

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Elisângela Lins

REFLEXÕES SOBRE O CORPO PULSIONAL E A DOENÇA CRÔNICA:
um estudo no contexto hospitalar

Belo Horizonte
2013

Elisângela Lins

REFLEXÕES SOBRE O CORPO PULSIONAL E A DOENÇA CRÔNICA:
um estudo no contexto hospitalar

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Processos de Subjetivação

Linha de Pesquisa: Processos Psicossociais

Orientadora: Prof. Dra. Cristina Moreira Marcos

Belo Horizonte

2013

Elisângela Lins

REFLEXÕES SOBRE O CORPO PULSIONAL E A DOENÇA CRÔNICA:

um estudo no contexto hospitalar

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Processos de Subjetivação

Linha de Pesquisa: Processos Psicossociais

Orientadora: Prof. Dra. Cristina Moreira Marcos

Cristina Moreira Marcos (Orientadora) – PUC Minas

Jacqueline de Oliveira Moreira – PUC Minas

Roberto Pires Calazans Matos – UFSJ

Belo Horizonte, 16 de agosto de 2013.

*Ao meu sobrinho Alan, que com seu desejo de viver
tem superado todas as dificuldades surgidas com a
enfermidade. Meu exemplo de persistência e
investimento na vida.*

*Ao Raphael que, com seu jeitinho travesso, me
enche de alegria.*

Ao meu pai.

AGRADECIMENTOS

À DEUS...

À Comissão Permanente para Análise de Licença para Qualificação Profissional da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, pelo apoio e oportunidade de desenvolver essa pesquisa.

À Soraia Maciel, por ter me auxiliado nas questões referentes à licença para qualificação e me ajudado com todas as questões burocráticas que surgiram durante meu afastamento.

A Amanda, Lindoberg, Rosiclei e Valéria, colegas do setor de Psicologia do Hospital Regional de Rondonópolis, por terem me substituído durante minha ausência e pelo apoio e incentivo mesmo a distância.

A todo o setor de Serviço Social do Hospital Regional de Rondonópolis, pela dedicação e atenção aos pacientes e pela amizade.

À Jacqueline, pela disponibilidade durante as aulas de seminário de pesquisa e pelas contribuições importantes que enriqueceram o trabalho.

Ao Roberto Calazans, pela leitura cuidadosa e sugestões para o desenvolvimento da dissertação.

À Cristina Marcos, pela disponibilidade e sabedoria na orientação deste trabalho, meu muito obrigada. Você soube incentivar e me acolher nos momentos em que mais precisei.

À Maria Fernanda, por me ajudar a sustentar esse desejo.

À Carla Derzi, por me escutar em momentos de grande angústia.

Ao Eriverton Martins, por ter sido companheiro, me apoiado e encorajado durante essa jornada, e à sua família, pela acolhida durante esse período em Minas Gerais.

Aos amigos Fábio e Lidiane, por estarem sempre ao meu lado.

Ao meu cunhado John Beaumont pelo incentivo e pelas traduções necessárias.

Às minhas irmãs Gislene e Emilene, pela presença em minha vida.

À minha mãe e meu pai, por terem me ensinado o que é importante na vida.

Cese, señora, el duelo

*Cese, señora, el duelo en vuestro canto,
¿Qué fuera nuestra vida sin enojos?
¡Vivir es padecer! ¡sufrir es santo!
¿Cómo fueran tan bellos vuestros ojos
Si alguna vez no los mojará el llanto?*

*Romped las cuerdas del amargo duelo.
Quien sufre como vos sufrís, señora:
Es más que una mujer, algo del cielo,
Que de él huyó y entre nosotros mora.*

(MARTÍ, José. Poemas.

Disponível em: [HTTP://www.poemas-del-alma](http://www.poemas-del-alma). Acesso em 04 jul. 2012)

RESUMO

Essa dissertação faz uma reflexão a respeito do corpo e da ausência de aderência ao tratamento proposto pelo médico nos casos de doenças crônicas. Realizou-se uma pesquisa em psicanálise através do levantamento e estudo bibliográficos associado ao estudo de caso de duas pacientes atendidas no ambiente hospitalar. No primeiro capítulo foi estudado os discursos radicais e o discurso capitalista apresentados por Lacan no seminário XVII, e a partir da teoria dos discursos foi pensado a inserção da psicanálise no hospital geral. Em um segundo momento considerou-se o corpo para a psicanálise abordando conceitos fundamentais como a pulsão, repetição, auto-erotismo, narcisismo e investimento libidinal. Esses conceitos foram importantes para pensar o Eu corporal como uma construção do sujeito e não herdado naturalmente. Para a construção da imagem corporal, durante o estágio do espelho é necessário que haja para o *infans* o olhar do Outro, esse Outro primeiro Lacan afirma ser a mãe, ou quem cuida da criança. Essa relação primária com a mãe parece não desaparecer, podendo manifestar seus efeitos por toda a vida da mulher. Se a menina e o menino se voltam para a mãe na busca dessa primeira imagem corporal, a menina buscará na mãe, em um segundo momento, um significante que lhe diga como é ser mulher, resposta que não encontrará, mas é nessa falta que se abre a possibilidade para o seu saber fazer com a feminilidade, na medida em que consiga separar-se da demanda reivindicativa e das repreensões em relação à mãe. No caso dessas paciente não há uma separação na relação com a mãe, há uma demanda constante, que se repete, mantendo-as em uma doença crônica. Conclui-se, portanto, que possibilitar um momento para o sujeito fale e procure novas formas de gozo é uma das contribuições que a psicanálise pode oferecer ao trabalho com o doente crônico.

