, “é necessário garantir a complexidade de todo o pensamento sobre o psíquico, levando intrinsecamente em conta a incidência do neurobiológico e do neurofarmacológico”.¹⁶

Portanto, não tratamos aqui de criticar o discurso médico que, para avançar, no sentido de se tornar cada vez mais preciso e pontual no que tange aos diagnósticos e tratamentos, precisa dissecar o corpo dentro dos cânones da observação científica por meio de metodologia que pode excluir o sujeito.

Na argumentação de Lacan¹⁷, a medicina entra em sua fase ci-

¹⁴ GARRAFA, V. & BERLINGUER, G. Os limites da manipulação. *Folha de São Paulo, Caderno Mais*, 1/12/1996.

¹⁵ FÉDIDA e WIDLOCHER. “Apresentação”. IN: FÉDIDA, Pierre (org) *Comunicação e representação*. São Paulo, Escuta, 1989, p.13.

¹⁶ Idem, *ibidem*.

¹⁷ LACAN, Jacques. (1966) *Psicoanálisis y Medicina*, In: *Intervenciones y Textos*. Buenos Aires: Ma-

entífica, uma vez que passa a incluir todos os indivíduos nos seus efeitos, ou seja, o mundo passou a exigir que ela proporcione as condições necessárias à vida de todos. Embora o funcionamento do corpo humano tenha sido sempre objeto de investigação, de acordo com o contexto social – porque este passou a concernir a todos os indivíduos –, tornou-se necessário que a engrenagem do corpo humano obtivesse estatuto científico.

Segundo Courel¹⁸, o desenvolvimento das disciplinas biológicas transforma profundamente a clínica médica, pois os médicos buscam legitimar sua prática, quase que exclusivamente pelo respaldo que a ciência pode oferecer. A análise do autor enfatiza a inegável contribuição dos avanços da ciência na luta contra as enfermidades. Entretanto, salienta que há aspectos da assistência médica nos quais os benefícios não são óbvios, uma vez que o médico deixa de lado as enfermidades que não têm definição claramente orgânica. Sob a influência da ciência moderna, a medicina busca selecionar as enfermidades que apresentam leituras clínicas consideradas legítimas, privilegiando avaliações possibilitadas pelos recursos da tecnologia médica.

Lacan¹⁹ argumenta que o desenvolvimento científico inaugura e coloca em primeiro plano o direito do homem à saúde. O poder da ciência confere ao homem a possibilidade de pedir ao médico a sua cota de benefícios, o que imediatamente se configura em uma demanda dirigida ao médico.

E é na forma de resposta a essa demanda do paciente, segundo Lacan, que está a possibilidade de sobrevivência da posição propri-

nantial, 1985.

¹⁸ COUREL, Raúl. *La Cuestion Psicomatica*. Buenos Aires: Manantial, 1996.

amente médica. Pois, a demanda do paciente coloca o médico à prova, pelo fato de que solicita que este o retire de sua condição de doente. Entretanto, aquilo que o paciente demanda não é em nada idêntico àquilo que ele deseja; na maioria das vezes, é diametralmente o oposto. O doente pode estar completamente amarrado à idéia de conservar sua doença. Em outras situações, o paciente demanda ser reconhecido como enfermo, ou mesmo, que lhe seja preservada essa condição.

Portanto, para Lacan, a função médica é exercida na dimensão da demanda, diferente do trabalho do analista, que se ocupa da questão do desejo. Destaca que “Freud [...] inventou o que devia responder à subversão da posição do médico em função do avanço da ciência: a saber, a psicanálise como prática.”²⁰

No desdobramento desta questão, Lacan aponta que a dimensão do corpo, enquanto corpo que goza de si mesmo, permanece excluída, em função da separação cartesiana entre pensamento e extensão. Acrescenta, no que concerne aos efeitos do progresso da medicina sobre o corpo humano, que se trata de uma “falha epistemo-somática”²¹, uma vez que a medicina propõe o corpo no seu “registro purificado.[...]Um corpo é algo que é feito para gozar, gozar de si mesmo. A dimensão do gozo está excluída completamente do que chamei de relação epistemo-somática. Pois a ciência não é incapaz de saber que pode, mas, igual ao sujeito que engendra, não pode saber o que quer”.²²

Com efeito, depreendo, a partir desta argumentação de Lacan,

¹⁹ LACAN, Jacques (1966) Op. cit.

²⁰ Idem, p.92.

²¹ Idem, ibidem.

²² Idem, ibidem.

que o limite da ciência é epistemológico; não é questão de ignorância da medicina o fato de não se ocupar do desejo, trata-se do desconhecimento de quem não pode, de quem não quer saber. Pois o corpo purificado da medicina é um corpo sem gozo, um corpo cartesiano, no qual coexiste a dualidade corpo e alma.

De acordo com Courel²³, a brecha aberta pela dualidade de pensamento e corpo, formulada por Descartes, é o ponto no qual a psicanálise vai recolher o que a ciência exclui. Todavia, não é somente o corpo separado do sujeito pela dicotomia cartesiana que foi perdido pelo sujeito da ciência, mas também o “corpo feito para gozar de si mesmo”, como diz Lacan²⁴. Essa perda ou falta se refere ao termo privação, e está na raiz da insistência com que o sujeito buscará suturar a brecha que o separa de seu corpo.

Seguindo na análise deste tema, Courel propõe que, apesar de a potência curativa que a medicina recebeu da ciência possuir uma dívida com Descartes, a medicina em sua essência mesma não consegue ser cartesiana. E isso se dá porque, na relação terapêutica médico-paciente, por mais que o médico tente se ocupar do corpo dissecado pela ciência, dentro dos cânones da observação científica existe a perspectiva geral sobre o paciente. Isto significa que há no ato médico o pensamento de um corpo idealmente saudável e, nesta relação existe um afeto em jogo, uma vez que ocorre um corpo afetado, um corpo em sofrimento, que outro homem, graças ao conhecimento, vai devolver são.

Portanto, concluo que o fenômeno da enfermidade fica relativizado, pois sua evolução não depende somente do que padece o su-

²³ COUREL, Raúl. (1996) Op.cit.

²⁴ LACAN, Jacques. (1966) Op. cit.,p.92.

jeito, vincula-se também ao desejo do médico e do paciente nesta busca. E nesse ponto a psicanálise pode aportar um saber, no campo da medicina, sobre o fenômeno da transferência.

Nos primórdios do século XX, segundo Sabbatini²⁵, observou-se enorme avanço científico, principalmente no campo da neurofarmacologia. A descoberta de como o sistema nervoso trabalha em nível celular constitui um dos mais fascinantes e ricos episódios da história da ciência, e isso se deve, principalmente, a razões tecnológicas. Segundo o autor, o primeiro grande passo, ou seja, a descoberta de neurônios, dendritos e axônios, deveu-se à invenção do microscópio acromático moderno, em 1824. O segundo grande passo, a descoberta de que os neurônios não se fundem, e que os dendritos e axônios fazem parte dos neurônios, foi devido à descoberta do método de coloração da prata, por Golgi e Cajal, em 1887. O terceiro grande passo foi conseguido apenas com as técnicas microeletrofisiológicas, com os equipamentos eletrônicos de amplificação de alto ganho, na década de 40, e com a microscopia eletrônica, na década de 50. Com isso, os derradeiros fatos fundamentais sobre a sinapse dos neurônios foram conquistados pelo conhecimento científico.

Nesta perspectiva, entendo que, com os avanços da ciência moderna, o médico é cada vez mais convocado a operar, em sua prática, como cientista. Entretanto, ele sempre foi mais do que um cientista. Há pouco tempo atrás, a figura do médico de família era a do sábio, do conselheiro que unia os cuidados do corpo a um bom manejo da transferência, pois sempre foi nesse terreno que a medicina operou.

²⁵ SABBATINI, R. Neurônios e Sinapses: A História de Sua Descoberta, In *Revista Cérebro & Mente*, 17, Maio-Agosto de 2003.

Os imperativos do mercado capitalista – que financia as pesquisas responsáveis por novas drogas, as quais, por sua vez, precisam ser consumidas para financiar novas pesquisas – exigem que o médico seja objetivo e seguro. Isso o leva, muitas vezes, a trabalhar fora do campo da transferência, acarretando a exclusão do sujeito. Os médicos sabem que, muitas vezes, o sujeito melhora para ele, ou piora para desafiá-lo e para obter mais cuidados, e é com isto que lidam em sua prática cotidiana, para além dos medicamentos.

1.2 – MENTE E CÉREBRO: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Dado que me propus a estudar alguns casos de pacientes encaminhados da clínica médica neurológica e a analisá-los sob a óptica da psicanálise, não posso deixar de mencionar uma discussão que remonta às origens da psicanálise, quando se separou da neurologia, a saber, a questão que envolve o psiquismo e o cérebro.

Minha perspectiva é revelar que conheço aquilo que vem sendo debatido sobre este assunto, uma vez que, de alguma forma, o tema desta tese concerne a estas questões. A polêmica sobre as conexões entre mente e cérebro é extremamente atual. Quanto a isso, pretendo tecer algumas considerações que julgo serem importantes.

O tema em questão é inaugurado pelo próprio pai da psicanálise. Sigmund Freud era médico e neurologista e, segundo Sacks²⁶, durante vinte anos, de 1876 a 1896, ele foi primordialmente neurolo-

²⁶ SACKS, Oliver. Sigmund Freud: A outra estrada, In: Guttman, G. & Scholz-Strasser, I. *Freud and the Neurosciences: from brain research to the Unconscious*, Viena: Verlag der Österreichischen Akademie der Wissenschaften, 1998.

gista e anatomista. Sacks ainda argumenta que a atividade neurológica de Freud é a precursora e, talvez, essencial para sua atividade psicanalítica. Freud torna-se médico, pois tinha uma antiga e duradoura paixão por Darwin, cujas teorias sobre as primeiras formas e origens do sistema nervoso o haviam influenciado sobremaneira e, talvez tenham determinado, mais tarde, os rumos que Freud toma em suas investigações sobre o cérebro e a mente humana.

Durante alguns anos, segundo o autor, Freud passou algum tempo trabalhando no hospital geral de Viena, o que lhe possibilitou desenvolver suas habilidades de observador clínico e de neurologista. A clínica privada de Freud, a partir de 1886, era uma mistura de pacientes: alguns com distúrbios ou transtornos neurológicos cotidianos — ataques, tremores, neuropatias, avcs, enxaquecas —, outros com doenças funcionais — histerias, obsessões e neuroses de vários tipos.

Quando Freud iniciou suas investigações sobre as afasias, ficou convencido de que era preciso uma visão mais dinâmica do cérebro. Segundo Kurcgant e Pereira²⁷, Freud utilizou a concepção hierárquica de sistema nervoso proposta pelo neurologista inglês H. Jackson, em seu livro sobre a afasia. A visão hierárquica do sistema nervoso desenvolvida por Jackson recebeu influência tanto de *A origem das espécies*, de Darwin, quanto da filosofia evolucionista de Herbert Spencer, no início da década de 1860. Na atualidade, as idéias de Jackson influenciam pesquisas neurológicas sobre as funções cognitivas.

²⁷ KURCGANT, D. & PEREIRA, M.E.C. A teoria de John Huggings Jackson sobre a evolução do sistema nervoso: observações clínicas, influências e repercursões. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Vol. VI – n 1 – março 2003.

De acordo com Sacks²⁸, Freud vai além de Jackson quando compreende que no cérebro não existem centros ou funções autônomos ou isolados, mas, ao contrário, sistemas de realização de metas cognitivas — sistemas com muitos componentes e que podem ser criados ou grandemente modificados pelas experiências do indivíduo. Mais exatamente, deve-se pensar em um sistema ou em sistemas sendo construídos no cérebro enquanto a pessoa aprende. E essa foi uma admirável antecipação da noção de “sistemas funcionais”, desenvolvida por A. R. Luria, o fundador da neuropsicologia, cinquenta anos depois.

Em seu *Projeto para uma psicologia científica*, Freud faz a tentativa teórica de delinear as bases neuronais dos estados mentais, “a intenção é prover uma psicologia que seja ciência natural: isto é, representar os processos psíquicos como estados quantitativamente determinados de partículas materiais especificáveis, [...]”²⁹.

Compreendo que o *Projeto* seja de difícil leitura, em parte devido à dificuldade intrínseca e à originalidade de muitos conceitos, que encerra, em parte porque Freud usa termos idiossincráticos. Além disso, tenta reunir os domínios da memória, da atenção, da consciência, da percepção, dos desejos, dos sonhos, da sexualidade, da defesa, da repressão e dos processos psíquicos num quadro coerente e singular da mente, para fundir todos eles numa estrutura fisiológica básica, constituída de diferentes sistemas de neurônios.

Freud, após este trabalho, deixa de lado a idéia de encontrar correlações entre conceitos e categorias psicológicas com o funcio-

²⁸ SACKS, Oliver. (1998). Op. cit.

²⁹ FREUD, Sigmund.(1895) Projeto para uma psicologia científica. *ESB*, 2ªed.,vol.1, 1974, p.315.

namento do sistema nervoso. Afirma³⁰ que “localizar faculdades mentais inteiras, definidas pela nomenclatura psicológica, em certas regiões do cérebro, foi uma tendência da medicina em períodos anteriores e que uma hipótese desta natureza não pode ser “correta e permissível”.³¹

Entretanto, muitas pesquisas na área das neurociências, hoje, tentam exatamente entender o neuronal a partir de categorias tais como racionalidade, consciência, inconsciente, emoções, valor e outros. Nesta perspectiva, destacam-se Edelman³², Damasio³³, Schore³⁴, Rosenfield³⁵ e Varela³⁶. Esses estudiosos apresentam inúmeras diferenças entre si, mas todos eles se propõem a elaborar teorias abrangentes da mente.

Segundo Sacks³⁷, muitas das noções que Freud desenvolve no *Projeto para uma psicologia científica* assumiram relevância admirável para muitas idéias correntes em neurociências — o que causou seu reexame por Karl Pribram e Merton Gill, entre outros. Pribram e Gill, na verdade, chamam o *Projeto* de “pedra Rosetta” para aqueles que desejam fazer conexões entre a neurologia e a psicologia, muitas de suas idéias podendo agora serem examinadas experimentalmente de maneira impossível na época em que foram formuladas.

³⁰ FREUD, Sigmund. (1915a) Apêndice B. Paralelismo Psicofísico. *ESB*, 2ª ed., vol. XV, 1987.

³¹ Idem, p.236.

³² EDELMAN, G.M. (1992) *Bright air, brilliant fire: on the matter of the mind*. New York, Basic Books, 1992.

³³ DAMASIO, A. (1994) *O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano*. Lisboa, Ed. Europa-América, 1994.

³⁴ SCHORE, A. N. (1997) A century after Freud's Project: is a rapprochement between psychoanalysis and neurobiology at hand? In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1997, 45/3, 807-840.

³⁵ ROSENFEIELD, I. (1988). *A invenção da memória*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1994.

³⁶ VARELA, F., THOMPSON, E. e ROSCH, E. (1991) *The embodied mind: cognitive science and human experience*. Cambridge, MA: The MIT Press, 1991.

³⁷ SACKS, Oliver. (1998) Op. cit.

Sacks considera que Freud se ocupou da natureza da memória no decorrer de toda a sua obra. No *Projeto*, tenta explicar as bases fisiológicas da memória em vários níveis. Um pré-requisito fisiológico para a memória, como Freud postulou, era um sistema de “barreiras de contato” entre certos neurônios. As barreiras-de-contato, segundo Freud, eram capazes de facilitação ou inibição seletivas, permitindo assim mudanças neuronais permanentes, as quais corresponderiam à aquisição de novas informações e novas memórias — uma teoria da aprendizagem basicamente similar àquela que Donald Hebb proporá na década de 1940 e que é, hoje, sustentada por descobertas experimentais.

De acordo com Sacks³⁸, Gerald Edelman cria um modelo neurobiológico mais detalhado da mente. O seu último livro, sobre darwinismo neuronal, é dedicado à memória de Darwin e de Freud. E não somente ao Freud da psicanálise, mas ao Freud que passou os primeiros vinte anos de sua vida adulta como neuroanatomista, neurologista clínico e teórico — e colocou as fundações sobre as quais a psicanálise pôde ser erigida.

Todavia, não somente os neurologistas se mantiveram nesta empreitada. Muitos psicanalistas anglo-saxões, a partir da década de 50, se lançaram em pesquisas com o intuito de incluir a psicanálise no campo científico. Propuseram-se a redefinir conceitos a partir da teoria da informação, da teoria de sistemas e da biologia. Neste campo, destacam-se Peterfreund³⁹, Rosenblatt e Thickstun⁴⁰. A cientificidade da psicanálise seria conquistada pela adoção da filosofia positivista, buscando estabelecer bases consideradas

³⁸ Idem.

³⁹ PETERFREUND, E. (1971). *Information Systems and Psychoanalysis*. New York: International Univ. press, 1971.

⁴⁰ ROSEBLAT, A. e THICKSTUN, J. (1977), Modern psychoanalytic concepts in ageneral psychology, Psychoanalytic Issues, *Monograph*.42/43. Nova Iorque, International Universities Press, 1977.

positivista, buscando estabelecer bases consideradas científicas para a teoria psicanalítica.

Portanto, no decorrer do século XX, a psicanálise conhece destinos que, como já temia Freud⁴¹, querem esvaziar seus fundamentos. Freud postula que os médicos não devem confundir sua educação com a formação em psicanálise e que devem “resistir à tentação de flertar com a endocrinologia e o sistema nervoso autônomo, quando aquilo que se necessita é de uma percepção de fatos psicológicos com a ajuda de conceitos psicológicos”.⁴²

Freud⁴³, no texto *A questão da análise leiga*, argumenta que os pesquisadores que insistem em traçar relações entre os eventos fisiológicos do sistema nervoso e os eventos psíquicos acabam usando uma declaração elíptica para explicar a localização de uma representação na célula nervosa. Conclui que esta maneira de colocar as questões acaba gerando confusão entre os dois sistemas, que não precisam ser semelhantes entre si. “Traçar um paralelo dessa espécie é, naturalmente, totalmente injustificável; as características da modificação devem ser estabelecidas por sua própria conta e independente de seu equivalente psicológico”.⁴⁴ Acrescenta ainda, em nota de rodapé, que o neurologista inglês H. Jackson, mencionado no texto acima, faz a mais enfática advertência contra confusões dessa natureza, ou seja, entre o físico e o psíquico, no que concerne ao processo da fala.

Todavia, Freud reconhece “um concomitante dependente”, sendo o psíquico um processo paralelo ao fisiológico, mas que não

⁴¹ FREUD, Sigmund. (1926) *A questão da análise leiga*. *ESB*, 1ªed. vol. XX, 1976.

⁴² Idem, p.292.

⁴³ Idem.

⁴⁴ Idem, p.238.

existe relação causal entre o que ocorre no sistema nervoso e os eventos psíquicos, pois os fatos fisiológicos não cessam tão logo iniciam os psíquicos; ao contrário, a cadeia fisiológica continua, “o que acontece é simplesmente que, após certo tempo, cada um (ou alguns) de seus elos tem um fenômeno fisiológico que lhe corresponde”.⁴⁵

Portanto, na obra freudiana, constatamos uma profunda preocupação em estabelecer relações entre o psíquico e o somático, mesmo coexistindo argumentações contraditórias sobre este tema. Pois, se por um lado, como afirma Freud, existe um concomitante dependente, por outro não existe relação causal, de outra maneira há a formulação do conceito de pulsão, que é “um conceito situado na fronteira entre o mental e o somático, como o 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”.⁴⁶

As pesquisas em neurobiologia vêm demonstrando a tese apontada por Freud em o *Projeto*⁴⁷, ou seja, que a simbolização e o conjunto das significações colocadas pelo campo da linguagem provocam alterações bioquímicas, alterando o sistema nervoso. Portanto, a biologia é marcada e atravessada pela cultura, uma vez que o campo da linguagem têm sua eficácia no funcionamento orgânico.

Todavia, se existem elos entre os dois sistemas, ou seja, entre o simbólico e o neuronal, a recíproca é verdadeira, portanto, uma alteração fisiológica, provocada por medicação, por exemplo, modifica um estado de mental do indivíduo. Entretanto, como aponta Pe-

⁴⁵ Idem, p.237.

⁴⁶ FREUD, Sigmund. (1915b). Os Instintos e suas vicissitudes. *ESB*, 1ªed., vol. XIV,1974, p.142.

reira⁴⁸ os efeitos dos psicofármacos incidem nos processos psíquicos gerais e não sobre operações mais delimitadas.

Estas operações mais delimitadas, na minha compreensão, referem-se, por exemplo, a possibilidade do sujeito do inconsciente desejar. Os medicamentos eliminam os sintomas, alteram os estados de ânimo dos indivíduos, entretanto, não constituem um sujeito desejante e faltante.

Esta questão, em outras palavras, é apontada por Jerusalinsky⁴⁹ ao observar que é um equívoco tomar o fenômeno bioquímico como causante da idéia. Pois, não há uma identidade entre o intercâmbio bioquímico e o pensamento, o que pode haver é uma analogia ou homologia estrutural, ou seja, a repetição de lugares e sistema de transformação.

No que tange à questão das cefaléias, especificamente, encontramos na obra de Freud algumas referências, principalmente em alguns extratos de documentos dirigidos a Fliess.

Freud⁵⁰, em um manuscrito sem data, provavelmente dirigido a Fliess, estabelece alguns aspectos da enxaqueca, que constatamos atualmente na descrição da Classificação Internacional das Cefaléias da Sociedade Internacional das Cefaléias⁵¹. Freud, como bom observador clínico e como sujeito que sofria de enxaqueca, assim co-

⁴⁷ FREUD, Sigmund. (1895). Op.cit.

⁴⁸ PEREIRA, M.E.C. (2005). Psicanálise e Psicofarmacologia: Novas questões de um debate atual. In Correio da Associação Psicanalítica de Porto Alegre: Psicanálise e Farmacologia. Nº 137, p.11-21. Julho/2005.

⁴⁹ JERUSALINSKY, A. (2005). Entrevista com Alfredo Jerusalinsky. In Correio da Associação Psicanalítica de Porto Alegre: Psicanálise e Farmacologia. Nº 137, p.26-35. Julho/2005.

⁵⁰ FREUD, Sigmund.(S/D) Rascunho I Enxaqueca: Aspectos estabelecidos (S/D) *ESB*, 2ªed., vol.1, 1987.

⁵¹ HEADACHE CLASSIFICATION SUBCOMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. The International Classification of Headache Disorders. *Cephalalgia* 2004;24 (suppl 1):37-43

mo seu amigo Fliess, postula algumas características deste sofrimento humano.

No texto *Enxaqueca: aspectos estabelecidos*, Freud insiste que a enxaqueca é primeiramente uma “questão de soma”⁵², que existe um intervalo de horas ou dias entre a instigação dos sintomas. “Tem-se uma espécie de sensação de que um obstáculo está sendo superado e de que um processo segue então adiante[...]. Mesmo sem uma instigação, tem-se a impressão de que deve haver um estímulo que se acumula, o qual está presente em quantidade mínima, no início do intervalo, e em quantidade máxima, no fim do mesmo. [...] A suscetibilidade aos fatores etiológicos está na altura do nível do estímulo já presente.”⁵³

Neste mesmo trabalho, Freud propõe que a etiologia da enxaqueca é complexa, pois pode ser induzida por uma série de fatores ou nos moldes de uma etiologia em soma, com causa específica, como, por exemplo, a enxaqueca menstrual. A enxaqueca não está atrelada a um período sexual da vida, como infância e velhice; pode ser produzida por estímulo sexual e é freqüente em pessoas com perturbação da descarga sexual (*neurastenia, coitus interruptus*). Também, segundo Freud, a enxaqueca pode ser produzida por estímulos químicos: emanções tóxicas humanas, siroco, fadiga, odores. Salienta que o estímulo sexual também é um estímulo químico e que, durante a gravidez, há a cessação da enxaqueca, quando a produção talvez esteja voltada para outra parte. Conclui que a enxaqueca é um efeito tóxico produzido pela substância estimulante sexual quando esta não consegue encontrar descarga suficiente.

⁵² FREUD, Sigmund.(S/D). Op. cit., p.235

⁵³ Idem, ibidem.

Freud estabelece, também, critérios para as cefaléias que são classificadas hoje como secundárias; são provenientes de “doenças orgânicas do crânio, tumores e supurações que produzem enxaqueca, ou algo parecido, além do que a enxaqueca é *unilateral*, correlaciona-se com o nariz e se liga a fenômenos isolados de paralisias. O primeiro desses sinais não é muito claro. A unilateralidade, a localização acima do olho e a complicação pelas paralisias localizadas são mais importantes”.⁵⁴

Quanto à sua etiologia, sugere que a dor da enxaqueca está relacionada com as meninges, pois as afecções da *massa* cerebral certamente são indolores. Nesse sentido, diz que a “enxaqueca se assemelha à nevralgia, isso se coaduna com a soma, a sensibilidade e suas oscilações, a produção de nevralgia mediante estímulos tóxicos. A nevralgia tóxica será, assim, o seu protótipo fisiológico. O couro cabeludo é a sede de sua dor e o trigêmeo é sua via. Como, entretanto, a alteração nevrálgica só pode ser de natureza central, devemos supor que, logicamente, o centro da enxaqueca é um núcleo do trigêmeo cujas fibras inervam a dura-máter. De vez que, na enxaqueca, a dor tem uma localização parecida com a da nevralgia supra-orbital, esse núcleo dural deve situar-se nas proximidades do núcleo da primeira ramificação. Como os diferentes ramos e núcleos do trigêmeo se influenciam uns aos outros, todas as outras afecções do trigêmeo podem contribuir para a etiologia [da enxaqueca] como fatores convergentes (não como fatores banais)”.⁵⁵

Freud segue apontando que a dor de uma nevralgia geralmente encontra sua descarga através de tensão tônica e que, portanto, não é impossível que a enxaqueca possa incluir uma inervação espástica

⁵⁴ Idem, p.236

dos músculos dos vasos sangüíneos na esfera reflexa da região dural. Estes aspectos consistem em critérios diagnósticos de cefaléia do tipo tensional, atualmente classificado pela Sociedade Internacional de Cefaléias⁵⁶.

Em 1916, Freud, na conferência sobre as parapraxias, postula que os lapsos de linguagem podem ser atribuídos, também, à dor de cabeça ou ocorrer quando se tem ameaça de enxaqueca. Nestas circunstâncias, considera que os nomes próprios podem ser esquecidos devido à atenção do indivíduo estar voltada para alguma outra coisa. “Algumas pessoas estão acostumadas a reconhecer a aproximação de um ataque de enxaqueca quando nomes próprios lhes escapam dessa forma. Quando estamos excitados, também, amiúde cometemos erros com palavras — assim como com coisas, e segue-se um ‘ato descuidado’. Intenções são esquecidas e numerosos outros atos não premeditados se tornam perceptíveis se estamos distraídos —, isto é, propriamente falando, se estamos concentrados em alguma coisa.”⁵⁷

Em *Psicopatologia da vida cotidiana*, Freud⁵⁸ já havia citado o seu próprio caso como exemplo, pois, conforme referido, ele padecia de ataques de enxaqueca que costumavam se anunciar horas antes pelo desaparecimento de sua memória de todos os nomes próprios. Questiona que exatamente casos como os dele podem dar motivos para objetar contra os princípios analíticos do esquecimento de nomes e de seqüência de palavras, e que estes poderiam ser atri-

⁵⁵ Idem, p.236-237.

⁵⁶ HEADACHE CLASSIFICATION SUBCOMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. The International Classification of Headache Disorders. *Cephalalgia* 2004; Op. cit.

⁵⁷ FREUD, Sigmund. (1916-1917) Conferências Introdutórias sobre Psicanálise. *ESB*, 1ªed., vol.XVI, 1976, p.42-43.

⁵⁸ FREUD, Sigmund. (1901). Sobre a Psicopatologia da Vida Cotidiana – Capítulo III O Esquecimento de Nomes e seqüências de palavras. *ESB*, 2ªed., vol. VI, 1987.

buídos a distúrbios da circulação e da função cerebral em geral. Entretanto, compreende que isso seria confundir o mecanismo de um processo, que é idêntico em todos os casos, com os fatores favorecedores do processo, que são variáveis e não necessários.

Para explicar esta questão, Freud propõe uma analogia: “Suponhamos que eu tenha sido imprudente o bastante para passear de noite num bairro deserto da cidade, onde me hajam assaltado e roubado meu relógio e minha carteira. No posto policial mais próximo, comunico a ocorrência com as seguintes palavras: ‘Eu estava na rua tal e tal, e lá o *isolamento* e a *escuridão* tiraram meu relógio e minha carteira’. Embora, com essa afirmação, eu não dissesse nada de inverídico, o texto de minha comunicação me exporia ao risco de pensarem que não estou muito certo da cabeça. Esse estado de coisas só poderia ser corretamente descrito dizendo que, favorecidos pelo isolamento do lugar e protegidos pela escuridão, malfeitores desconhecidos roubaram meus objetos de valor. Ora, a situação no esquecimento de nomes não tem por que ser diferente; favorecida pelo cansaço, por distúrbios circulatórios e por uma intoxicação, uma força psíquica desconhecida rouba-me o acesso aos nomes próprios pertencentes à minha memória - uma força que, em outros casos, pode ocasionar a mesma falha da memória quando se está com saúde e eficiência plenas.”⁵⁹

Aspectos da enxaqueca descritos por Freud fazem parte, hoje, da classificação e dos critérios diagnósticos descritos pela Sociedade Internacional de Cefaléia,⁶⁰ que publicou em 1988, a classificação das cefaléias, nevralgias cranianas e dores faciais. As cefaléias,

⁵⁹ Idem, p. 36.

⁶⁰ HEADACHE CLASSIFICATION SUBCOMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. The International Classification of Headache Disorders. *Cephalalgia*, 1989;15 (suppl 1):43-

segundo a referida Sociedade, podem ser divididas em duas grandes categorias básicas: cefaléias primárias e cefaléias secundárias. As primárias geralmente são benignas, recorrentes, e não apresentam nenhuma lesão orgânica aparente, ou seja, são todas as que não dependem de nenhuma doença preexistente, são autônomas e apresentam dores, ou distúrbios locais e/ou mal-estar geral. As secundárias são causadas por doenças orgânicas subjacentes.

As cefaléias primárias estão divididas em migrânea (enxaqueca), cefaléia do tipo tensional, cefaléia em “cluster”, também denominada de cefaléia automática trigeminal, e outros tipos de cefaléias.

Segundo Scher e col.⁶¹, a migrânea é uma doença crônica caracterizada por crises intermitentes de cefaléia e sintomas associados. Sua prevalência na população geral situa-se em 12 a 15%, acometendo 18-20% das mulheres, 6% dos homens e até 8% das crianças. Nesta perspectiva, Stewart e col.⁶² argumentam que a intensidade e a frequência das crises variam de paciente para paciente e provocam graves perdas econômicas e sociais.

Conforme a Sociedade Internacional de Cefaléia⁶³, a migrânea é uma doença primária comum, que incapacita o indivíduo. Estudos epidemiológicos documentam elevada prevalência da migrânea e alto impacto pessoal e socioeconômico. Segundo a OMS, a enxaqueca ocupa o 19º lugar entre as doenças mundialmente incapacitantes.

⁶¹ SCHER AI, STEWART WF, LIPTON RB. Migraine and headache: a meta-analytic approach. In Crombie IK (ed). *Epidemiology of pain*. Seattle;WA:IASP Press;1999:159-170.

⁶² STEWART WF, SCHECHTER A, LIPTON RB. Migraine heterogeneity. Disability, pain intensity and attack frequency and duration. In *Neurology* 1994;44:24-39.

⁶³ HEADACHE CLASSIFICATION SUBCOMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY (1989). Op. cit.

Na perspectiva do tratamento da migrânea, a Sociedade Brasileira de Cefaléia designou um Comitê *ad hoc*⁶⁴, com o propósito de estabelecer consenso sobre o tratamento da migrânea e de elaborar recomendações para os profissionais da área médica. Em termos gerais este comitê recomenda que o tratamento da crise de migrânea comece com medidas gerais, tais como: evitar, quando possível, fatores referidos pelos pacientes como desencadeantes de suas crises; tratar de doenças concomitantes, particularmente a hipertensão arterial e a depressão do humor; aconselhar atividades físicas moderadas e regular o padrão de sono.

Propõe ainda o Comitê que a abordagem do paciente deva ser feita de forma compreensiva e individualizada, levando em consideração que existe variabilidade de paciente para paciente e de crise para crise. Além disso, recomenda que deva ser dada ênfase à educação e à orientação do paciente e/ou familiares, quanto à natureza do diagnóstico e ao automanejo da crise. A utilização de um diário para o registro das crises deve ser encorajada. No tratamento farmacológico a ser utilizado, devem ser levados em consideração a eficácia e os efeitos adversos à terapêutica prévia e as contra-indicações, assim como a intensidade e a frequência das crises, a presença de sintomas e sinais associados, além do tempo necessário para que o medicamento atinja a sua eficácia máxima.

De acordo com Krymchantowski e col.⁶⁵, pacientes com episódios dolorosos e frequentes, intensos e duradouros, requerem tratamento preventivo, e as drogas utilizadas nos últimos trinta anos in-

⁶⁴ SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA COMITÊ AD HOC. *Recomendações para o tratamento da crise migranosa*. *Arq. Neuro-Psiquiatria*. [online]. jun. 2000, vol.58, no.2A [citado 26 Enero 2005], p.371-389. Disponible en la World Wide Web: http://www.scielo.br /scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2000000200029&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0004-282X.

⁶⁵ KRYMCHANTOWSKI AV, BIGAL ME, MOREIRA PF. New and emerging prophylactic agents for migraine. In *CNS Drugs* 2002;16:611-634.

cluem betabloqueadores, antidepressivos e bloqueadores de canais de cálcio. Essas drogas possuem mecanismo de ação desconhecido na migrânea e sua utilidade para esse fim foi evidenciada casualmente, a partir da prescrição para outras condições patológicas.

No que tange aos tratamentos não-farmacológicos, o Comitê *ad hoc* da Sociedade Brasileira de Cefaléia⁶⁶ propõe, primeiramente, que o paciente que sofre de enxaqueca deva ser educado por seu médico a lidar com a doença. Neste sentido, é necessário fazer o paciente entender a migrânea como doença fundamentalmente biológica; motivar sua adesão ao tratamento; discutir com ele a cronobiologia da migrânea; analisar as opções de tratamento profilático associado ou não ao tratamento agudo; explicar em linguagem acessível os mecanismos da migrânea e a predisposição genética; explicar a importância de se evitarem os fatores desencadeantes e agravantes comprovados para o caso particular; explicar a importância de um diário da cefaléia e estimular seu uso.

Entretanto, outros métodos, como acupuntura, técnicas de relaxamento, biofeedback, dieta, terapia cognitivo-comportamental, psicoterapia, fisioterapia e homeopatia também têm sido recomendados; não há, todavia, evidência de sua eficácia.

Segundo Krymchantowski⁶⁷, a designação “cefaléia do tipo tensional” define as cefaléias primárias, anteriormente denominadas de cefaléias tensionais, cefaléias de contração muscular, psicogênicas, psicomiogênicas, de estresse, essencial e de tensão. Essas denominações revelavam-se ambíguas e controversas, por incluírem simultaneamente aspectos clínicos e propostas de fisiopatologia,

⁶⁶ SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA COMITÊ AD HOC. (jun.2000). Op. Cit.

⁶⁷ KRYMCHANTOWSKI, A. V. Cefaléias do tipo tensional. Artigo de revisão. In, *Migrêneas cefaléias*, v.6, n.4, p.129-135, out./nov./dez. 2003.

não sendo universalmente acatadas e dificultando a realização de estudos aceitos pela comunidade científica. Com a classificação internacional de cefaléias de 1988, as cefaléias do tipo tensional puderam ser mais bem definidas, e hoje, com a classificação de 2003, seus critérios diagnósticos estão mais claros e próximos da realidade observada na apresentação desses pacientes.

De acordo com o autor, as cefaléias do tipo tensional constituem-se no tipo mais prevalente de cefaléias primárias. Os seus mecanismos são controversos e sua fisiopatologia complexa e pouco esclarecida, parecendo envolver processos centrais de disfunção anti-noceptiva e periféricos de comprometimento muscular.

Para Krymchantowsky, o tratamento das cefaléias tensionais se divide em preventivo e agudo. O preventivo inclui o uso de antidepressivos tricíclicos, associados ou não ao uso de relaxantes musculares de ação central. O tratamento das crises utiliza analgésicos e/ou antiinflamatórios não-esteróides e/ou cafeína, e/ou relaxantes musculares, e deve ser limitado a duas vezes por semana, pelo fato de que essa dor pode transformar-se em cefaléia crônica diária. Tratamentos não farmacológicos também são recomendados por Krymchantowski⁶⁸, como a terapia cognitivo-comportamental, as técnicas de relaxamento e o biofeedback, pois possibilitam melhora geral das condições de vida do paciente.

Com efeito, compreendo, a partir da leitura da literatura médica sobre as cefaléias, que estas, geralmente, são excessivas no que tange a sua manifestação, requerendo terapêutica que não se restringe unicamente à medicação. Entretanto, a psicanálise como alternativa para o tratamento das cefaléias não é mencionada, a psico-

⁶⁸ KRYMCHANTOWSKI, A. V. (2003) Op. cit.

logia cognitiva é a abordagem recomendada para uma mudança de comportamento do paciente em relação ao seu sofrimento, uma forma de o indivíduo aprender a conviver com a dor.

Todavia, a psicanálise, desde de Freud, se interessa pela questão da dor. Ao menos no que concerne aos sofrimentos do seu próprio fundador, que tenta compreender e tratar este sofrimento. A dor na psicanálise surge como um sintoma que acompanha, principalmente, casos de histeria e melancolia, contudo, pode estar associado a outros quadros clínicos.

A dor é um fenômeno de ampla extensão, chega-se a falar em epidemia da dor; somente no Brasil, existem 52 milhões de brasileiros que sofrem de dores crônicas. O nosso país é o segundo maior mercado consumidor de analgésicos do mundo. Só perde para a China, que tem uma população oito vezes maior. Cerca de 900 milhões de pessoas no mundo sofrem com enxaqueca, que é só uma entre as inúmeras denominações da dor. Os próximos dez anos, nos Estados Unidos, estão sendo chamados de *Pain Decade*, com direito à dotação especial de verbas do National Institute of Health mobilizando somente neste país 3500 centros de pesquisa e tratamento da dor ⁶⁹.

Com efeito, podemos verificar, que a incidência da dor vem aumentando, como mostram os dados epidemiológicos apresentados. Este estado demonstra o quanto isso é um problema em evidência atualmente na nossa sociedade, o que converge com a idéia de Calligaris⁷⁰, que coloca que cada época organiza seus gozos e tem as patologias que merece.

⁶⁹ BERLINCK, M. (org.) A dor. São Paulo: Escuta, 1999.

⁷⁰ CALLIGARIS, C. Prefácio In: Mellman, C. *Delinquência, toxicomania e alcoolismo*. São Paulo: Escuta, 1992.

Segundo Chemama⁷¹, existem dores que precisam ser olhadas, examinadas e contempladas, e geralmente possuem progresso regular. Elas podem ser espetaculares, grandiosas e magníficas, mas também podem ser ridículas, vexatórias e humilhantes. São dores imaginárias, não fictícias, mas no sentido que Lacan atribui ao imaginário, entendido a partir da imagem, da identificação, ou seja, da projeção de uma imagem sobre uma tela que a transforma. Essas dores encontram-se no registro do eu, no registro da identificação imaginária, com aquilo que comporta de alienação, desconhecimento, amor e agressividade na relação dual.

Todavia, existem, segundo este mesmo autor, outras dores, que são insidiosas, inesperadas e imprevisíveis. Trata-se de dores impossíveis de imaginar, sobretudo por seu lado pouco decorativo. Estas dores impõem-se ao sujeito, que está submetido a elas; é um encontro com o real. O real é definido por Lacan⁷² como o impossível, aquilo que não pode ser simbolizado totalmente na palavra ou na escrita, e que conseqüentemente, não cessa de não se escrever.

1.3 – A SUBVERSÃO DO CORPO NA PSICANÁLISE

O conceito de conversão, a partir da clínica psicanalítica de Freud, modifica, de forma radical, a noção de corpo que predominava na medicina do século XIX. Freud produz um deslocamento do olhar para a escuta, introduzindo uma modificação na prática terapêutica; com isso, o foco da clínica deixa de ser o sintoma e passa a

⁷¹ CHEMAMA, Roland. *Elementos Lacanianos para uma Psicanálise no Cotidiano*. Porto Alegre: CMC Editora, 2002.

⁷² LACAN, Jacques. (1976-1977). *O Seminário, Livro 24, Lo no sabido que sabe de la uma-*

ser a fala do paciente. Esta perspectiva abre outro campo de investigação sobre a natureza do corpo.

Segundo Bastos⁷³, o corpo anatômico é o modelo inicial de Freud, pois é como médico neurologista que ele inicia sua atividade profissional. O corpo anatômico é o corpo biológico, orgânico, que constitui o objeto de estudo da medicina. Trata-se de um corpo que tem anatomia, fisiologia e um funcionamento no qual todas as suas partes, órgãos, células e tecidos, estão interligados em uma totalidade. O corpo é tomado em partes para ser examinado, auscultado, apalpado e olhado.

Quando Freud passa a se dedicar à clínica da histeria, a anatomia revela-se insuficiente para explicar a sintomatologia histérica. Após sua estada no Salpêtrière, em 1886, ao lado de Charcot, faz um trabalho comparativo das paralisias orgânicas e histéricas. Escreve um artigo sobre o tema, denominado *Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas*⁷⁴. Segundo o editor inglês James Strachey, este artigo é o divisor de águas entre os escritos neurológicos e os psicológicos de Freud.

Neste artigo, Freud traça um paralelo entre as paralisias orgânicas e histéricas, descreve a sintomatologia das primeiras e as compara com os sintomas das paralisias histéricas, observando que, por mais que estas últimas possuíssem algumas semelhanças com as primeiras, não se enquadravam no campo da anatomia.

equivocación se ampara em la morra. Aula de 8/3/1977. Inédito.

⁷³ BASTOS, L. A. *Eu – Corpando. O Ego e o Corpo em Freud*. São Paulo: Escuta, 1999.

⁷⁴ FREUD, Sigmund (1893 [1888-1893]) *Algumas Considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas*. *ESB*, 2ªed. vol.1, 1987.

Compreendo que Freud⁷⁵ situa a paralisia histérica como intermediária entre as paralisias orgânicas em projeção e em representação; porém, suas características estão longe de serem submetidas às leis da paralisia cerebral. Propõe ele, neste sentido, que nas paralisias históricas existe um “tipo especial de representação, cujas características permanecem como um assunto a ser desvendado”⁷⁶

A conclusão a que Freud chega é que as paralisias históricas não são paralisias cerebrais, embora se manifestem no corpo. Ao buscar a “natureza da lesão” na paralisia histérica, Freud descobre que esta era independente da anatomia do sistema nervoso, e a histeria “se comporta como se a anatomia não existisse”.⁷⁷

Desta forma, entendo que a noção de corpo foi sendo subvertida, pois essas manifestações corporais não seguem a lógica de que tudo que surge como sintoma no corpo tem a sua respectiva contrapartida no sistema nervoso central.

Na esteira deste trabalho, surgem vários outros, a partir da elaboração clínica de Freud. Em 1894, ele prepara sua contribuição aos *Estudos sobre a histeria*⁷⁸, e, no mesmo ano, publica *As neuropsicoses de defesa*⁷⁹, demarcando o campo da neurose histérica e da neurose obsessiva a partir de um processo comum. Concomitantemente, o trabalho *Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia”*⁸⁰ traça a diferença entre a excitação sexual somática, do lado da neu-

⁷⁵ Idem, ibidem.

⁷⁶ Idem, p.183.

⁷⁷ Idem, p.188.

⁷⁸ FREUD, Sigmund. (1893-1895) Estudos sobre a Histeria. *ESB*, 2ªed. vol. II, 1987.

⁷⁹ FREUD, Sigmund. (1894) As Neuropsicoses de Defesa. *ESB*, 2ªed. vol.III, 1987.

⁸⁰ FREUD, Sigmund. (1895 [1894]). Sobre os Fundamentos para Destacar da Neurastenia uma Síndrome Específica Denominada Neurose de Angústia. *ESB*, 2ªed. vol.III, 1987.

rose de angústia e da neurastenia, e a libido ou o desejo, do lado das psiconeuroses.

Segundo Freud⁸¹, a etiologia da neurose de angústia está ligada a perturbações da vida sexual, que acarretam acúmulo de excitação somática que não ganha caminho psíquico e permanece no corpo. Nas palavras do autor: “[...]um conjunto de perturbações e influências da vida sexual são os fatores etiológicos atuantes”.⁸² Na seqüência, descreve essas perturbações, como angústia virginal, angústia da recém-casada, ejaculação precoce, coito interrompido, abstinência, climatério, entre outras.

Freud, ao estabelecer as diferenças entre a neurose de angústia e a histeria, postula que a primeira se restringe ao campo somático, enquanto a segunda limita-se ao campo psíquico, pois diz que “a neurose de angústia é o equivalente somático da histeria”.⁸³ Nas duas neuroses, constata uma insuficiência psíquica que tem como consequência “processos somáticos anormais”⁸⁴, um acúmulo de excitação que não encontra elaboração psíquica e que se desvia para o corpo. Na neurose de angústia, a expressão é puramente somática; ao passo que na histeria, a expressão é provocada por um conflito psíquico.

No texto *Fragmento da análise de um caso de histeria*⁸⁵, encontramos o conceito de “complacência somática”, expressão utilizada por Freud com o intuito de denunciar a relação do psíquico com o somático na constituição do sintoma, que, no caso, é a afonia

⁸¹ Idem, ibidem

⁸² Idem, p.98.

⁸³ FREUD, Sigmund. (1895 [1894]). Op. cit., p.111.

⁸⁴ Idem, ibidem.

⁸⁵ FREUD, Sigmund. (1905). Fragmento da análise de um caso de histeria. *ESB*, 2ªed., vol.VII, 1989.

da paciente. Freud indica que os sintomas histéricos requerem a participação tanto do psíquico quanto do somático, apontando que estes não ocorrem “sem a presença de uma certa complacência somática, fornecida por algum processo normal ou patológico no interior de um órgão do corpo ou com ele relacionado”⁸⁶.

Portanto, entendo que há uma condescendência somática, uma espécie de apelo do corpo somático para que uma representação recalçada se instale nele. A complacência somática determina o ponto de ancoragem somática do sintoma histérico. A histeria, enquanto neurose, traça o seu destino a partir da complacência somática. A expressão usada por Freud em alemão é *somatisches Entgegenkommen*, que também pode ser traduzida por “prevenção somática”.

Sendo assim, podemos observar que há uma disposição somática, um preparo antecipado que facilita a instalação da representação psíquica no soma. É neste sentido que compreendo a proposta freudiana do termo “conversão”. Nas palavras de Freud: “[...]Pela via assim facilitada flui a excitação da nova fonte excitante para o antigo ponto de descarga, e o sintoma se assemelha às palavras do Evangelho, a de um odre velho repleto de vinho novo. Por estas observações, a parte somática do sintoma histérico parece ser a mais estável e a mais difícil de substituir, enquanto a psíquica se afigura como o elemento mais variável e mais facilmente substituível”.⁸⁷

Desta forma, compreendo que com Freud, a noção de corpo foi sendo subvertida e subtraída do campo da medicina. É desta concepção de corpo representado que a psicanálise vai se ocupar. Portanto, a psicanálise, em sua origem, passa a se inteirar de um corpo

⁸⁶ Idem, p.45.

⁸⁷ Idem, p.56-57.

que é marginal ao campo de trabalho e de investigação da medicina.

No meu entender, a questão do corpo é um divisor de águas entre a medicina e a psicanálise. Pois, a medicina moderna, como observamos com Lacan anteriormente, desde sua origem, se fundou deixando de lado o corpo do sintoma histérico. Em vista disso, as manifestações deste corpo, ou seja, os sintomas da histeria não se enquadram no âmbito da metodologia científica cartesiana adotada pela medicina.

Os sintomas histéricos extrapolam qualquer pressuposto de objetividade e de razão que é próprio do discurso científico. Nesta perspectiva, a histeria tem como destino sua exclusão do campo de investigação da medicina. E, é nesse sentido que compreendo a afirmação de Lacan segundo a qual, “no discurso analítico, não se trata de um discurso científico. Se não de um discurso para o qual a ciência nos provê o material, que é algo muito diferente”⁸⁸.

Com efeito, vamos ao encontro da análise de Costa e Jardim⁸⁹. Esses autores – psiquiatra e psicanalista, respectivamente – propõem que a medicina, apoiada nas ciências biológicas, tradicionalmente tem como objeto privilegiado do seu estudo o corpo humano, considerando-o, a princípio, como uma totalidade. Pois, para a medicina o corpo é a matéria e seu funcionamento global; um estímulo produz efeitos em sua *gestalt*. Inversamente à medicina, a psicanálise constitui-se ocupando-se disso que a ciência deixou de lado, a saber, o corpo histérico, o que, por sua vez, instaurou um buraco no saber sobre o corpo totalizado.

Ao descobrir o inconsciente e criar a psicanálise, Freud insti-

⁸⁸ LACAN, Jacques. (1971-1972) *Seminário XIX, Ou Pire*, Aula de 8/19 de abril de 1972, p.73. Inédito

⁸⁹ COSTA, Adão L. L. & JARDIM, Luciane L. Op.cit, 2003.

tui, no mesmo movimento, um novo campo do saber e uma nova modalidade de laço social. Freud era um homem da ciência, médico e estudioso de neurologia, e durante toda a sua vida sofreu da contradição entre sua formação científica e o fato de ser o inventor de um novo campo do saber – a psicanálise – que, embora mantenha conexões com o campo da ciência positiva, com ele não se confunde.

Portanto, ao escutar de um modo inédito suas pacientes histéricas, Freud subverte, segundo Lacan⁹⁰, o “cogito” de Descartes; cria um novo campo do saber e uma nova modalidade da clínica. “É aqui que se revela a dissimetria entre Freud e Descartes. Ela não está de modo algum no encaminhamento inicial da certeza fundada do sujeito. Ela se prende a que, nesse campo do inconsciente, o sujeito está em casa. E é porque Freud lhe afirma a certeza que se faz o progresso pelo qual ele muda o mundo para nós”.⁹¹

1.4 – O CORPO NA PSICANÁLISE LACANIANA

O psicanalista francês Jacques Lacan, ao longo de seu ensino, refere-se, muitas vezes, à temática do corpo; porém, nem sempre da mesma maneira. A primeira idéia de corpo que surge no ensino de Lacan⁹² versa sobre a imagem especular que liberta o sujeito das suas vivências anárquicas do corpo fragmentado.

⁹⁰ LACAN, Jacques (1964). *O Seminário, Livro 11. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988, p.39.

⁹¹ Idem, *ibidem*.

⁹² LACAN, Jacques (1949). O estágio do espelho como formador da função do eu. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

Em um primeiro momento, o corpo é a sua própria imagem no espelho, está situado no registro do imaginário, ou seja, no registro do engodo e da identificação. Portanto, a noção de corpo está vinculada à constituição do eu. O eu encontra-se no registro do imaginário, com aquilo que comporta de desconhecimento e alienação na relação dual. Diz Lacan: “é aí que a imagem do corpo dá ao sujeito a primeira forma que lhe permite situar o que é e o que não é do eu”.⁹³

Compreendo, pois, que a noção de ego-corporal de Freud não seja indiferente para Lacan, ao formular a sua teoria a cerca da constituição do eu. Pois, para Freud, “o ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal, [...], o ego em última análise deriva das sensações corporais, principalmente das que se originam da superfície do corpo. Ele pode ser assim encarado como uma projeção mental da superfície do corpo [...]”.⁹⁴ Portanto, a imagem do corpo é aquilo vai permitir esta primeira diferenciação entre o eu-corpo e aquilo que é o outro-corpo.

De acordo com Lacan⁹⁵, a teoria acerca da gênese do eu ou a fase do espelho ocorre cronologicamente entre os seis e os dezoito meses de idade. A imaturidade neurológica predominante nos primeiros seis meses de vida do homem traduz-se pela falta de mielinização cerebral, com grande carência de coordenação motora. A prematuração gera discordância intraorgânica e relacional, tanto do indivíduo consigo mesmo quanto com o meio, a qual nenhum cuidado materno pode acalmar.

Neste contexto, a visão se desenvolve mais rapidamente do

⁹³ LACAN, Jacques. (1953-1954). *O Seminário, Livro 1, Os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986, p.96.

⁹⁴ FREUD, Sigmund. (1923). O Ego e o Id. *ESB*, 1ªed, vol.XIX , 1976, p.40.

⁹⁵ LACAN, Jacques (1949). *Op. cit.*, p.97.

que o controle motor, sendo o tempo de maturação da visão e o da motricidade diferentes, assincrônicos. No entanto, essa impotência motora, segundo Lacan, não impede a assunção jubilatória do bebê diante de sua imagem no espelho. O maior desenvolvimento da visão é um dos fatores importantes para o estabelecimento do que o autor denominou de primazia da imagem na relação do homem com o mundo.

A imagem do semelhante atua como causa que instaura, no nível psíquico, uma identificação com ela. Trata-se, pois, da transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem. O estágio do espelho concerne a uma identificação com uma imago, que “lhe é dada como *Gestalt*, isto é, numa exterioridade em que decerto essa forma é mais constituinte do que constituída [...]”⁹⁶.

O processo identificatório é o único capaz de explicar o reconhecimento, pela criança, de sua unidade corporal, levando em conta o seu estado de prematuridade e incoordenação. O corpo despedaçado é unificado por meio da antecipação de uma imagem na qual o sujeito se aliena, chamada por Lacan de “identidade alienante”⁹⁷.

Desta forma, segundo Lacan, no estágio do espelho, o sujeito toma consciência do seu corpo como unidade. A visada, a mirada da forma unitária do corpo humano permite que o bebê tenha o domínio imaginário do seu corpo prematuro em relação ao domínio real possibilitado pelo processo de maturação fisiológica. Como afirma Lacan, “a fase do espelho é um drama cujo impulso interno precipita-se da insuficiência para a antecipação [...]”⁹⁸.

⁹⁶ Idem, p.98.

⁹⁷ Idem, p.100.

⁹⁸ Idem, ibidem.

A criança identifica-se com a imagem virtual de si, com a imagem que lhe é dada pelo outro, que é o semelhante, e com o Outro, lugar anterior e exterior ao sujeito que o determina, organizado a partir da inscrição simbólica do sujeito na cultura. “A situação do sujeito – [...] – é essencialmente caracterizada pelo seu lugar no mundo simbólico, ou em outros termos, no mundo da palavra”⁹⁹, como diz Lacan. Isto significa que a imagem que a criança vê no espelho é a imagem da imagem que o Outro lhe credita, que a coloca no plano simbólico também.

Portanto, para que o eu se estruture, Lacan propõe que o olho deva estar em certa posição no interior do cone, referindo-se ao esquema ótico, para que o imaginário venha a recobrir o real. Afirma que “para que a ilusão se produza, para que se constitua, diante do olho que olha, um mundo em que o imaginário pode incluir o real e, ao mesmo tempo, formá-lo, em que o real também pode incluir e ao mesmo tempo situar o imaginário”.¹⁰⁰

Dessa forma, a imagem que o sujeito tem de si mesmo e do seu corpo é uma imagem que porta a posição do Outro. Essa antecipação imaginária que o sujeito tem do seu corpo, quando da integração das funções motoras, o conduzirá ao efetivo domínio progressivo do seu corpo. O corpo imaginário é essencialmente caracterizado pelo seu lugar no mundo simbólico, ou seja, no mundo das palavras. Portanto, trata-se da posição do sujeito, que o olha e o inunda de palavras.

Decorre desta perspectiva, que o eu não é um eu da percepção, formado progressivamente a partir do contato com a realidade, é um

⁹⁹ LACAN, Jacques. (1953-1954). Op. cit., p.97.

¹⁰⁰ Idem, *ibidem*.

eu que surge da identificação, produto da intersubjetividade, constituída em função de uma realidade privilegiada, que é a de outro ser humano e do seu desejo inconsciente.

Com efeito, o desenvolvimento do eu requer todo um investimento narcísico dos pais na criança. Eles projetam um ideal com o qual a criança irá se identificar, tanto no nível de um eu ideal quanto no do ideal de eu. É que, como nos diz Lacan, “há inicialmente, com efeito, um narcisismo que se relaciona à imagem corporal [...] a fonte imaginária do simbolismo, que é aquilo através de que o simbolismo se liga ao sentimento [...] que o ser humano [...] tem do seu próprio corpo”¹⁰¹.

Lacan,¹⁰² retomando o texto de Freud *Introdução ao narcisismo*, trabalha a diferença entre ideal do eu e eu ideal. Inicia dizendo que “Freud emprega aí *Ich-Ideal*, que é exatamente simétrico e oposto ao *Ideal-Ich*. É o signo com que Freud designa duas funções diferentes”¹⁰³. O eu ideal está no plano do imaginário, e o ideal de eu no plano do simbólico. Entretanto, há uma passagem de um plano para outro. O eu ideal é elaborado a partir da imagem do próprio corpo no espelho; porém, o que regula a estrutura desta imagem é o ideal do eu.

Lacan¹⁰⁴ propõe a engrenagem do esquema óptico e a experiência do buquê invertido para mostrar a distinção entre o eu ideal e o ideal do eu. Este esquema refere-se a uma experiência da física, denominada de experiência de Bouasse, na qual são utilizadas algumas propriedades da óptica. Trata-se de ver surgir, em determinadas

¹⁰¹ Idem, p.147-148.

¹⁰² Idem.

¹⁰³ Idem, p.157.

¹⁰⁴ Idem.

condições, um ramalhete de flores, em um vaso real que de fato não o contém. Para que se possa ver essa imagem do vaso com as flores é preciso colocar o olho dentro de um cone; este olho simboliza o lugar do sujeito no mundo simbólico, como está demonstrado na Figura 1.

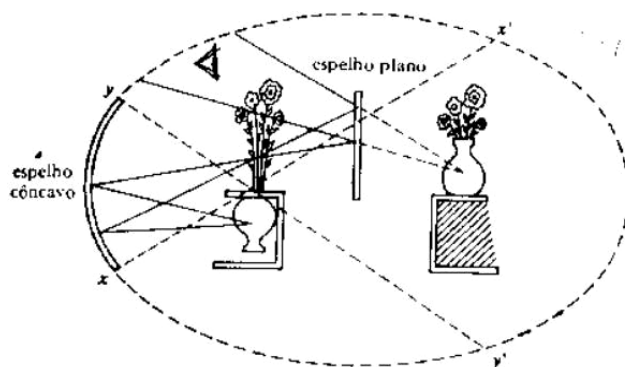


Figura 1

Nesta figura, o olho representa o sujeito que vê a imagem do espelho côncavo pela sua reflexão no espelho plano. As flores são os objetos que vão ser contidos pelo vaso, o qual representa os orifícios do corpo. O vaso que se encontra escondido dentro da caixa é inacessível ao sujeito e representa o corpo como organismo biológico perdido para o sujeito.

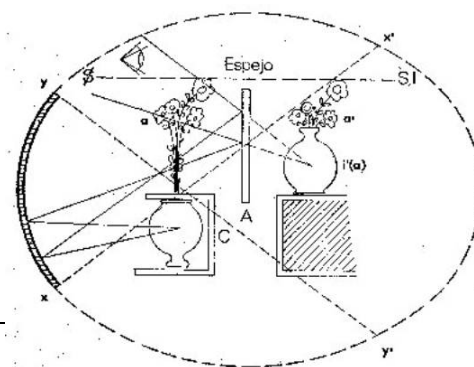
Portanto, para que se produza a ilusão do vaso com o buquê invertido, para que o imaginário possa recobrir o real, como já foi afirmado anteriormente, é necessário também que o sujeito esteja inserido no plano simbólico, ou seja, que ele possua relações de parentesco, um nome, etc. Segundo Lacan, “em outros termos, é a relação simbólica que define a posição do sujeito como aquele que vê.

É a palavra, a função simbólica que define o maior ou menor grau de perfeição, de completude, de aproximação do imaginário”.¹⁰⁵

Desta forma, compreendo que o corpo, enquanto corpo real, somente será apreendido como corpo imaginário, pois o sujeito somente terá acesso a este vaso com o buquê refletido no espelho a partir da determinação simbólica do sujeito, cujo lugar está no Outro.

Portanto, entendo que, na perspectiva lacaniana, a posição do sujeito na estrutura imaginária, ou seja, enquanto eu ideal, só é concebível por um guia que se encontra além do imaginário, no nível do plano simbólico. Nas palavras de Lacan, “esse guia que comanda o sujeito é o Ideal do eu”¹⁰⁶; e acrescenta que “o Ideal do eu, é o outro enquanto falante, o outro enquanto tem comigo uma relação simbólica, sublimada, que no nosso manejo dinâmico é, ao mesmo tempo, semelhante e diferente da libido imaginária.”¹⁰⁷

Lacan¹⁰⁸, no texto *Observações sobre o relatório de Daniel Lagache*, apresenta nomeações diferentes para os lugares do esquema óptico; entretanto não modifica a montagem do esquema, como demonstra a Figura 2.



¹⁰⁵ Idem, p.165

¹⁰⁶ Idem, p.166

¹⁰⁷ Idem, ibidem.

¹⁰⁸ LACAN, Jacques. (1960a). Observações sobre o relatório de Daniel Lagache, In *Escritos*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

Figura 2

Neste esquema, o sujeito está designado por S barrado. O espelho plano está indicado com a letra A, que se refere ao Outro. O vaso, designado com a letra C, representa o corpo. As flores se designam como a e a'. A imagem virtual, que reúne a imagem real do vaso com as flores, é designada como i' (a), produzida pelo espelho plano. O Outro é o meio pelo qual o sujeito encontra sua própria imagem, e, é também, o que separa o sujeito da imagem.

Desta forma, Lacan afirma que “o modelo também indica, pelo vaso oculto na caixa, o pouco acesso que o sujeito tem à realidade desse corpo, perdida por ele em seu interior, no limite em que redobra de camadas coalescentes a seu invólucro, e vindo costurar-se neste em torno dos anéis orificiais, ele o imagina como uma luva que pode ser virada pelo avesso.”¹⁰⁹

Dito de outra forma, é a partir da relação do bebê com a mãe que o corpo fragmentado e desordenado vai se constituir, primeiramente, como imagem real. Concomitantemente, a criança necessita realizar um afastamento do narcisismo primário, que é a identificação do sujeito com a imagem global e unificada do seu corpo adquirida na fase do espelho. Esse afastamento é imposto pelos pais por meio do eu ideal, para que a libido possa se deslocar para o ideal do eu, que é articulado pela palavra deles sobre a criança. Conforme Lacan, “esse primeiro narcisismo se situa, se vocês quiserem, ao nível da imagem real do meu esquema [...]”.¹¹⁰

Segundo Lacan, “no homem, ao contrário, a reflexão no espe-

¹⁰⁹ Idem, p.682.

¹¹⁰ LACAN, Jacques. (1953-1954). Op. Cit., p.147-148.

lho manifesta uma possibilidade noética original, e introduz um segundo narcisismo. O seu pattern fundamental é imediatamente a relação ao outro”.¹¹¹. Portanto, compreendo que a relação do sujeito ao Outro vai possibilitar a passagem da imagem real para a imagem virtual refletida no espelho plano, ou seja, da perspectiva do eu ideal ao ideal do eu, articulando o narcisismo secundário.

Ainda em relação a este tema, Lacan explicita que “o desenvolvimento do eu consiste num afastamento do narcisismo primário e engendra um vigoroso esforço para reganhá-lo. Esse afastamento faz-se por meio de um deslocamento da libido para um Ideal do eu imposto pelo exterior, e a satisfação resulta da realização desse ideal”.¹¹²

Neste primeiro momento, a imagem à qual a criança se identifica provoca fascinação e sensação de completude, características próprias de uma relação dual. Trata-se da relação dual imaginária, mãe-bebê. Todavia, esta díade se inclui em uma realidade mais ampla, que é a relação triangular, ordenada pela estrutura edípica, que está presente desde o começo da vida por meio do inconsciente da mãe. A mãe é a mediadora privilegiada da estrutura edípica; esta, portanto, preexiste à criança e é nesta organização que o bebê vem ocupar um lugar.

A equação no primeiro tempo do Édipo, segundo Lacan¹¹³, é mãe-falo-criança; quando a criança busca ser o falo da mãe. O falo é o objeto que satisfaz o desejo de sua mãe. A questão é ser ou não ser o falo da mãe. Para Lacan “o sujeito se identifica especularmen-

¹¹¹ Idem, p.148

¹¹² Idem, p.159

¹¹³ LACAN, Jacques (1957-1958). *O Seminário, Livro 5, As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1999.

te com aquilo que é o objeto do desejo de sua mãe. [...]. Para agradar a mãe [...], é necessário e suficiente ser o falo”.¹¹⁴. Enquanto falo, o sujeito tem um determinado atributo e ocupa narcisicamente um lugar de preferência aos olhos do outro. É, portanto, enquanto eu ideal que o sujeito está colocado, ser o que responde à castração materna.

Lacan denomina esta relação imaginária de enganadora, pois “a criança, de alguma forma, atesta para a mãe que pode preenchê-la, não apenas como criança, mas, também no que diz respeito ao desejo e àquilo que falta à mãe, para dizer tudo”.¹¹⁵. Portanto, à medida que a criança se apresenta como falo imaginário, se engaja nesta via de se fazer ela própria objeto enganador, colocando-se na posição de satisfazer o desejo da mãe, que em seu fundamento não pode ser satisfeito, pois é da ordem do insaciável.

Este “ternário imaginário”¹¹⁶, como postula Lacan, referindo-se a esta relação da criança-mãe-falo, revela que a criança depende do desejo da mãe. A partir de uma primeira simbolização, originada pelo movimento de presença-ausência materna, a criança desvincula-se dessa dependência efetiva do desejo materno, no qual se afirma o próprio desejo da criança. Nas palavras de Lacan, “essa simbolização primordial abre para a criança, ainda assim, a dimensão do que a mãe pode desejar de diferente, como se diz, no plano imaginário”.¹¹⁷.

¹¹⁴ Idem, p.198.

¹¹⁵ LACAN, Jacques. (1956-1957). *Seminário IV, A Relação de Objeto e as estruturas freudianas*. Publicação para circulação interna da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 1994, p.114.

¹¹⁶ LACAN, Jacques (1957-1958). Op. Cit., p.188.

¹¹⁷ Idem, ibidem

Lacan¹¹⁸ explica que a criança, ao identificar-se com este objeto imaginário para satisfazer o desejo da mãe, que é o falo, encontra uma experiência que tem movimento duplo. Por um lado, proporciona a construção da imagem do corpo, que se caracteriza como elemento ilusório e enganador, mas que referencia o sujeito em relação à realidade. Por outro lado, esta experiência possibilita que a criança realize suas primeiras identificações do eu, entrando em outro campo.

Esse outro campo vai em direção ao registro simbólico, como diz Lacan: “Ele parte do referenciamento imaginário – que é, de certo modo, instintivamente pré-formado na relação dele mesmo com seu próprio corpo -, para enveredar por uma série de identificações significantes cuja direção é definida como oposta ao imaginário [...]”.¹¹⁹ Esta formação concerne ao ideal do eu e se faz no nível paterno, uma vez que o desapego, no que concerne à relação imaginária, é maior do que no nível da relação com a mãe.

No segundo tempo do Édipo, o pai intervém, como privador da mãe. A mãe é reenviada a uma lei que não é a sua, mas à lei do pai. Neste estágio, o sujeito é desatrelado da mãe para ficar atado à primeira aparição da lei, a saber, que a mãe é dependente de um objeto, que não é simplesmente o objeto de seu desejo, mas sim, um objeto que o Outro tem ou não tem. A mãe, portanto, reenvia seu olhar para além do seu filho. Desse modo permite que a lei do pai intervenha, como indica Lacan¹²⁰, que a palavra do pai se faça presente.

Nas palavras de Lacan, referindo-se ao pai como aquele que intervém para proibir: “é por isso que ele faz passar à categoria pro-

¹¹⁸ Idem, p.234

¹¹⁹ Idem, p. 235

propriamente simbólica o objeto do desejo da mãe, de tal sorte que este deixa de ser somente um objeto imaginário – passa a ser, ainda por cima, destruído, proibido”.¹²¹.

Em outras palavras, o desejo do pai e a lei são uma única e mesma coisa, que vem traçar o caminho do desejo. O desejo da mãe, segundo Lacan¹²², é idêntico à função da lei, na medida em que esta interdita a mãe como objeto. Neste sentido, quando um mandamento se impõe, deseja-se outra mulher que não a mãe, a lei se introduz na própria estrutura do desejo.

Por conseguinte, segundo Lacan¹²³, no terceiro tempo do complexo de Édipo, o pai é aquele que tem o falo e pode dar à mãe o que ela deseja, porque o possui. O pai intervém como aquele que tem o falo e que, conseqüentemente, será internalizado pelo sujeito como ideal do eu. A partir daí, o complexo de Édipo declina. Instala-se a metáfora paterna, instituindo algo que é da ordem do significante e cuja significação se desenvolverá mais tarde, no que concerne também à tipificação sexual.

A metáfora paterna, proposta por Lacan¹²⁴, desde o início de seu ensino, instaura a lei simbólica por meio da própria lei do significante. O pai é uma metáfora, é um significante que se introduz tomando o lugar do significante do desejo da mãe, como diz Lacan: “Com efeito, o que autoriza o texto da lei se basta por estar, ele mesmo, no nível do significante. Trata-se do que chamo de Nome-

¹²⁰ Idem.

¹²¹ Idem, p.235

¹²² LACAN, Jacques (1962-1963). *Seminário X, A Angústia*. Documento de Circulação interna do Centro de Estudos Freudianos de Recife. Mimeo, 1997.

¹²³ Idem.

¹²⁴ LACAN, Jacques (1938). Os complexos familiares na formação do indivíduo. In *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p.29.

do-Pai, isto é, o pai simbólico. Esse é o termo que subsiste no nível do significante, que, no Outro como sede da lei, representa o Outro. É o significante que dá esteio à lei, que promulga a lei. Esse é o Outro no Outro”.¹²⁵.

É neste momento que o desejo do sujeito é significado, à medida que o falo passa a ser um significante fundamental. Como diz Lacan, “o falo é um significante, um significante cuja função, na economia intra-subjetiva da análise, levanta, quem sabe, o véu daquela que ele mantinha envolta em mistérios. Pois, ele é o significante destinado a designar, em seu conjunto, os efeitos de significado, na medida em que o significante os condiciona por sua presença de significante”.¹²⁶. Uma tal concepção leva a entender que o nome-do-pai é o significante do desejo do Outro, o significante de referência do sujeito.

Sintetizando em grande medida as formulações de Lacan, no que concerne à questão do referente fálico em sua obra, nos primeiros anos de seu ensino, o significante fálico é o representante último da significação do sujeito. Entretanto, a partir do seminário *O desejo e sua interpretação*, Lacan afirma que “não há Outro do Outro”.¹²⁷. Isto equivale a dizer que o sujeito barrado, ao buscar no Outro uma resposta, encontra um vazio do lado do Outro, colocando em causa uma radicalização da falta do Outro. A partir de então, a teoria lacaniana dirige-se para uma teoria sobre o real com a elaboração do conceito de objeto “a”.

¹²⁵ LACAN, Jacques (1957-1958). Op. cit., p.152.

¹²⁶ LACAN, Jacques (1958a) A significação do falo. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 697.

¹²⁷ LACAN, Jacques (1958-1959). *O Seminário 6. O desejo e sua interpretação*. Publicação não comercial – circulação interna da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 2002, aula de 20 de maio de 1959.

A noção lacaniana de objeto “a” será introduzida na obra de Lacan a partir desta época, e, é no *Seminário da Angústia*¹²⁸, no ano de 1962, que se pode encontrar a elaboração mais precisa deste tema, o que implica que, no inconsciente, além da função simbólica suportada pelo significante, haja também o real em causa.

A entrada da criança na ordem simbólica, na cadeia significante, condiz com a entrada do sujeito na linguagem, e, nesta operação de simbolização, há um resto, denominado objeto “a”. Como diz Lacan, “o sujeito, [...], constitui-se no lugar do Outro como marcado pelo significante, único sujeito ao qual acede nossa experiência. Inversamente, suspendendo toda a existência do Outro a uma garantia que falta, o Outro barrado. Mas, desta operação há um resto: é o *a*”.¹²⁹

Na constituição da imagem especular do corpo, o falo imaginário, aquilo ao qual a criança identificou-se enquanto objeto que preencheria a falta materna, virá sob a forma de uma falta, representada pelo símbolo - φ . Isso significa que no registro do imaginário, o falo “aparece em menos, aparece como um branco”.¹³⁰ O falo é uma reserva operatória, que além de não ser representada no nível imaginário, é cortada da imagem especular. Segundo Lacan¹³¹, o falo imaginário não é investido no nível da imagem especular, pois permanece investido no nível do corpo próprio, do narcisismo primário. Permanece na reserva e intervirá como instrumento na relação ao Outro, este que perfilará com sua forma e suas normas a imagem do corpo.

¹²⁸ LACAN, Jacques (1962-1963). Op. cit.

¹²⁹ LACAN, Jacques (1962-1963). Op. cit. P.123.

¹³⁰ Idem, p.46.

¹³¹ Idem.

Dito de outra modo: no momento em que a criança é nomeada pelo Outro, a ilusão imaginária se desfaz, pois nomear tem o valor de intimação que o Outro faz ao sujeito mediante o seu discurso. É por meio da palavra do Outro que a criança se separa desta imagem, da qual fazia parte, e não a encontrará jamais. Pois o ato de nomear, segundo Lacan¹³², é uma proibição que implica uma perda, a qual destrói a certeza da imagem. Como diz o autor, “o objeto ilusório não exerce sua função no sujeito humano como imagem, [...]. Ele a exerce como elemento significante, preso numa cadeia significativa”.¹³³

A relação do falo imaginário, do $-\phi$, com a constituição do objeto “a”, “que é esse resto, esse resíduo, esse objeto cujo estatuto escapa ao estatuto do objeto derivado da imagem especular”¹³⁴, coloca-se porque o falo imaginário e o objeto “a” são o suporte da função do desejo. O falo imaginário é chamado de objeto “a” quando se separa deste Outro, constituindo-se na relação do sujeito ao Outro, como resto. Nas palavras de Lacan, “a, é isso aí. É isso aí, quando o corte foi produzido, qualquer que seja, o do cordão, o da circuncisão, outros ainda que iremos designar. Sobra, após este corte, qualquer que seja, algo comparável à banda de *Moebius*, algo que não tem imagem especular”.¹³⁵

Lacan designa o objeto “a” como condição absoluta do desejo, sublinhando que “[...], o objeto do desejo, [...], ele não é apenas parte ou peça desvinculada do dispositivo que aqui imagina o corpo,

¹³² Idem.

¹³³ LACAN, Jacques (1957-1958). Op. cit., p.238

¹³⁴ LACAN, Jacques (1962-1963) Op. Cit.,p.47.

¹³⁵ Idem, p.104.

mas elemento da estrutura desde a origem, [...]”.¹³⁶ Portanto, o objeto “a” é o expoente de uma função de expositor do desejo no Outro, na medida em que é selecionado nos apêndices do corpo como indício do desejo.

Lacan¹³⁷ introduz, sob a forma de algoritmo, simbolizado pela sigla ($\$ \diamond a$), o que vem a chamar de fórmula do fantasma ou lógica da fantasia, para explicar a sujeição originária do sujeito ao Outro. Este algoritmo se propõe a designar a relação entre o sujeito do inconsciente, sujeito barrado, dividido pelo significante que o constitui e o objeto “a”, objeto inapreensível do desejo. Diz Lacan: “O *a*, suporte do desejo no fantasma, não é visível no que constitui, para o homem, a imagem do seu desejo”.¹³⁸

De acordo com Lacan, “o funcionamento do fantasma implica numa síncope temporalmente definível da função do *a* que, forçosamente, em tal fase do funcionamento fantasmático, se apaga e desaparece. Essa afânise do *a*, essa desaparecimento do objeto, na medida em que ele estrutura um certo nível do fantasma, é disso que temos o reflexo na função da causa”.¹³⁹ Com efeito, é por meio da lógica da fantasia, dos olhos do seu fantasma, que o sujeito vê o mundo e constrói sua realidade.

Portanto, a fantasia está a serviço de tamponar a falta constitucional do sujeito, devido à perda irremediável do objeto “a”, causa do desejo. É a partir dessa constituição fantasmática, a qual é inerente ao ser falante, que produzimos sintomas e fantasias, na ânsia de preencher a falta, ou seja, estes são os reflexos da função da

¹³⁶ LACAN, Jacques. (1960 a) Op. cit., p. 689.

¹³⁷ Idem.

¹³⁸ Idem, p.49.

¹³⁹ LACAN, Jacques. (1962-1963). Op. cit, p.256.

causa. Os sintomas e as fantasias impossibilitam o acesso do sujeito à falta e, conseqüentemente, ao desejo, pois estão atrelados à lógica da fantasia, que tem como objetivo suturar a fenda originária do sujeito.

No decorrer do *Seminário da angústia*, Lacan vai elaborando o conceito de objeto “a”, este “objeto dos objetos”¹⁴⁰, propondo-o como um objeto que se separa do corpo, envolvendo uma relação com um objeto perdido, sendo, por sua vez, um objeto cortado que sustenta, então, essa relação. Segundo Lacan, “aquilo do que se trata é sempre de uma separação essencial de uma certa parte do corpo, um certo apêndice, como algo que, numa função, se torna simbólico de uma relação ao corpo próprio, para o sujeito doravante alienado – e fundamental”.¹⁴¹.

Lacan avança e o objeto “a” passa a ter o estatuto de “objeto causa do desejo”¹⁴², ficando atrelado à função da causa. Esta função da causa está vinculada ao corpo e ao objeto recortado e perdido. Diz Lacan: “é essa parte de nós mesmos tomada na máquina, para sempre irrecuperável, esse objeto como que perdido nos diferentes níveis da experiência corporal onde se produz o corte, é ele que é o suporte, o substrato autêntico de toda função como tal da causa. Essa parte de nós mesmos, essa parte corporal é, portanto essencialmente, e por função, parcial”.¹⁴³.

Decorre, então, desta perspectiva, que o significante constitui o sujeito, e o objeto “a”, objeto perdido, causa o desejo no sujeito. O objeto, portanto, está ligado à causa, àquilo que causa o desejo; e

¹⁴⁰ Idem, 251

¹⁴¹ Idem, ibidem.

¹⁴² Idem, p.321.

¹⁴³ Idem, p.253.

o significante, àquilo que constitui o sujeito. Como afirma Lacan, “é propriamente o que é requisitado nessa obsessão do que chamarei a tripa causal, como explicar isso, a não ser pela causa que já está alojada na tripa, se posso dizer, representada na falta, e, igualmente, em toda a discussão mítica sobre as funções da causalidade”.¹⁴⁴.

E, continuando: “A causa, portanto, a causa surge sempre em correlação pelo fato de que alguma coisa é omitida a respeito do conhecimento, alguma coisa que é precisamente o desejo que anima a função do conhecimento”.¹⁴⁵. Lacan segue dizendo que [...] “diante desse funcionamento último da causa, devemos procurar o fundamento, a raiz, nesse objeto escondido, nesse objeto enquanto sincopado”.¹⁴⁶. E mais: “A raiz do conhecimento é esse engajamento de seu corpo”.¹⁴⁷.

Com efeito, afirmar que o corpo foi capturado pelo significante indica que a integridade imaginária do eu foi desfeita, cortada. Este corte fundamental na idéia de corpo afetado pelo significante separa o sujeito do objeto. Lacan ratifica esta questão, dizendo que: [...] “é que há sempre no corpo, e pelo fato mesmo desse engajamento da dialética significante, alguma coisa de separada, alguma coisa de estatuída, alguma coisa desde então inerte – há a libra de carne”.¹⁴⁸.

Com efeito, nesta operação, de entrada do sujeito na cadeia significante, há um resto, que, segundo Lacan, “é alguma coisa que sobrevive à prova da divisão do campo do Outro pela presença do

¹⁴⁴ Idem, p.254.

¹⁴⁵ Idem, p.255.

¹⁴⁶ Idem, p. 256.

¹⁴⁷ Idem, p.257

¹⁴⁸ Idem, p. 257-258

sujeito, - alguma coisa que é o que está formalmente metaforizada, em tal passagem bíblica, na imagem do toco, do tronco cortado, de onde o novo tronco ressurgue nessa função viva [...]”¹⁴⁹.

Segundo Costa e Jardim¹⁵⁰, a questão da libra de carne aparece no texto *Mercador de Veneza*, de Shakespeare com referência à lei da dívida e do dom, e tem que ser tirada bem de perto do coração. Isto significa que é sempre com nossa carne que devemos acertar as contas, carne que nunca foi posta em jogo, que tem função de resto e de zona sagrada. Podemos articular essa questão com a idéia de cepa, como algo que sempre sobrevive e que voltará, enquanto cepa (bacteriana), enquanto vida que se renova, enquanto racismo que se reacende, enquanto lutas que se perpetuam, enquanto drogas que nos consomem.

Esta função de resto é aquela que sobrevive a toda prova do encontro com o significante; algo que fica de fora, que é da ordem do real, que “não cessa de não se escrever”¹⁵¹, do impossível de dizer, do não-dito. Este não-dito, como nos mostra Lacan, pode ter raízes com o corpo, é a libra de carne. Um resto de corpo não simbolizado. É um resto no real.

Efetivamente, nesta operação de simbolização, o sujeito depara-se com a falta que lhe é constitucional, e, por sua vez, tenta preenchê-la. Trata-se da busca para reencontrar esse objeto perdido, para sempre irrecuperável, extraviado nos diferentes níveis da experiência corporal em que se produz o corte no trabalho do significante. Isto é a essência da causa, ou seja, o objeto “a” perdido, objeto causa de desejo.

¹⁴⁹ Idem, p.259

¹⁵⁰ COSTA, Adão L. L. & JARDIM, Luciane L. (2003). Op. cit.

Desta forma, compreendo que este corpo falado, este corpo investido, já tem sua totalidade, de início, comprometida. Isso significa que o corpo não se inscreve todo no campo do imaginário e do simbólico, há sempre um resto que permanece no registro do real.

Lacan, no seminário *Los incautos no yerran*, propõe – no que concerne ao corpo na experiência analítica – que ele está vinculado a “uma ciência do gozo, se cabe a expressão”.¹⁵² Propõe, no que tange ao corpo, que se trata do gozo, e um gozo que, segundo a experiência analítica, é de ordem diferente do gozo fálico. O gozo fálico não tem o mesmo peso que o gozo de dois corpos que gozam um do outro. Segundo Lacan, “a definição mesma é de que seja uma substância gozante [...], é a única coisa que com exceção do mito seja verdadeiramente acessível à experiência. Um corpo goza dele mesmo, ele goza bem ou mal, mas está claro que este gozo o introduz em uma dialética aonde indiscutivelmente fazem falta outros termos para que isso se sustente de pé, a saber, nada menos que este nó”.¹⁵³

A noção de gozo na obra de Lacan, inicialmente, se define pela concepção jurídica do termo. Lacan usa o termo “usufruto”¹⁵⁴, que significa ter a posse ou o gozo de alguma coisa que não se pode alienar nem destruir.

Lacan¹⁵⁵ introduz a questão do gozo a partir da dialética do amo e do escravo, de Hegel. A condição humana é determinada pela

¹⁵¹ LACAN, Jacques (1976-1977). Op. cit. Aula de 8/3/1977. Inédito.

¹⁵² LACAN, Jacques. (1973-1974). *Seminário 21. Los incautos no yerran..* Aula de 20.11.1973. Inédito.

¹⁵³ Idem, Aula de 12.03.1974.

¹⁵⁴ LACAN, Jacques

¹⁵⁵ LACAN, Jacques. (1957-1958). Op. Cit.

luta de prestígio, que é uma luta mortífera entre o sujeito e o Outro, entre a consciência de si e a consciência do Outro. O sujeito só tem consciência de si a partir do Outro. Lacan formaliza esta questão como o gozo do Outro. Afirma: “Com efeito, a partir da situação mítica, se organiza uma ação e se estabelece a relação do gozo e do trabalho. Ao escravo se impõe uma lei: satisfazer ao desejo e ao gozo do outro”.¹⁵⁶ Então, Lacan vai afirmar que quem goza é o escravo, que goza de satisfazer o Outro.

Portanto, o gozo está do lado do escravo. Se o gozo do amo é o de se submeter ao escravo, é o escravo que se submete ao amo. Portanto, é próprio da condição humana o sujeito se submeter ao desejo do Outro, para garantir seu gozo. Lacan formaliza isso como gozar do Outro. O sujeito encontra seu gozo no Outro.

Lacan trabalha, também, a noção de valor de uso baseado em Marx, no que concerne ao gozo. O fato de estar de posse de alguma coisa, no sentido marxista do termo, como o que se acrescenta à matéria pela operação do trabalhador, introduz a noção de valor de uso que, e por deslocamento, Lacan formula como valor de gozo. O que importa ao sujeito é aquilo que tenha valor de gozo. Segundo Lacan, “o *valor de gozo*, eu disse, estava no princípio da economia do inconsciente, disse ainda, sublinhando o artigo *de* fala de sexo, não pelo sexo, sim de sexo”.¹⁵⁷ O sexo só tem valor pelo valor de gozo. Seu valor se exerce pela descarga que produz. O que importa é o valor de gozo que o objeto sexual produz para o sujeito.

No Seminário 20, *Mais, ainda*, Lacan articula o gozo do corpo ao gozo do Outro, afirmando: “a substância do corpo, com a condi-

¹⁵⁶ Idem, p.

¹⁵⁷ LACAN, Jacques. (1967-1968). Seminário 14. La lógica del fantasma. Clase 16 del 19 de abril de 1967. Inédito.

ção de que ela se defina apenas como aquilo de que se goza. Propriedade do corpo vivo, sem dúvida, mas nós não sabemos o que é estar vivo, senão apenas isto, que um corpo, isso goza”.¹⁵⁸.

Lacan articula a noção de traço unário com a questão do gozo, dizendo que este é “a forma mais simples da marca, origem do significante, lugar onde o gozo, esse hùmus do humano, é apalavrado, a-parelhado”.¹⁵⁹. Portanto, entendo que o gozo está ligado à própria ação do significante sobre o corpo. Nas palavras de Lacan, o gozo “é exatamente correlativo à forma primeira de entrada em ação do que chamo a marca, o traço unário, que é a marca para a morte. Observem que nada toma sentido até que a morte entre na jogada”.¹⁶⁰. Um pouco mais adiante, Lacan diz: “A repetição é uma denotação precisa de um traço, que eu extraí para vocês do texto de Freud como idêntico ao traço unário, ao pequeno bastão, ao elemento da escrita, um traço na medida em que comemora a irrupção de gozo”¹⁶¹.

Lacan reitera diversas vezes, no seminário *Mais Ainda*, que o gozo do Outro “não é o signo do amor”, que o amor “pode ser ignorância do desejo. [...]. O desejo conduz à visada da falha, quando se demonstra que o Um só se agüenta pela essência do significante.[...]. O amor, em sua essência, é narcísico, e denuncia que a substância do pretense objetal – papo furado – é de fato o que, no desejo, é resto, isto é, sua causa, e esteio de sua insatisfação, se não de sua impossibilidade”. Acrescenta ainda, que “o amor é impotente, ainda que seja recíproco, porque ele ignora que é apenas o desejo de ser Um, o que nos conduz ao impossível de estabelecer a relação

¹⁵⁸ LACAN, Jacques.(1972-1973) *O Seminário, Livro 20*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

¹⁵⁹ LACAN, Jacques. (1969-1970) Op. cit., 1992, p. 169.

¹⁶⁰ Idem, ibidem.

¹⁶¹ Idem, ibidem.

dos dois sexos”.¹⁶² É o que vai levar Lacan a dizer que “não há relação sexual”¹⁶³, pois o gozo do Outro, enquanto corpo, é inadequado, é perverso, na medida em que o Outro é tomado como objeto “a”.

Todavia, como explica Lacan, “o objeto *a* pode ser dito, como indica seu nome, assexuado. O Outro só se apresenta para o sujeito numa forma as-sexuada”.¹⁶⁴ Portanto, no que tange ao amor e ao sexo, o objeto “a” é o que separa o gozo do corpo do gozo fálico, uma vez que este nada pode dizer sobre o sexo.

O gozo do Outro faz oposição ao gozo fálico. Lacan diz que o gozo, enquanto sexual, é fálico, e que, portanto, não se relaciona com o Outro como tal, denunciando a impossibilidade da relação sexual. Conforme Lacan, “o gozo fálico é o obstáculo pelo qual o homem não chega, eu diria, a gozar do corpo da mulher, precisamente porque o de que ele goza é do gozo do órgão. É por isso que o superego, tal como aponte há pouco como Goza! É correlato da castração, que é o signo com que se paramenta a confissão de que o gozo do Outro, do corpo do Outro só se promove na infinitude”.¹⁶⁵

Lacan articula que “[...] o significante se situa no nível da substância gozante [...]. O significante é a causa do gozo”. Pergunta: “Sem o significante, como mesmo abordar aquela parte do corpo? Como sem o significante, centrar esse algo que, do gozo, é a causa material? [...]”. Referindo-se à causa, como a causa final, Lacan diz que “o significante é o que faz parar o gozo”¹⁶⁶. Portanto, o

¹⁶² LACAN, Jacques. (1972-1973) Op. cit., p.14.

¹⁶³ Idem, p.197

¹⁶⁴ Idem, p.172.

¹⁶⁵ Idem, p.15-16.

¹⁶⁶ Idem, p.36.

significante, ao marcar o corpo, circunscreve o gozo em algumas bordas, recortando o corpo que era, até então, capaz de gozar em toda a superfície. Há, portanto, por meio da inscrição significante, uma perda, uma exclusão de gozo, que marcará o corpo. À medida que o corpo se esvazia de gozo, as inscrições significantes vindas do Outro ganham relevo, localizando o gozo em bordas anatômicas, em torno do que faz buraco, em torno do que não está.

Com efeito, o gozo é da ordem do real, como explicita Lacan, no Seminário *De um outro ao Outro*: “o gozo é aqui um absoluto, isto é real, e tal como o defini: como o que volta sempre ao mesmo lugar”.¹⁶⁷ Acrescenta, ainda, que “tudo o que está recalcado reaparece no real, é precisamente nisto que o gozo é inteiramente real. É que no sistema do sujeito ele não está simbolizado em nenhuma parte [...]”.¹⁶⁸

Portanto, compreendo, a partir da leitura de Lacan, que o significante retorna enquanto marca real, enquanto letra que se repete no gozo que faz parte do sintoma do sujeito. Isto remete àquilo que Freud já apontava, em *Além do princípio do prazer*, que, ao interpretar a significação dos sintomas de seus pacientes, estes insistiam e continuavam a repetir, e, nisso consiste a compulsão à repetição. Como indica Lacan, “[...] deste trajeto sai algo definido como uma perda e que é isso que designa a letra, que se lê como sendo o objeto “a”. Conseqüentemente, não deixamos sem designar o ponto do qual extraímos esta função do objeto perdido: do discurso de Freud sobre o sentido específico da repetição no ser falante. [...] A repetição tem certa relação com o que deste sujeito e deste saber é o limi-

¹⁶⁷ LACAN, Jacques. (1968-1969). *Seminário 16, De um outro al Outro*. Classe de 5/3/1969. Inédito

¹⁶⁸ Idem, Classe de 14/5/1969.

te que se chama gozo”¹⁶⁹.

1.5 – A DIREÇÃO DA CURA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA

Neste subcapítulo, meu intuito é apresentar a proposição lacaniana da prática psicanalítica e estabelecer alguns conceitos fundamentais ao exercício da psicanálise.

O psicanalista dirige o tratamento, que pressupõe, em primeiro lugar, fazer com que o sujeito aplique a regra analítica, a saber, a associação livre. O desejo de escuta do analista é substituído por um deixar falar o inconsciente do analisando. Na direção do tratamento, Lacan¹⁷⁰ propõe que o processo de análise deve iniciar com aquilo que ele chama de retificação das relações do sujeito com o real, que consiste em uma sistematização dos sintomas, ou seja, em mostrar ao paciente que ele está mais do que adaptado à realidade a qual ele denuncia, uma vez que concorre para a sua fabricação.

Na seqüência desse processo, vem o desenvolvimento da transferência e, depois, a interpretação. A transferência, para Lacan, é impensável sem que o paciente se dirija ao analista, e que tome este como “sujeito suposto saber”¹⁷¹. Nesta perspectiva, o analista é colocado no lugar do Outro, lugar anterior e exterior ao sujeito, que o determina. O analista é sujeito suposto saber da significação, que faz surgir a dimensão do desejo, no qual o sujeito está implicado.

¹⁶⁹ LACAN, Jacques. (1969-1970). Op. cit., p.13.

¹⁷⁰ LACAN, Jacques. (1958b) A direção do tratamento e os princípios do seu poder. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

¹⁷¹ LACAN, Jacques (1964). Op. cit., 1988, p.220.

A dimensão do amor presente na transferência produz a sua face de resistência, o que leva Lacan a afirmar que “estamos presos em esperar esse efeito da transferência para poder interpretar e, ao mesmo tempo sabermos que ele fecha o sujeito ao efeito de nossa interpretação”.¹⁷² É neste sentido que Lacan define a transferência como um nó¹⁷³, pois trata-se de um paradoxo, uma vez que, por um lado, a transferência interrompe a comunicação do inconsciente e, ao mesmo tempo, é a condição necessária para que a intervenção do analista tenha o seu alcance.

Uma das dimensões apreendidas na transferência é a do engodo, no que concerne ao amor. O perigo, segundo Lacan¹⁷⁴, é que o Outro seja enganado. Pois, o analisando tenta persuadir o analista de que ele tem o que pode completá-lo; este, por sua vez, pode continuar desconhecendo aquilo que lhe falta. É o círculo da tapeação que faz surgir a dimensão do amor na análise, o que faz da transferência não a revivência de um afeto de outrora, mas a vivência de um embuste, em que “o sujeito, enquanto assujeitado ao desejo do analista, deseja enganá-lo dessa sujeição, fazendo-se amar por ele, propondo por si mesmo essa falsidade essencial que é o amor”.¹⁷⁵

Com efeito, Lacan invoca a questão da *Verneinung*, ou seja, da denegação, fenômeno descrito por Freud, para que os analistas fiquem atentos quanto à interpretação. Pois, não se espera que a interpretação provoque uma convicção nem mesmo assentimento do lado do paciente. É assim, que a resistência é gerada na prática, segundo Lacan ao afirmar que “[...] não há outra resistência à análise

¹⁷² Idem, p.239.

¹⁷³ Idem, p.126

¹⁷⁴ Idem.

¹⁷⁵ Idem, p.240.

senão a do próprio analista”.¹⁷⁶

Para elucidar esta questão de resistência à análise, Lacan¹⁷⁷ diz que se trata das paixões dos analistas, que são as seguintes: o analista tem receios, não de errar, mas de sua ignorância; o analista não quer satisfazer, mas também não quer decepcionar; tem necessidade, que não é de governar, mas de ficar por cima. Acrescenta que o problema situa-se em o analista fazer da relação dual uma ação ideal, que é um equívoco do ponto de vista da situação analítica.

A transferência deve ser manejada, diz Lacan¹⁷⁸, a partir do ponto em que o sujeito se vê amável, e esse outro ponto em que o sujeito se encontra com a dimensão da falta, em que ele é causado pela falta do objeto “a”.

Sobre a tarefa do analista, de analisar, Lacan diz que a fala do analista tem o seu efeito devido à posição que o sujeito lhe outorga, pois, esta é escutada como proveniente do Outro da transferência. Neste sentido, Lacan¹⁷⁹ lembra aos analistas que estes têm de pagar, pelo menos, de três formas: com palavras, na medida em que elas têm o efeito de interpretação; com sua pessoa, na medida em que o analista a empresta aos fenômenos da transferência; e com o que há de essencial em seu juízo mais íntimo, para intervir em uma ação que vai ao cerne do ser.

Lacan propõe ainda, sobre esta questão do ser e da posição do analista, que – no que concerne a seu ser –, é melhor que este se si-

¹⁷⁶ LACAN, Jacques. (1958). Op. cit. p.601.

¹⁷⁷ Idem.

¹⁷⁸ LACAN, Jacques. (1964). Op. cit.

¹⁷⁹ LACAN, Jacques. (1958). Op. cit.

tue em uma “falta-a-ser do que em seu ser”.¹⁸⁰. Nesta medida, o tratamento psicanalítico afirma-se como a realização de um sujeito que se constitui na hiância aberta pela referência ao Outro.

O autor critica a concepção de tratamento baseada na adaptação à realidade, a qual viria ao encontro de conquistar um ego autônomo para o sujeito. Sobre essa questão, Lacan escreve: “aí se reconhece uma miragem surrada que a mais acadêmica psicologia da introspecção já havia rejeitado como insustentável”.¹⁸¹.

A posição do analista só tem um lugar, diz Lacan¹⁸², a de morto. Coloca esta proposição tendo como referência o jogo de bridge, e explica que se trata da abnegação do analista em relação aos próprios sentimentos, imposta pela situação de análise. Conclui, dizendo que é por isso, que “o analista é menos livre em sua estratégia do que em sua tática.”¹⁸³.

A clínica psicanalítica, a partir da leitura de Lacan, é uma clínica do “falasser”, ou seja, de um sujeito que a linguagem produz. Para além da fala, “é toda a estrutura da linguagem que a experiência psicanalítica descobre no inconsciente”.¹⁸⁴. Um vez que a linguagem, com sua estrutura, preexiste ao nascimento da criança, o sujeito, então, é subordinado a um discurso no qual o seu lugar já está inscrito.

Com efeito, Lacan faz uso da lingüística para elaborar uma de suas teses elementares, qual seja, a de que “o inconsciente é estru-

¹⁸⁰ Idem, p.596.

¹⁸¹ Idem, ibidem.

¹⁸² Idem.

¹⁸³ Idem, p.595.

¹⁸⁴ LACAN, Jacques. (1957) A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p.498.

turado como uma linguagem”¹⁸⁵. Nesta perspectiva, as formações do inconsciente, os chistes, os atos falhos, os lapsos e os sintomas, tanto nas neuroses como nas psicoses, são estruturados como uma linguagem.

Lacan¹⁸⁶ afirma que os mecanismos do processo primário descritos por Freud equivalem exatamente às funções da metáfora e da metonímia na linguagem, ou seja, os efeitos de substituição e de combinação do significante nas suas dimensões sincrônicas e diacrônicas, conforme aparecem no discurso.

Lacan articula, assim, sua doutrina do significante. Nesta, ele vai afirmar a supremacia do significante sobre o significado, invertendo a escrita do algoritmo saussuriano. Para Saussure, o significante é a representação psíquica do som, imagem acústica, tal como nossos sentidos o percebem, e o significado é o conceito que a ele corresponde. As operações da metáfora e da metonímia em ação na linguagem, no entanto, permitem que o signo lingüístico não seja lido em sua relação contextual.

Para melhor compreensão deste tópico, Lacan propõe um exemplo: duas crianças dentro de um trem; este pára em uma estação e, da janela de onde estão sentadas, as crianças vêem as portas dos sanitários. – “Olha! diz o irmão, chegamos a Mulheres! – Imbecil! responde a irmã. Não está vendo que estamos em Homens?”¹⁸⁷ Lacan observa que as crianças escolhem não o significado (sanitário), mas o significante correspondente ao sexo oposto, demonstrando, portanto, a supremacia deste, o significante, em relação àquele, o significado.

¹⁸⁵ LACAN, Jacques. (1955-1956). *O Seminário, Livro 3, As psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988, p.139.

¹⁸⁶ LACAN, Jacques. (1960 b). Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

ficado.

No algoritmo lacaniano, o significante encontra-se sobre a barra do significado; esta barra que os separa é a própria inscrição do recalque. Nesse sentido, a interpretação psicanalítica poderia reduzir-se a um fato de linguagem. Ao interpretar, tratar-se-ia de dar sentido ao significante, de associar a ele uma significação. Esse modelo de interpretação não nos levaria muito longe, uma vez que, o fato de dar sentido, ou até mesmo associar uma significação ao que se apresentasse como formação do inconsciente, constituiria um obstáculo ao prosseguimento do discurso.

Lacan critica este modelo de interpretação, no seminário *As formações do inconsciente*¹⁸⁸. Pede aos analistas que fiquem atentos e desconfiem dessa forma de interpretar, pois, ao intervir, o analista arrisca-se a fazer mais do que quer fazer. Ele se arrisca a homologar, e estereotipar, a reduzir e a identificar o mesmo com o mesmo.

Decorre desta perspectiva, uma proposição de Lacan que se opõe radicalmente a essa forma de intervenção do analista, a saber, a definição mesma de significante - “um significante é o que representa um sujeito para outro significante”¹⁸⁹. Esta definição concebe que o significante é autônomo em relação à significação. Portanto, o significante assume a função de representar e determinar o sujeito frente a outro significante. O significante, tal como se inscreve no inconsciente, determina a história do sujeito e sua relação ou não-relação com outrem.

Por conseguinte, a interpretação não está aberta a todos os

¹⁸⁷ Idem, p.503.

¹⁸⁸ LACAN, Jacques. (1957-1958). Op.cit.

¹⁸⁹ LACAN, Jacques (1960). Op. cit., p.833.

sentidos, sob pretexto de que se trata da ligação de um significante a um significante. A interpretação, diz Lacan, “ tem por efeito fazer surgir um significante irreduzível. É preciso interpretar no nível do s, [...], que é uma significação”.¹⁹⁰. Interpretar, neste âmbito, faz surgirem significantes, os quais são irreduzíveis feitos de não-sentido. Significantes traumáticos, ao qual, o sujeito está assujeitado.

Lacan, no texto *A direção do tratamento e os princípios do seu poder*¹⁹¹, articula a questão do desejo e de sua interpretação, retomando a *Traumdeutung* de Freud. Ao analisar o sonho da “espirituosa açougueira”, demonstra a estrutura de linguagem que nele se faz presente e sua articulação com o desejo. A linguagem engendra-se pelas leis de substituição de um termo por outro, para produzir o efeito de metáfora, e a combinação de um termo com o outro para produzir o efeito de metonímia. Nesta perspectiva, Lacan propõe o “sonho como metáfora do desejo”¹⁹², afirmando que “o desejo é a metonímia da falta-a ser.”¹⁹³.

O desejo do sujeito só é captado na interpretação analítica. Neste sentido, a intervenção do analista é a de fundar, na dialética da transferência, a noção do Outro como sendo o lugar da manifestação da fala. Pois, se “o desejo do homem é o desejo do Outro”¹⁹⁴, é na hiância aberta pelo efeito dos significantes que surge a falta-a-ser e, neste intervalo, o desejo se manifesta. Portanto, é para o seu desejo que o sujeito é dirigido, canalizado no tratamento analítico.

¹⁹⁰ LACAN, Jacques (1964). Op. cit., p.236..

¹⁹¹ Idem.

¹⁹² Idem, p.628.

¹⁹³ Idem, p.629.

¹⁹⁴ LACAN, Jacques. (1958). Op. cit., p.634.

Segundo Chemama¹⁹⁵, a interpretação não consiste em dar ao sonho um sentido, mas reintroduzir o equívoco, o duplo sentido. E, muitas vezes, para que haja dois sentidos basta uma única expressão. Sendo assim, a interpretação deve comportar duplo sentido para que tenha alcance, para que conserve uma parte de enigma. Ao retomar a fórmula lacaniana, “um significante é o que representa o sujeito para um outro significante.”¹⁹⁶, Chemama propõe que uma das maneiras de interpretar pode ser a “prática do trocadilho”¹⁹⁷, pois o significante pode ser um grupo de fonemas; no entanto, não se confunde com a imagem acústica.

A compreensão do autor sobre o tema vai ao encontro do que Lacan diz no seminário *O avesso da psicanálise*: “a interpretação – aqueles que a usam se dão conta – é com frequência estabelecida por um enigma.”¹⁹⁸. Enigma, que é colhido no próprio discurso do paciente.

Portanto, para Lacan, a interpretação incide no nível do significante; no entanto, vai em sentido inverso ao da relação habitual entre significante e significado. A interpretação não acrescenta nenhuma significação, ela remete as significações a um significante. E, para dar idéia mais precisa daquilo que pode ter valor de significante, Lacan¹⁹⁹ propõe que estes podem ser da ordem do provérbio, ou ainda, da locução. Cita a expressão “à beça”²⁰⁰, dizendo que esta não quer dizer outra coisa senão a subversão do desejo, a direção da cura no tratamento analítico.

¹⁹⁵ CHEMAMA, Roland. (2002). Op. cit.

¹⁹⁶ LACAN, Jacques. (1960). Op. cit., p.833

¹⁹⁷ CHEMAMA, Roland. (2002). Op.cit.,p. 209.

¹⁹⁸ LACAN, Jacques. (1969-1970) Op. cit., 1992, p.35

¹⁹⁹ LACAN, Jacques. (1972-1973). Op. cit., p.30

De mais a mais, para explicar esta questão, Lacan afirma que “o significante é besta”²⁰¹, pois é a uma besteira, do tipo provérbio ou expressão estereotipada, que estamos assujeitados. E, é levando-o em conta e deparando-se com ele, na análise, que o sujeito irá tirar algumas conseqüências destes ditos, que não podem desdizer-se.

Ao reiterar a posição de Lacan, Chemama expõe que “o analisante pode formar, de sua história ou de seu desejo, muitas idéias diferentes. Mas, para que algo venha a mudar para ele, é preciso que, a partir disso, possa surgir um significante bastante novo, a ponto de ser surpreendente. Que esse significante, novo para o sujeito, seja, todavia, uma forma de provérbio ou de expressão estereotipada, é certamente paradoxal, mas perfeitamente essencial.”²⁰².

Lacan²⁰³ afirma que, na psicanálise, convém reduzir tudo à função de corte no discurso, por mais paradoxal que isso possa ser, pois o discurso na sessão analítica só tem valor por tropeçar ou até se interromper, uma vez que “esse corte da cadeia significante é o único para verificar a estrutura do sujeito como descontinuidade no real”.²⁰⁴. Por este caminho, acrescenta ainda Lacan, encontra-se o imperativo freudiano, a saber, *Wo Es war, soll Ich werden*.

²⁰⁰ Idem, ibidem.

²⁰¹ Idem, p.32.

²⁰² CHEMAMA, Roland. (2002). Op. cit., p.202.

²⁰³ LACAN, Jacques. (1960). Op. cit.

²⁰⁴ Idem, p. 815.

2 – A CLÍNICA PSICANALÍTICA

2.1 – A CLÍNICA PSICANALÍTICA NO AMBULATÓRIO DE NEUROLOGIA

O desenvolvimento desta pesquisa teve lugar na Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, no Ambulatório de Ensino da Cefaléia do Complexo Hospitalar Santa Casa, coordenado pela médica-neurologista Doutora Liselotte Menke Barea.

Esta experiência, com pacientes da clínica médica neurológica, iniciou-se a partir da imagem de uma fotografia que ilustrava uma reportagem da revista do hospital sobre o Ambulatório da Cefaléia, na qual um médico, com seu estetoscópio, auscultava a cabeça de uma paciente que sofria de cefaléia primária. Aquilo imediatamente chamou-me a atenção e pensei que, talvez, outra escuta, com outro instrumental, se fizesse possível em casos como aquele. Ali estava indicado, de certa forma, que era preciso escutar o que estes pacientes tinham a dizer.

Motivada por isso, fiz uma oferta na busca de encontrar a respectiva demanda. E, a proposta de trabalho foi bem acolhida. Pas-

sei, então, a desenvolver algumas atividades nas dependências desse ambulatório. Foram elas: atendimento psicanalítico de pacientes encaminhados pelos médicos-neurologistas, interconsultas e reuniões de equipe, nas quais discutíamos os casos com o intuito de ampliar e qualificar os diagnósticos e tratamentos dos pacientes. Além disso, estas reuniões configuravam-se também, como espaço de estudo e ensino da medicina e da psicanálise.

Inicialmente, a demanda da equipe médica dirigida a mim foi a de atender os pacientes com cefaléia crônica diária. Evidentemente, o pedido de atendimento a esses pacientes vinha no sentido de aliviar o seu sofrimento, de fazê-los conviver melhor com suas dores, por exemplo, e não na perspectiva de eliminar os seus sintomas.

Este pedido veio ao encontro do lugar que a psicanálise tem para a medicina, conforme assinala Lacan, segundo quem a medicina admite a psicanálise como uma espécie de ajuda externa, comparável à dos psicólogos e de outros assistentes terapêuticos, o que o leva a dizer que: “Atualmente, este lugar é marginal e, como já escrevi mais de uma vez, extraterritorial”.²⁰⁵

Entretanto, é nas bordas desta extraterritorialidade que nós, psicanalistas, trabalhamos nas instituições hospitalares. O trabalho na instituição hospitalar e o constante contato com a lógica objetiva e racional do discurso médico-científico questionam e desafiam o analista no que concerne aos seus fundamentos teóricos e práticos. Além disso, como bem coloca Freud: “Em si toda a ciência é unilateral. Tem de ser assim, visto que ela se restringe a assuntos, pontos de vista e métodos específicos. É uma insensatez [...] lançar uma ci-

²⁰⁵ LACAN, Jacques. (1966). Op. cit., p.86.

ência contra a outra”²⁰⁶.

Na minha experiência, a equipe médica dirigia-se a mim para relatar que muitos pacientes ditos crônicos faziam abuso da medicação, melhoravam muito pouco com os remédios administrados, além de já terem sido prescritas quase todas as medicações disponíveis no mercado para aqueles casos. A demanda dos pacientes era por novas medicações, pois as antigas já não faziam mais efeito, por novas alternativas de tratamento, por novos exames. Tais atitudes eram constantes quando se tratava de pacientes crônicos, que tinham como queixa central a cefaléia.

A equipe médica não media esforços para atender a exigência dos pacientes por novos agentes terapêuticos, novas combinações químicas proporcionadas pelo arsenal medicamentoso que existe atualmente, direcionado para o sistema nervoso central. Todavia, em muitas ocasiões, a melhora esperada com as novas medicações não resultava a contento, nem para os médicos, muito menos, para os pacientes.

O médico, diz Lacan, é solicitado na função de fisiologista científico; entretanto, sofre também outras demandas: “[...] o mundo científico tem em suas mãos um número infinito do que pode ser produzido com agentes terapêuticos novos, químicos ou biológicos, que coloca à disposição do público e pede ao médico, como se fora um distribuidor, que os coloque a prova [...]”²⁰⁷.

Lacan considera que é na dimensão da demanda que se exerce estritamente a função médica. Entretanto, não é necessário ser psi-

²⁰⁶ FREUD, Sigmund. (1926). Op. cit., 1974, p.262.

²⁰⁷ LACAN, Jacques. (1966). Op. cit., p.90.

canalista, diz Lacan²⁰⁸, e, muito menos, médico, para saber que, quando alguém pode ser nosso melhor amigo, homem ou mulher, pede algo, isto não é em nada idêntico, e inclusive, às vezes, pode ser diametralmente oposto àquilo que deseja. Desta forma, postula que existe a estrutura de uma falha entre a demanda e o desejo.

Portanto, ao escutar a demanda, tanto dos médicos quanto dos pacientes, é preciso, para além dela, escutar o desejo. Dentro desta perspectiva, situo o trabalho do analista, que escuta “no nível da linguagem algo que está mais além da consciência, e é ali aonde pode situar-se a função do desejo”²⁰⁹.

Desta forma, minha proposta de realizar interconsultas tinha o objetivo de inserir um dispositivo psicanalítico no meio médico, que foi teorizado por Del Volgo²¹⁰ como o “instante de dizer”. Na proposta do autor, é uma prática realizada por meio do acompanhamento das consultas médicas e entrevistas junto aos médicos, com o intuito de ampliar e qualificar os diagnósticos e os tratamentos dos pacientes. O objetivo dessa prática é inscrever qualquer acontecimento somático – seja a dor, seja a preocupação hipocondríaca, originária ou secundária, produzida por uma alteração corporal –, no campo da fala e da linguagem, campo específico ao sujeito humano.

A partir do plano de uma consulta especializada em medicina, Del Volgo²¹¹ propõe-se a tratar dos discursos do sofrimento e das queixas ditas somáticas, possibilitando, mediante esse breve encontro, uma construção do mito individual do paciente sobre a doença,

²⁰⁸ Idem.

²⁰⁹ Idem, p.95

²¹⁰ DEL VOLGO, M. J. *O instante de dizer – o mito individual do doente sobre a medicina moderna*. São Paulo: Escuta, 1998.

²¹¹ Idem.

um momento de ruptura e de abertura na seqüência de cuidados e de exames. O fato de se integrar um dispositivo psicanalítico, ou seja, a escuta da singularidade do paciente, no meio de equipamentos, leitos, remédios e da objetividade da consulta médica, que está centrada na eliminação do sintoma, pressupõe reconhecer a existência de alguém que sofre e que, ao procurar o médico, tem algo a dizer.

A interconsulta permite modificar a estrutura de assistência centrada na doença para uma forma de trabalho focalizada no paciente, valorizando o lugar da relação médico-paciente e aprofundando o estudo da situação do paciente e dos profissionais nas instituições hospitalares.

Este tipo de proposição foi possível à medida que houve uma abertura, por parte dos médicos, para escutar, constatar e reconhecer, em si mesmos e em seus pacientes, as manifestações do inconsciente. As interconsultas com os médicos proporcionaram-lhes muitos “instantes de dizer” e quiçá, conseqüentemente, para os seus pacientes. Alguns casos desdobraram-se em pedidos de análise.

As reuniões de equipe centravam-se no estudo e na educação dos profissionais envolvidos com a clínica da cefaléia. Era um espaço de formação profissional para a equipe, pois nele havia a perspectiva de interagir de forma interdisciplinar e de se realizarem trocas, a partir das diferentes disciplinas, no que concerne ao diagnóstico e ao tratamento dos pacientes. Além disso, essas reuniões configuravam-se como espaço de estudo e ensino da medicina.

Quando iniciei meu trabalho no ambulatório de neurologia, imaginava Freud, há mais de cem anos atrás, quando no início de seu trabalho no hospital e no seu encontro com pacientes que possuíam paralisias, cuja origem não era explicada pela anatomia, pacien-

tes com uma riqueza de sintomas corporais muito grandes, que não estavam relacionados diretamente com uma lesão orgânica.

Ao me deparar com esta clínica riquíssima, fiquei surpresa, pois não imaginava a quantidade de trabalho que existe em um ambulatório de neurologia para o psicanalista. Entretanto, a demanda pela escuta analítica não é explícita. É preciso fazer uma oferta.

Portanto, trata-se da inserção da psicanálise no meio médico e da intersecção e do diálogo possível entre estes dois campos do saber. Sobre este aspecto, ou seja, da relação com o campo médico, não se trata de um amálgama com as teorias ou práticas da medicina, como já foi mencionado anteriormente a propósito de algumas teorias da mente. Trata-se de, com base na prática psicanalítica, contribuir para o tratamento do sofrimento humano.

Geralmente, qualquer ser humano, que tem episódios eventuais de cefaléia, por exemplo, toma uma aspirina e não vai ao analista em busca de alívio para a dor latejante na cabeça. Isso também ocorre na clínica, com pacientes que sofrem de alguma doença ou disfunção orgânica; a priori, procura-se o médico, que tem o saber específico sobre o corpo e suas doenças. O analista será indicado se o médico encontrar-se em estreita relação transferencial com este. Isto significa que, é somente a partir do encaminhamento que o médico faz para o analista, que uma demanda – que inicialmente é do médico, ou seja, a de que seu paciente procure um psicanalista – poderá estabelecer-se.

Todavia, para o médico, muitas vezes, não é fácil fazer esse encaminhamento. Primeiro, porque precisa considerar que sua ciência e sua arte de curar não estão tendo resultados satisfatórios para aquele paciente. Muitas vezes, o paciente não está se beneficiando

da medicação. Diga-se de passagem: pelo que tenho observado da prática médica neurológica e psiquiátrica, acertar a medicação para o sistema nervoso central de um indivíduo não é tarefa fácil. Tentam-se muitos medicamentos até se encontrar algum que seja adequado ao caso, sem maiores efeitos colaterais. É um desafio, para um ser humano que possui um saber, devolvê-lo, recuperando a saúde de outro ser humano. Sabemos que existem muitas questões que podem estar implicadas nesta relação médico-paciente e, como segundo Lacan²¹² dizia Balint, o médico, ao receitar, receita a si mesmo.

Em outro plano, o médico estará reconhecendo também, que existe outro corpo em jogo, ao qual, com sua instrumentalização, ele não tem acesso. Como encaminhar um paciente que possui dor de cabeça para um analista? Por que o sujeito que sofre de cefaléia teria que ir ao psicanalista? Muitas vezes, o paciente reage mal à indicação do médico para buscar o psicanalista, pois suas dores não têm nada de subjetivas, pensa ele. O paciente, para que possa aceitar esta indicação, precisa estar transferenciado com o médico. E, quando o paciente chega ao analista, torna-nos, a nós, analistas, herdeiros dessa transferência.

O problema também se encontra do lado dos psicanalistas, pois grande maioria destes acredita que o corpo não é objeto de investigação e nem de tratamento da psicanálise. Os que pensam assim, provavelmente não compreendem o que é o corpo para a psicanálise, e, em particular, sob o ponto de vista lacaniano. A noção de corpo parcial, proposta por Lacan, rompe com a dicotomia cartesiana de corpo e alma, possibilitando outra compreensão do estatuto do

²¹² LACAN, Jacques. (1966). Op. cit., p.15.

corpo.

2.2 – INSCREVENDO E ESCREVENDO O CORPO, O CASO DE JOANA.

Baseada na tese lacaniana de que o corpo é parcial para a psicanálise, a partir de minha experiência clínica, e, particularmente, deste caso, defendo a tese de que quando há uma emergência do real, relativo a uma doença ou disfunção orgânica, o corpo pode permanecer atrelado ao real, ou seja, não se inscreve no registro imaginário e simbólico. Em outras palavras, o corpo não se constitui enquanto um corpo parcial, um vez que o objeto “a”, causa do desejo, que deve ser perdido nos diferentes níveis da experiência corporal não é perdido.

Conforme anteriormente referido, o corpo para a psicanálise lacaniana é estruturado, primeiramente, como um corpo imaginário, a partir da fase do espelho. Somente com a mediação de um terceiro, o corpo simbólico, que é o resultado da incorporação da linguagem, irá se constituir. Há também, como substrato desta operação, um resto de corpo, que permanece no registro do real, que é aquilo que resta após a incorporação da linguagem nele.

Os fragmentos do caso clínico apresentados são exemplares para a defesa desta tese. Pois, as vicissitudes e os obstáculos que surgiram na história de vida deste sujeito fizeram com que grande parte do corpo desta paciente permanecesse no registro do real, devido a uma impossibilidade de inscrições significantes neste corpo pelo Outro.

Joana, hoje com 12 anos de idade, nasceu com uma doença chamada hemiplasia congênita da supra-renal, caso raro de hermafroditismo. É uma doença que faz com que o indivíduo desenvolva caracteres secundários de outro sexo, que não o da sua anatomia interna.

Joana chega para análise encaminhada pelo neurologista, pois, ademais de toda a sua problemática, a paciente sofria, também, de dores de cabeça. O percurso por vários setores do complexo hospitalar fazia parte da rotina de Joana desde seu nascimento. Chegou, portanto, ao ambulatório da cefaléia após inúmeras avaliações e prescrições médicas, além de já ter sido submetida a duas cirurgias de clitoroplastia, uma aos cinco anos e outra recentemente, na qual foi preciso restituir um clitóris que insistia em transformar-se em pênis.

A medicina, no exercício de seu ofício, tentou corrigir as deformidades do corpo de Joana sustentando um ideal de corpo feminino. Os médicos buscaram, através de cirurgias e prescrição de hormônios, restaurar um corpo ideal, que foi perdido a partir da realidade da doença de Joana. As cirurgias e os hormônios femininos aos quais Joana foi submetida foram ao encontro de restituir as expectativas que geralmente todos os seres humanos têm sobre o corpo, de que este seja perfeito e saudável.

Joana, em análise, desenha cabeças de gado no estábulo, apenas as cabeças, o corpo dos animais não aparece no desenho, está fora do campo visual. Este desenho é acompanhado da seguinte fala. Joana diz “o corpo, o corpo não dá para escrever”.

O que não pode ser escrito? O corpo que não foi inscrito pelo Outro. É o que vamos testemunhar quando Joana apresenta a folha

em branco, sem contornar o espaço que supomos ser o correspondente ao corpo. Esse lugar não está inscrito, o que possibilitaria a Joana delimitar, contornar o corpo.

As possibilidades de escrever são dadas pelas inscrições significantes oriundas do Outro. Quando estas são incipientes, o sujeito encontra-se impossibilitado de escrever, pois justamente são as inscrições que permitem as escrituras. Isso se confirma por meio do desenho infantil, no qual, estão implicados o real do corpo e o imaginário de seu esquema mental. As integrações de partes do corpo, mais ou menos, ordenadas, funcionam, como diz Lacan “como os elementos de uma heráldica, de um brasão do corpo”.²¹³

A inscrição significativa passa necessariamente, pela possibilidade de que Outro venha a investi-lo de libido. A imagem, neste investimento, tem a sua primazia, como já enfatizava Lacan²¹⁴ ao se referir ao estágio do espelho. Neste recorte clínico, é possível articular o fundamento da proposta de Lacan, no que concerne à fase do espelho como estruturante deste corpo, que inicialmente, é chamado de corpo imaginário.

A visão é um dos fatores importantes para o estabelecimento da primazia da imagem na relação do homem com o mundo. A imagem do semelhante atua como causa que instaura, no nível psíquico, a identificação com esta imagem. O corpo é unificado por meio da antecipação de uma imagem, imagem na qual o sujeito se aliena; por isso é chamada de identidade alienante, pois a criança identifica-se com a imagem virtual de si, com a imagem que lhe é dada pelo Outro. Portanto, o eu-corporal do sujeito está alienado nesta imagem

²¹³ LACAN, Jacques. (1960). Op.cit.,p.818.

²¹⁴ LACAN, Jacques. (1953-1954). Op.cit.

que é para o outro-Outro.

A impossibilidade desta paciente em desenhar/escrever o corpo revela-me a impossibilidade do investimento narcísico dos pais em Joana. Este narcisismo primeiro está relacionado à imagem corporal, é a fonte imaginária do próprio corpo do sujeito, é o que possibilita ao ser humano vir a simbolizar o seu corpo e conseqüentemente, representá-lo.

A relação imaginária mãe-bebê foi obstaculizada, neste caso, por um atravessamento da realidade, que desviou o olhar da mãe para o real da doença de Joana, impedindo que a imagem do corpo da filha fosse investida de libido. A mãe de Joana não conseguiu dispensar os cuidados e as carícias necessárias ao corpo do bebê, que o marcariam de forma singular. O fato de Joana ser hermafrodita impediu que sua mãe interagisse com ela, o que a levaria para um mais além da doença, constituindo-a como um ser ^{desejante e sexuado}. Nesta perspectiva, a mãe ficou atrelada a um ideal de corpo perfeito, que foi perdido com a doença, ideal este que o saber médico tentou restituir. Ao ficar amarrada a este ideal, a mãe não conseguiu erogeneizar o corpo de Joana, sustentar uma outra posição, que viria construir uma imagem para este sujeito-corpo, além de um lugar no seu desejo e na sua vida.

As cirurgias realizadas em Joana tentam inscrever, marcar o corpo e introduzir, a partir do corte cirúrgico, uma tipificação sexual. Entretanto, este corte parece não fazer buracos no real, o que inscreveria este corpo em uma dimensão imaginária e simbólica. Dito de outra forma, o corte do cirurgião é um corte na carne deste corpo, porém, isto não equivale a um corte no real que separaria o objeto do sujeito/corpo.

A medicina, para realizar o seu ato médico, precisa, por uma questão própria a sua metodologia, objetualizar o sujeito tomando-o como órgão. A objetualização do sujeito circunscreve o próprio campo de ação da medicina, método necessário para o médico poder operar. E é através desta perspectiva, ou seja, do órgão, que o ato médico/cirúrgico tenta inscrever o sexo feminino, construindo uma vagina para Joana.

Ao analisar a questão da constituição do corpo de Joana a partir do esquema ótico, proposto por Lacan, entendo que não se produziu a ilusão do vaso com o buquê invertido estrutuante da imagem para o sujeito. Neste caso o imaginário não recobriu o real, pois o ideal de corpo foi perdido e impossibilitou o olhar desta mãe para o corpo de sua filha. O corpo de Joana permaneceu atrelado ao real, é um corpo impossível de escrever, é um corpo real, segundo a definição de Lacan de real : “o real como o impossível”.²¹⁵.

Em outras palavras, o corpo de Joana inscreve-se no real, à medida que o real é da ordem daquilo que “não cessa de não se escrever”²¹⁶, ou seja, o corpo da paciente não cessa de não se escrever, segue sem bordas anatômicas definidas. “O real é o possível esperando que se escreva”²¹⁷, colocou Lacan; entretanto, esperando sem escritura permaneceu o corpo de Joana.

Dito de outro modo, o corpo de Joana é um corpo sem registro, sem memória. Esta afirmação está baseada nas proposições de Ana Costa em seu livro *Corpo e Escrita*²¹⁸. Segundo a autora, regis-

²¹⁵ LACAN, Jacques. (1964). Op. cit., p. 159.

²¹⁶ LACAN, Jacques. (1976-1977). Op. cit.

²¹⁷ Idem, ibidem.

²¹⁸ COSTA, Ana. *Corpo e escrita: relações entre memória e transmissão da experiência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

tro é aquilo que se inscreve no corpo a partir da intervenção do Outro, que permite que o sujeito se reconheça, identifique-se. As relações entre memória e transmissão da experiência necessariamente passam pelo corpo na sua relação com o semelhante e com o real para que se possa produzir um registro.

Entretanto, na entrada do sujeito na linguagem, algo sempre fica de fora, que é da ordem do real e que persiste em não se inscrever, o impossível de dizer, o não-dito. A linguagem não recobre todo o corpo do sujeito; portanto sempre fica existindo um resto do corpo não simbolizado. É um resto no real. Assim sendo, por mais que o narcisismo dos pais e o desejo do Outro venha a inscrever imagens e significantes no corpo do sujeito, algo sempre fica de fora, faz parte da falha constitucional humana.

É, justamente, porque o corpo não é investido em sua totalidade e nem recoberto completamente pela linguagem que podemos denominá-lo corpo parcial. A parte não investida, isto é, a parte perdida será chamada de objeto, objeto perdido que é permanentemente buscado, mas nunca reencontrado, pois nunca o encontramos no espelho, apenas nossa imagem especular.

No caso de Joana, evidenciou-se que o real do corpo permaneceu atrelado ao real da doença, à problemática biológica. Pois, o corpo de Joana não é apenas um resto de real do corpo, ou seja, um corpo parcial, é um corpo que permaneceu como global. O real foi insignificante marcado pelo imaginário e pelo simbólico. Trata-se de um corpo total, um corpo sem buracos, sem marcas que o singularize, um corpo sem lugar, sem significante.

Trata-se de um corpo que permaneceu, em grande parte em seu registro real, uma vez que houve um real traumático, que se impôs,

impossibilitando o processo, primeiro, de narcisamento de Joana e conseqüentemente, uma inscrição significativa pelo Outro. A hemiplasia congênita da suprarenal é o que, neste caso, chamo de real traumático, uma doença da realidade do corpo de Joana.

Portanto, Joana não ocupou, para sua mãe, o lugar de falo imaginário, o que não possibilitou o investimento narcísico sobre o seu corpo e as primeiras inscrições imaginárias. Da mesma forma, os significantes, que dizem respeito à sexuação ficaram sem inscrição, uma vez que a mãe de Joana diz, ainda hoje, não saber se ela é menino ou menina.

Então, este corpo, além de ser mal falado, é um corpo que foi muito pouco investido libidinalmente; e portanto, mal amado. Pois, este sujeito não se constituiu como falo imaginário para o outro/Outro. O falo não foi investido no nível do corpo, do narcisismo primário, e não se constituiu como esta reserva em relação ao Outro, que, a partir de suas formas e normas, inscreveria a imagem do corpo.

Outrossim, a entrada de Joana no campo simbólico ficou obstaculizada, o que não a constituiu enquanto sujeito desejante. As questões que se colocam são: Existe um lugar simbólico para esta criança junto a seus pais? É fálico para a mãe gerar um criança que tenha dois sexos? É fálico para a mãe ter um filho hermafrodita? Há uma recusa da diferença sexual? À medida que fazemos estas perguntas, nelas estão colocadas as respostas.

Joana desenha apenas a cabeça, é o que ela consegue desenhar, escrever. Podemos considerar que, a princípio, esta parte de seu corpo foi inscrita; entretanto, ela sofre também de dor de cabeça. O modo de dar forma, de circunscrever, ou ainda, de contornar

uma parte do seu corpo manifesta-se por meio da dor. Assim sendo, parece que é por esta via, dolorosa, que Jona consegue inscrever uma parte do seu corpo.

Entretanto, Joana não deixa de estar submetida a dor, neste sentido, a dor conserva toda a sua dimensão de real. A dor registra isso que é da ordem do impossível, da ordem do real, ou seja, de uma cabeça sem corpo.

O real, coloca Chemama, “não está onde se espera.[...] Não em uma doença, mas em um esboço de dor. Naquilo que está relacionado com o pouco, com a falta. Naquilo que tem alguma deficiência.”²¹⁹ Com efeito, a dor pode ser entendida como um encontro com o real, uma vez que no caso de Joana, o corpo parcial não se inscreve, à medida que falta a falta do objeto “a”, causa do desejo. O corpo de Joana é um corpo absoluto, no qual, não falta nada, é um corpo que porta os dois sexos e não comporta nenhuma sexualidade.

O corpo de Joana é um corpo no qual o falo imaginário, que vem ser o objeto “a” em uma segunda volta, ou seja, no plano simbólico, não é investido. Desta forma, considero, em retrospecto, que é impossível perder algo que nunca se teve, no caso o objeto “a”, que viria a se constituir como tal no plano simbólico. Uma vez que este já não foi constituído no registro do imaginário, ou seja, como falo imaginário.

Portanto, este corpo é um corpo totalizado, ou seja, um corpo completo, sem falta, no qual faltam inscrições significantes, é um corpo impossível, um corpo que não cessa de não se escrever; portanto, um corpo real.

²¹⁹ CHEMAMA, Roland. (2002). Op. cit., p.27.

Nesta perspectiva, podemos articular também, a questão da seguinte forma: o corpo é substância gozante, o significante marca o corpo e circunscribe o gozo a algumas de suas bordas; portanto, barra o gozo, que antes era capaz de gozar por toda a superfície do corpo. O gozo, nos disse Lacan, é real; portanto, as inscrições significantes esvaziam o corpo do real, ou seja, fazem buracos no corpo, buracos no real, excluindo o gozo.

Com efeito, neste caso clínico, o corpo do sujeito goza ilimitadamente, permanecendo atrelado ao real. O corpo fica desmesuradamente no registro do real, não esburacado pelos significantes que viriam barrar o gozo, ao introduzir as bordas no corpo.

Com efeito, no que tange a direção da cura, o convite para Joana foi para escrever, para tentar “dar conta de algo não registrado do lado do autor. Ou seja, ao tentar transmitir algo pela escrita, o autor tenta produzir um ato que tenha o valor de um registro. Nessa produção de ato, na constância de alguém que precisa transmitir algo por essa via, ali se precipita um estilo.”²²⁰

2.3 – A DOR DA EXISTÊNCIA E A EXISTÊNCIA DA DOR

A dor da existência e a existência da dor é uma sintaxe que diz das construções da análise desta paciente. As construções em análise, segundo Freud, constituem “apenas um trabalho preliminar”²²¹, realizado com esta paciente na busca de fazer surgir significantes traumáticos aos quais Ângela estava assujeitada.

A fala sobre a dor é interminável. A dor atingia quase todo o

²²⁰ COSTA, Ana. (2001) Op. cit., p.134.

corpo de Ângela, pois, além da cefaléia crônica diária, também sofria de lombalgias, dores nas pernas e nos braços. Houve uma vez, que um médico lhe deu o diagnóstico de fibromialgia.

As dores eram inesperadas, rompiam sem aviso prévio, eram imprevisíveis, o que fazia com que Ângela estivesse sempre em busca de dar nome, um nome científico, a elas. Os significantes recalçados retornam enquanto marca real, letra que se repete e que faz parte do sintoma do sujeito. Portanto, Ângela insistia, submetida à compulsão à repetição.

O tratamento médico das dores crônicas é baseado em diferentes analgésicos, antidepressivos e antiinflamatórios, que agem no sistema nervoso central e além dele, pois os medicamentos vão ao encontro dos estados de desamparo, tristeza e inibição dos pacientes, anestesiando uma dor que está ligada também à dor da existência. Ao escutar a paciente em busca de uma cura para os seus sintomas, ocorria-me que seu desejo era completamente o oposto desta demanda. Ângela estava amarrada à idéia de conservar seu gozo; sendo assim, por algum tempo, tinha uma melhora da dor, mas entretanto, o encontro com o real era inevitável, insistia em não se esrever.

Dado que me proponho, nesta tese, a circunscrever algumas questões relativas ao real e ao corpo, não poderia deixar de lado a tradição organopsíquica presente em alguns textos de Freud sobre a melancolia e que vêm ao encontro deste caso clínico. Pois, inscrever estas dores, que refletem sensações penosas e desagradáveis, é escrevê-las do ponto de vista de um luto não elaborado. Neste sentido, essas dores reais, à medida que foram sendo vinculadas à me-

²²¹ FREUD, Sigmund. (1937). Construções em Análise. *ESB*, 1ª ed., vol.XXIII, 1975, P.294.

lancolia da paciente, ou seja, que foram interpretadas, passaram a ser dores imaginárias.

Inicialmente, a melancolia é um estado psíquico de difícil classificação. Para Freud, sua definição pode variar, sendo que uma das formas de apresentação sugere “afecções antes somáticas do que psicogênicas”.²²² Acrescenta, ainda que, “parece-nos também uma comparação adequada chamar o humor do luto de ‘doloroso’”.²²³

Segundo Freud, a melancolia caracteriza-se por desânimo profundamente penoso, supressão de interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar, inibição das atividades, diminuição da auto-estima e auto-recriminação.

Este mesmo quadro é encontrado no luto, com exceção da perturbação da auto-estima, que está ausente. Segundo Freud, “o luto profundo, a reação à perda de uma pessoa amada, encerra o mesmo humor penoso, a perda de interesse pelo mundo externo — na medida em que este não evoca o falecido —, a mesma perda da capacidade de escolher um novo objeto de amor (o que significaria substituí-lo) e o mesmo afastamento de toda e qualquer atividade que não esteja ligada a pensamentos sobre o falecido”.²²⁴

Nesta perspectiva, Freud vai apontar que a melancolia constitui-se também a partir da perda de um objeto amado. No entanto, é uma perda de natureza mais ideal, uma perda inconsciente de objeto. Afirma que “mesmo que o paciente esteja cômico da perda que ocasionou a melancolia, apenas no sentido de que sabe *quem* ele perdeu, mas não o *quê* perdeu nesse alguém. Isso sugeriria que a

²²² FREUD, Sigmund. (1917 [1915]) Luto e Melancolia. *ESB*, 1ªed., vol.XIV, 1974, p. p.275.

²²³ Idem, *ibidem*.

²²⁴ Idem, *ibidem*.

melancolia está de alguma forma relacionada a uma perda objetal retirada da consciência, em contraposição ao luto, no qual nada existe de inconsciente a respeito da perda”.²²⁵

Ângela, há alguns anos, perdeu seu irmão para as drogas. Este era viciado em cocaína e drogas injetáveis. Ela acredita que ele desapareceu, pois devia muito para os traficantes. Por vezes, acredita que os traficantes o mataram, e, por vezes crê, que ainda está vivo, mas que não pode aparecer para a família, pois pode ser morto. Para a paciente, a condição do irmão é a de um morto-vivo, estado com o qual ela se identifica: nem morta, muito menos, viva.

Freud, já em 1914, demonstra esta relação entre os estados de melancolia e a dor. No texto *Sobre o narcisismo: uma introdução*, associa a condição do homem enfermo ao estado de melancolia. Utiliza-se da metáfora ‘Concentrada está a sua alma’, parafraseando Wilhelm Busch, ao se referir ao poeta que sofre de dor de dentes, ‘no estreito orifício do molar’.²²⁶ Dizia que o que é psicologicamente notável neste estado de melancolia é a superação da pulsão que compele todo ser vivo a se apegar à vida. Este empobrecimento pulsional se estende à toda a vida do sujeito, acarretando processos de inibição que são encontrados em sujeitos enfermos.

Ângela sofre de uma cefaléia crônica diária, fica resignada à dor e à prostração, a ponto de qualquer movimento parecer impossível de ser realizado. Estas dores tornaram-se imaginárias, uma vez que passaram para o registro da identificação, ou seja, são dores que refletem a melancolia da paciente frente a esta perda irreparável em sua vida.

²²⁵ Idem, p.277-278

²²⁶ FREUD, Sigmund. (1914) Introdução ao narcisismo. *ESB*, 1ªed., vol. XVI, 1974, p.98.

Nestes casos, á luz da teoria freudiana, “uma parte do eu se coloca contra a outra, a avalia criticamente, e, por assim dizer, toma-a como seu objeto”.²²⁷ No entanto estas auto-recriminações são recriminações feitas a um objeto amado, que foram deslocadas desse objeto para o eu do próprio paciente. Isto significa que a relação com o objeto regride para a identificação, e outra parte volta à etapa de sadismo que se acha mais próxima do conflito.

As autodepreciações e sofrimentos, aos quais a paciente submete seu próprio eu, buscando satisfação na dor e no sofrimento, revelam o gozo masoquista deste sujeito. Entretanto, desta forma, Ângela exerce uma vingança contra seu amado irmão, torturando-o (se) por meio da dor, evitando expressar sua hostilidade para com ele.

A perda, diz Lacan²²⁸, a morte de um ser essencial para nós, provoca um rombo no real, uma vez que é uma espécie de perda intolerável ao ser humano. Com efeito, este rombo no real “oferece o lugar em que se projeta precisamente este significante faltante, este significante essencial como tal, à estrutura do Outro, este significante cuja ausência torna o Outro impotente para lhes dar a sua resposta – este significante que você não pode pagar a não ser com sua carne e com seu sangue [...]”.²²⁹

A perda intolerável do irmão provoca em Ângela um rombo no real. Neste buraco do real se projeta o significante que falta, conseqüentemente, Ângela paga com a própria carne. O corpo fica atrelado ao real, uma vez que esta perda traumática impossibilita uma

²²⁷ FREUD, Sigmund (1917 [1915]). Op. cit., p.280.

²²⁸ LACAN, Jacques. (1958-1959) Op. cit.

²²⁹ Idem, p.356.

inscrição significante no campo do Outro.

No plano imaginário, perde-se a imagem que se foi para o Outro, o ponto de impacto é sobre o corpo. O colapso, em função da perda, aparece na superfície deste corpo, há um despedaçamento do corpo, uma vez que a função do corpo é a de ser o lugar do Outro. Portanto, o corpo ou partes deste corpo separam-se desta imagem que se é para o Outro, restando como um corpo atrelado ao real.

O sujeito não constituído no grande Outro é o sujeito do trauma. O despedaçamento do imaginário corporal implica uma dimensão subjetiva sentida como dor frente à perda da imagem que se foi para o Outro, segundo Ramos ²³⁰. A dor já é uma primeira resposta frente a algo que se situou como a presença da perda, que não está dialetizada pelo simbólico, reaparecendo no real. Diante da perda da imagem que se foi para o Outro, o ponto de impacto é sobre o corpo. A dor impõe-se ao sujeito, ele está submetido a ela, é um encontro com o real.

No que concerne ao gozo, neste caso, entendo que este impossibilitou uma inscrição significante neste corpo. As dores permaneceram atreladas ao real; tornaram-se um pouco mais mediadas pelo imaginário devido a algumas intervenções analíticas. Pois, as dores imaginárias, ou seja, aquelas que são a projeção da imagem sobre uma tela que a transforma, foram dores construídas a partir da interpretação das relações entre o saber, a verdade e a história da paciente. Isto significa conjecturas, que como disse Freud, esperam exame, confirmação ou rechaço, construções que possibilitaram seguir o percurso desta análise.

²³⁰ RAMOS, P. Del Cuerpo en La vida Erótica. *Anais do Seminário Lacano-Americano*. Buenos Aires, 1995.

Dito de outra forma, neste caso clínico, consegui dar uma primeira volta e inscrever as dores reais em uma dimensão imaginária à medida que Ângela foi tecendo um laço entre a dor e seu luto não elaborado. Tais acontecimentos corporais passam a constar em um registro imaginário, pois este é um efeito terapêutico inicial, ao inscrever-se o acontecimento dito somático na linguagem. À medida que o sofrimento desta paciente foi sendo acolhido, este passa a ter um estatuto, seu corpo passa a ter uma inscrição na linguagem, que possui sua dimensão imaginária. Nesta perspectiva, o fato de a paciente ir costurando, entrelaçando os fios e obtendo alguns nós, as dores conseguiram alcançar um estatuto de dores imaginárias.

Importa, de qualquer modo, para os efeitos da defesa desta tese, colocar que, inicialmente, as dores de Ângela são um encontro com o real, permanecendo, em alguma medida, atreladas a este. Pois, existe a impossibilidade de inscrição significativa, relativo à perda traumática e ao gozo masoquista que barra a entrada do significativo.

2.4 – DO CORPO REAL AO CORPO PARCIAL

Então, a partir da tese que estou defendendo, a saber, que o corpo dolorido é um corpo real, entendo que, nestas situações clínicas, o corpo não é marcado pelos significantes que barram o gozo deste corpo; o corpo permanece no registro do real, gozando em toda a sua superfície. Apresento, neste subcapítulo, alguns recortes clínicos, no qual o corpo ou partes do corpo, que estavam no registro do real, passam ao estatuto de corpo parcial. Estes corpos doloridos, devido à intervenção analítica, restaram como corpos em seus

lugares.

Portanto, pretendo apontar aqui, algumas questões no que concerne à direção da cura na psicanálise, referente à questão do real na clínica psicanalítica. Todavia, trata-se de alguns caminhos percorridos, que, certamente, não são os únicos possíveis. Estes relatam os efeitos recolhidos *a posteriori* na análise de alguns pacientes, que escrevo para dar conta da inscrição realizada. De mais a mais, o tema desta tese de doutorado não é propriamente a direção da cura na psicanálise, se bem que este obviamente, lhe concerne.

Ana sofria de enxaquecas fortíssimas. Em muitas situações, a dor era tão intensa que ela colocava a cabeça para “gelar”, botava literalmente a cabeça dentro da geladeira. Noções de tempo e espaço eram completamente alheios para Ana. Ela vivia ou tinha ficado parada em outro tempo e lugar, mais precisamente no dia da morte de seu pai, o que já havia ocorrido há alguns anos.

O “gelo” começa a derreter, a se transformar em lágrimas à medida que Ana passa a perceber que seu pai não se encontra mais entre os vivos. A perda pela morte do pai não tinha sido inscrita. A perda começa a ser registrada à medida que uma segunda perda é iniciada, a separação conjugal de Ana com o pai de sua filha.

Após sua chegada à análise, é que ela consegue falar da falta que este(s) lhe faz(em) e assim instala-se a possibilidade da perda. A palavra dada à paciente começou a circunscrever uma dor, a dor pela perda dos pais, o seu e o de sua filha.

Neste caso, apesar de a paciente não apresentar alucinações e não se tratar de uma estrutura psicótica, o problema que se apresenta, é justamente, da ordem daquilo que é recusado no simbólico e

que reaparece no real, como colocou Lacan²³¹, referindo-se às psicoses. A morte do pai aparecia como algo sem registro na fala da paciente. À medida que SUa fala sobre a perda teve lugar, instalou-se primeiramente, um luto. A elaboração do luto passou a transformar o sólido em líquido e o objeto ganhou outro estado/estatuto. A dor foi se diluindo, até a paciente não se queixar mais dela.

No tempo de presença da perda, a perda do objeto se coloca no nível do corpo, não da falta. O corpo aí é o do real: não cessa de não se inscrever. Sem a subjetivação da falta, a resposta é corporal, inacessível ao discurso, surgindo no real do corpo do Outro.

O trabalho de elaboração do luto consistiu, portanto, em passar da presença da pura perda à subjetivação de uma falta, para continuar um percurso que situa a falta do Outro, o que, por sua vez, completou o trabalho do luto. Desta forma, foi possível o relançamento da metonímia do desejo, havendo uma incorporação do próprio corpo. Com efeito, Ana percebe que já ház alguns meses, não tinha mais dor de cabeça.

O corpo, como tecido real, articulado com o imaginário e o simbólico, oferece pontos privilegiados onde o Outro ingressa de maneira particular: são os orifícios do gozo, e que, no sujeito não estão simbolizados, são inteiramente reais. No entanto, neste caso, a partir da análise, houve uma passagem do corpo real, dolorido, para o corpo parcial. Instalou-se a possibilidade de escrever outra estória para este corpo/sujeito, os significantes de sua estória foram incorporados. O corpo de Ana, portanto, inscreveu-se de forma parcial, passando a funcionar como uma máquina formal que é o corpo humano.

²³¹ LACAN, Jacques. (1955-56). Op. cit.

Arthur é um rapaz de 20 anos, atleta profissional, jogador de basquete. Vivia provocando lesões em seu corpo. Volta e meia machucava-se nas partidas dos campeonatos que disputava. Dispunha seu corpo contra o corpo dos adversários e acabava com contusões e estiramentos musculares. Restava com um corpo dolorido.

Na sua fala em análise, *a posteriori*, percebia o quanto tinha colocado o seu corpo no jogo e não em jogo, como se fosse outro corpo, não o próprio corpo. Usava-o como se fosse uma espécie de barreira contra a qual o outro pudesse se chocar e arrebentar-se. Porém, era Arthur quem acabava todo machucado. Isso era da ordem do real, da compulsão à repetição, daquilo que não pára de não se inscrever. Isto significa, um corpo que permanecia fora do circuito da cadeia significante, um resto que insistia em ser jogado contra o outro.

O ponto de basta, ao qual se refere Lacan²³², pelo qual o significante detém o deslizamento da significação, neste caso, foi quando surgiu, na intervenção da analista, a seguinte fala: “o bebê quando saciado regurgita o leite materno”. Esta fala da analista dirigia-se a um mal súbito manifesto pelo paciente dentro da sessão analítica, na qual, Arthur dizia-se estando enjoado e nauseado. Esta questão remetia, sem dúvida, à relação do sujeito com o outro materno, marcada por ser o objeto fálico que preencheria a falta materna.

O significante regurgita, remete à questão do objeto que se separa do corpo, ou seja, da separação do sujeito e do objeto. Este, por sua vez, está vinculado ao eu e à imagem corporal, que, ao ser capturada pelo significante, é cortada, desfeita. Isto significa que ao nomear o imaginário e o real, produz-se uma perda do objeto e a possibilidade de instalação da falta. Com efeito, já há alguns meses, Arthur não se lesiona mais.

²³² Lacan, Jacques. (1960). Op. cit.

O tropeço da fala de Arthur produzido pelo seu mal-estar foi um corte na cadeia significante, que possibilitou verificar a estrutura do sujeito como descontinuidade no real. Entretanto, por mais paradoxal que isso possa parecer, o discurso interrompeu-se, a partir de uma manifestação corporal, um mal súbito. A interpretação decorrente introduz um novo significante, a ponto de ser surpreendente, além de ter surgido em forma de expressão estereotipada.

Como já dito anteriormente, segundo Lacan, “o significante é besta”²³³, e é a uma besteira, do tipo provérbio ou expressão estereotipada, que estamos assujeitados. E, foi levando-o em conta e deparando-se com ele, na análise, que Arthur tirou algumas consequências deste dito.

Na hiância aberta pelo efeito dos significantes é que surge a falta-a-ser e, neste intervalo, o desejo se manifesta. Portanto, é para o seu desejo que o sujeito é dirigido, canalizado no tratamento analítico.

²³³ Idem, p.32.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os progressos das neurociências vêm contribuindo de forma significativa na ação médica e sua conseqüente farmacologia. O desenvolvimento de novas drogas possibilita que a medicina seja cada vez mais pontual e eficaz em sua terapêutica. Todavia, a medicação é ingerida dentro de um campo transferencial. O médico, ao medicar, oferece um ágalma²³⁴ a seu paciente juntamente com a prescrição. É justamente esta preciosidade, que é passada na prescrição, que pode fazer diferença nos efeitos, tanto dos medicamentos, bem como do tratamento dos pacientes. Portanto, a relação transferencial entre médico e paciente é de extrema importância no processo de cura das enfermidades humanas. Muitas vezes, quando não se consegue passar este ágalma, os efeitos podem ser reduzidos, ou até mesmo tornarem-se inexistentes, fazendo com que a prescrição seja asséptica.

Os efeitos placebos são outro exemplo de como a “química” passa pela relação transferencial do paciente com o médico. A eficácia simbólica é a expressão empregada por Lévi-Strauss²³⁵ para de-

²³⁴ Termo grego que pode ser traduzido por ornamento, tesouro ou objeto de oferenda.

²³⁵ LÉVI-STRAUSS, C. *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro 1975.

signar essa propriedade indutora de uma estrutura sobre a outra e que pode estar presente mesmo em substâncias neutras, quando há esta outra “química” em jogo, que se produz na relação transferencial ou no amor.

Com efeito, tomar um remédio esperando que este possa eliminar o sintoma é legítimo, faz parte da ação médica na cura da doença. Entretanto, esperar que uma medicação venha a constituir um sujeito desejante é um equívoco, que resguarda o próprio ideal contemporâneo de superação da falta constitutiva dos sujeitos falantes. Pois, podemos encontrar esta proposta de superação da falta no ideal científico. Verificamos isso, à medida que a ciência busca gerar sentimentos completamente artificiais, como a tristeza, a alegria, o desejo sexual, por exemplo, independentemente dos sujeitos, por meio dos medicamentos.

De acordo com Costa e Jardim²³⁶, o objetivo da ação farmacológica é que, independentemente do sujeito, se provoquem sentimentos de bem-estar puramente artificiais. Esse é um ideal científico e a ciência continua progredindo neste sentido.

Todavia, a psicanálise nos ensina, justamente, que a relação do sujeito com o mundo e consigo mesmo é organizada pela falta de objeto, distintamente do mundo animal, no qual a relação seria a da ligação direta e simples com um objeto. Os seres humanos são animais desnaturados, pois são seres estruturados pela linguagem. Portanto, o sujeito só se constitui enquanto ser faltante e desejante separado de qualquer objeto, e nenhuma droga, por mais poderosa que seja, irá constitui-lo.

²³⁶ COSTA, Adão L.L. & JARDIM, Luciane L. (2003). Op. cit.

O ideal da ciência tem como expectativa constante preencher essa falta por meio de seus produtos. Nesta perspectiva, podemos equivaler o ideal científico ao sujeito da fantasia que apaga as diferenças e produz conformidades, buscando a distribuição igualitária do gozo.

Segundo Lacan,²³⁷ os progressos da ciência deixam de lado o sujeito, pois o recalque da subjetividade é constitutivo do discurso científico. A psicanálise se constituiu ocupando-se do sujeito que a ciência deixa de lado, idéia que se vinculou à ação do analista, que está atento àquilo que o médico não escuta.

Nesta perspectiva, o avanço da ciência acaba originando mais trabalho para os psicanalistas, em função deste resto que é produzido pela ciência, do qual o analista se ocupa. Como indica Melman,²³⁸ “os progressos das ciências tornam-se uma boa notícia para os psicanalistas, quer dizer que, pouco a pouco, os psicanalistas vão ser indispensáveis”.

Desta forma, a psicanálise acolhe aquilo que é expulso do campo da ciência. Como afirma Lacan,²³⁹ “no discurso analítico, não se trata de um discurso científico. Se não de um discurso para o qual a ciência nos provê o material, que é algo muito diferente”.

Com efeito, no que concerne ao tratamento e prevenção das cefaléias primárias a psicanálise como praxis vem responder a subversão da posição médica devido ao avanço da ciência. Pois, os pacientes encaminhados da clínica neurológica, são sujeitos doloridos que permanecem com parte de seu corpo no registro do real, ou seja,

²³⁷ LACAN, Jacques.(1966) Op. cit.

²³⁸ MELMAN, Charles. Melancolia In *Revista da APPOA* , Ano IV, Nº 9, Novembro de 1993, P.39

²³⁹ LACAN, Jacques (1971-1972) Op. cit., p.73.

é necessário uma intervenção que possa a vir inscrever um significante que venha constituir um ser faltante e desejante. A farmacologia prescrita, por mais precisa e específica que possa ser no alívio dos sintomas, não intervém no sujeito desejante. Este está completamente excluído do tratamento medicamentoso, não necessariamente pela vontade do médico, mas pelo discurso médico que assim estabelece as condições de seu ato médico. Pois, é na doença que a ação médica se faz e não no doente.

A ciência, enquanto produção simbólica, pode produzir buracos no real, à medida que simboliza este real por meio do seu discurso, inscrevendo-o no campo do conhecimento. Isto significa que as fórmulas produzidas pelo discurso científico articulam uma linguagem para aquilo que era anteriormente inominável para o homem. O conhecimento sobre a própria vida e as descobertas científicas proporcionam uma melhora da qualidade de vida do seres humanos. A partir do conhecimento científico existiu uma substancial valorização da vida, as ciencias biológicas chegaram a descobertas fantásticas, beneficiando indivíduos e populações.

O desejo é organizado nos sujeitos de forma perversa, uma vez que o oferecimento do objeto é justamente para completar o Outro, é a fórmula da fantasia. No sujeito dolorido, a dor fica como uma condição de reserva, reservado na fantasia, como o paciente que diz: – “Tudo na mesma”. Ao referir-se a sua dor/realidade. Mantém assim para poder seguir com isso.

Sendo assim, formulei a tese, segundo a qual, o corpo dolorido é um corpo real. A emergência de um real na vida de sujeitos doloridos impossibilita a inscrição desse corpo pelo Outro. Isso significa que o corpo, ou melhor, partes deste corpo permanecem no registro do real, não se inscrevem no registro imaginário nem no sim-

bólico.

Segundo Costa e Jardim²⁴⁰, o psicofármaco, o analista, o terapeuta vão ocupar inicialmente um lugar de ideal; e o fim da análise é justamente esvaziá-lo. Quer dizer: a cura consiste em poder se defrontar com o vazio do lugar do objeto. Defrontar-se com o vazio de pedaços do real. Isto é a castração, no corte do nó borromeano, onde se amarram os registros do simbólico, imaginário e real.

É o corte do nó que vai possibilitar a caída do objeto “a”, que nada mais é do que uma letra, até então, preso nos enlaces, nas leis, nas alianças, nos compromissos, nos efeitos que respondem num sujeito a uma determinada demanda. Essa letra deixa de ocupar um lugar positivo enquanto objeto impróprio, possibilitando sustentar o desejo do sujeito, separando-o do desejo do Outro, fazendo a disjunção entre desejo e gozo. A constituição deste objeto separável está em relação com a constituição do sujeito. Trata-se, então, da castração; este objeto deve ser perdido, uma segunda vez, na operação significativa que inscreve no campo simbólico este corpo que até então, era carne.

Portanto, escrever esta tese é um ato endereçado aos seus leitores, na perspectiva de encontrar testemunhas para uma experiência da clínica psicanalítica. Escrever estas histórias é uma tentativa de inscrevê-las no campo da cultura, seguindo a direção apontada por Lacan²⁴¹, transformando tragédias em comédias.

²⁴⁰ COSTA, Adão L. L. & JARDIM, Luciane L. (2003). Op. cit.

²⁴¹ LACAN, Jacques. (1962-1963). Op. cit.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BASTOS, L. A. (1999). *Eu – corpano. O ego e o corpo em Freud*. São Paulo: Escuta, 1999.
- BERLINCK, M. (org.) (1999). *A dor*. São Paulo: Escuta, 1999.
- CALLIGARIS, C. (1992) Prefácio In: Mellman, C. *Delinqüência, toxicomania e alcoolismo*. São Paulo: Escuta, 1992.
- CHEMAMA, Roland (2002). *Elementos lacanianos para uma psicanálise no cotidiano*. Porto Alegre: CMC Editora, 2002.
- CLAUVREL, Jean (1983). *A ordem médica*. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1983.
- COSTA, Adão Luiz Lopes & JARDIM, Luciane Loss (2003). O corpo e a direção da cura In *Revista da APPOA*, nº25, Outubro de 2003. Porto Alegre: APPOA, 1995, ---.
- COSTA, Ana. *Corpo e escrita: relações entre memória e transmissão da experiência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.
- COUREL, Raúl (1996). *La cuestion psicomatica*. Buenos Aires: Manantial, 1996.

- DAMASIO, A (1994). *O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano*. Lisboa, Ed. Europa-América, 1994.
- DEL VOLGO, M. J. O instante de dizer: o mito individual do doente sobre a medicina moderna. São Paulo: Escuta, 1998
- DESCARTES, René. *Discurso del método*. Madrid: Sarpe, 1981.
- EDELMAN, G.M. (1992). *Bright air, brilliant fire: on the matter of the mind*. New York, Basic Books, 1992.
- FÉDIDA & WIDLOCHER (1989). “Apresentação” In FÉDIDA, P.(org) *Comunicação e representação*. São Paulo, Escuta, 1989.
- FOUCAULT, Michel (1994). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.
- _____. (1995). *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- _____. (1970). *A ordem do discurso*. Aula inaugural no Collège de France pronunciada em 2/12/1970. São Paulo: Loyola, 1996
- FREUD, S. (1893[1888-1893]). Algumas considerações para o estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas. *Edição Standart Brasileira das obras psicológicas Completas de Sigmund Freud*, 2ªed., vol. I, 1987.
- _____. (1893-1895). Estudos sobre a histeria. *ESB*, 2ªed., vol.II , 1987.
- _____. (1894]). As neuropsicoses de defesa. *ESB*, 2ªed., vol.III, 1987.
- _____.(1895[1894]). Sobre os fundamentos para destacar da neuras-

- tenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia”.
ESB, 2ª ed., vol.III , 1987.
- _____. (1895). Projeto para uma psicologia científica.
ESB, 2ªed., vol. I, 1974.
- _____. (1901) Sobre a psicopatologia da vida cotidiana – Capítulo
III O Esquecimento de Nomes e sequências de palavras. *ESB*, 2ªed.,
vol.VI , 1987.
- _____. (1905).Fragmento da análise de um caso de histeria. *ESB*,
2ªed., vol.VII, 1989.
- _____. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução.*ESB*, 1ªed.,
vol.XIV, 1976.
- _____. (1915a) Apêndice B. Paralelismo psicofísico. *ESB*, 2ªed., vol.XV,
1987.
- _____. (1915b). Os instintos e suas vicissitudes. *ESB*, 1ªed., vol.XIV,
1974.
- _____.(1916-1917). Conferências introdutórias sobre psicanálise.
ESB, 1ªed., vol.XVI, 1976.
- _____. (1917 [1915]). Luto e melancolia. *ESB*, 1ªed., vol.XIV, 1974.
- _____. (1923) O Ego e o id. *ESB*, 1ªed., vol.XIX, 1976.
- _____.(1926) A questão da análise leiga. *ESB*, 1ªed., vol.XX, 1976.
- _____.(1937). Construções em Análise. *ESB*, 1ª ed., vol.XXIII, 1975.
- _____. (S/D) Rascunho I . Enxaqueca: Aspectos estabelecidos (S/D)
ESB, 2ªed., vol. I, 1987.

GARRAFA, V. & BERLINGUER, G. Os limites da manipulação. *Folha de São Paulo, Caderno Mais*, 1/12/1996.

HEADACHE CLASSIFICATION SUBCOMITEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. The International Classification of Headache Disorders. *Cephalalgia* 1989;15(SUPPL 1):43-52.

HEADACHE CLASSIFICATION SUBCOMITEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. The International Classification of Headache Disorders. *Cephalalgia* 2004;24(SUPPL 1):37-43.

JERUSALINSKY, A. (2005). Entrevista com Alfredo Jerusalinsky. In *Correio da Associação Psicanalítica de Porto Alegre: Psicanálise e Farmacologia*. Nº 137, p.26-35. Julho/2005.

KRYMCHANTOWSKI AV, BIGAL ME, MOREIRA PF. New and emerging prophylactic agents for migraine. *CNS Drugs* 2002;16:611-634.

KRYMCHANTOWSKI, A. V. Cefaléias do tipo tensional. Artigo de revisão. In *Migrêneas cefaléias*, v.6, n.4, p.129-135, out./nov./dez. 2003.

KURCGANT, D. & PEREIRA, M.E.C. A teoria de John Huglings Jackson sobre a evolução do sistema nervoso: observações clínicas, influências e repercursões. In *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Vol. VI – n 1 – março 2003.

LACAN, J. (1938). Os complexos familiares na formação do indivíduo. In *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

----- (1949). O estádio do espelho como formador do eu. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

----- (1953/54). *O seminário, livro 1, Os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

- _____. (1955/56) *O seminário, livro 3. As psicoses*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
- _____. (1956-1957). *Seminário 4, A relação de objeto e as estruturas freudinas*. Publicação para circulação interna da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, Porto Alegre: APPOA, 1994.
- _____. (1957/1958). *O seminário, livro 5, As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- _____. (1957) A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- _____. (1958a) A significação do falo. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- _____. (1958b) A direção do tratamento e os princípios do seu poder. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- _____. (1958-1959). *Seminário 6, O desejo e sua interpretação*. Publicação não comercial – circulação interna da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, Porto Alegre, 2002.
- _____. (1960a) Observações sobre o relatório de Daniel Lagache, In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- _____. (1960b). Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- _____. (1962-1963) *Seminário X, A angústia*. Documento de circulação interna do Centro de Estudos Freudianos do Recife, Recife: CEFRR, 1997.
- _____. (1964) *O seminário, Livro 11, Os quatros conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

- _____. (1966). Psicoanálisis y Medicina. In *Intervenciones y Textos*. Buenos Aires: Manantial, 1985.
- _____. (1967-1968). Seminário 14. La lógica del fantasma. Inédito.
- _____. (1968-1969) *Seminário 16, De um outro al Outro*. Inédito
- _____. (1969-1970) *Seminário 17, O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.
- _____. (1971-1972) *Ou pire– Seminário XIX* . Aula 8-19 de abril de 1972. Inédito.
- _____. (1972-1973). *O Seminário, Livro 20. Mais ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.
- _____. (1973-1974). *Seminário 21. Los incautos no yerran*. Inédito.
- _____. (1976-1977). Seminário 24. Lo no sabido que sabe de la uma equivocación se ampara em la morra. Inédito.
- LÉVI-STRAUSS, C. *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.
- MELMAN, Charles. Melancolia In *Revista da APPOA*, Ano IV, Nº9, novembro de 1993.
- PEREIRA, M.E.C. (2005). Psicanálise e Psicofarmacologia: Novas questões de um debate atual. In *Correio da Associação Psicanalítica de Porto Alegre: Psicanálise e Farmacologia*. Nº 137, p.11-21. Julho/2005.
- PETERFREUND, E. (1971). *Information systems and psychoanalysis*. New York: International Univ. press, 1971.
- RAMOS, P. Del cuerpo en la vida erotica. *Anais do Seminário Lacano-Americano*. Buenos Aires, 1995.

- ROSEMBLAT, A. E THICKSTUN, J. (1977), Modern psychoanalytic concepts in a general psychology, *Psychoanalytic issues, Monograph*.42/43. Nova Iorque, International Universities Press, 1997.
- ROSENFEIELD, I. (1988). *A invenção da memória*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1994.
- SABBATINI, R. Neurônios e Sinapses: A História de Sua Descoberta In *Revista Cérebro & Mente*, nº17, Maio-Agosto, 2003.
- SACKS, Oliver. Sigmund Freud: A outra estrada, In: Guttman, G. & Scholz-Strasser, I. *Freud and the neurosciences: from brain research to the unconscious*, Viena: Verlag der Österreichischen Akademie der Wissenschaften, 1998.
- SCHER AI, STEWART WF, LIPTON RB. Migraine and headache: a metanalytic approach. In Crombie IK (ed). *Epidemiology of pain*. Seattle;WA:IASP Press;1999:159-170.
- SCHORE, A. N.,(1997) A century after Freud's Project: is a rapprochement between psychoanalysis and neurobiology at hand?, In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 45/3, 807-840.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA. COMITÊ AD HOC. Recomendações para o tratamento da crise migranosa. *Arq. Neuro-Psiquiatria*. [online]. jun. 2000, vol.58, no.2A [citado 26 Enero 2005], p.371-389. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000482X2000000200029&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0004-282X.
- STEWART WF, SCHECHTER A, LIPTON RB. Migraine heterogeneity. Disability, pain intensity and attack frequency and duration. *Neurology* 1994;44:24-39.

VARELA, F., THOMPSON, E. E ROSCH, E. (1991). *The embodied mind: cognitive science and human experience*. Cambridge, MA: The MIT Press, 1991.