Palavras-chaves: Psicanálise. Discursos radicais. Pulsão. Corpo. Mãe-filha.

ABSTRACT

This dissertation takes the form of a written reflection on the body and the absence of adherence to treatment proposed by physicians for chronic disease cases. Psychoanalytical research was carried out in the form of a survey and review of the literature concerning a case study of two hospital in-patients. The first chapter covers Lacan's radical speeches and his capitalist speech in Seminar XVII, and using the theory set out therein, psychoanalytical theory was applied to hospital conditions. In turn, the body in a psychoanalytical context was considered with regard to basic concepts such as pulsion, repetition, auto-eroticism, narcissism and libidinal investment. These concepts were important when considering the bodily 'I' as a construction of the subject and not inherited naturally. For the construction of the bodily image, during the mirror state the eye of the Other was necessary for the *infans* to occur, this Other first Lacan affirms to be the mother, or the carer of the child. This primary relationship with the mother seems not to disappear, and can manifest its effects for the rest of the mother's life, at any time, a meaning he puts down to the state of womanhood, a response for which was not found, but it is in the face of this lack, that the possibility arises of greater understanding of femininity, such that reivindicative demands and reprehensions in relation to the mother can be separated. In the case of these patients there was no separation in relation to the mother. There was a constant demand, which was repeated, keeping the patients chronically ill. Therefore it was concluded that allowing time for the subject to speak and seek new forms of satisfaction is one of the contributions the psychoanalyst can offer in the treatment of chronically ill patients.

Key-words: psychoanalysis; radical speeches; pulsion; body; mother-daughter.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Os lugares do discurso	24
Figura 2 – Discurso do mestre	27
Figura 3 – Discurso da histérica	29
Figura 4 – Discurso do analista	30
Figura 5 – Discurso do universitário	32
Figura 6 – Discurso do capitalista	35
Figura 7 – O experimento do buquê invertido.....	55
Figura 8 – Esquema de dois espelhos.....	56
Figura 9 – Fórmula da metáfora	66
Figura 10 – Metáfora paterna	67

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC Acidente Vascular Cerebral

CONEP Conselho Nacional de Saúde e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

HIV *Human immunodeficiency virus*

PUC Minas Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

TCLE Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UTI Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 MEDICINA E PSICANÁLISE NO HOSPITAL GERAL.....	18
2.1 A inserção da psicanálise no hospital geral	20
2.2 A teoria dos discursos como forma de abordar a psicanálise e a medicina no hospital geral	23
2.2.1 <i>Discurso do mestre</i>	27
2.2.2 <i>Discurso da histérica</i>	28
2.2.3 <i>Discurso do psicanalista</i>	30
2.2.4 <i>Discurso do universitário</i>	32
2.2.5 <i>Discurso do Capitalista</i>	34
2.3 A medicina no hospital geral	38
3 O CORPO NA PSICANÁLISE	42
3.1 Pulsão em Freud	43
3.2 Corpo e Narcisismo	52
3.3 O corpo histérico e erógeno	58
3.4 Os efeitos da relação mãe e filha no corpo	61
4 CASOS CLÍNICOS: O ADOECIMENTO COMO DESTINO DA RELAÇÃO COM A MÃE.....	74
4.1 O lugar do caso clínico na psicanálise.....	74
4.2 Retocolite Ulcerativa: Um corpo que sangra	78
4.3 A filha doente e sua mãe	87
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	96
ANEXO.....	102

1 INTRODUÇÃO

Em abril de 2002 foi inaugurado o Hospital Regional de Rondonópolis destinado a atender toda a região sul de Mato Grosso. Foram selecionados dois profissionais de Psicologia para o quadro clínico da instituição. A rotina do setor de Psicologia foi sendo estabelecida pensando nas necessidades do hospital e no número reduzido de profissionais disponíveis para o atendimento. Nesse primeiro momento, foi estabelecido que os atendimentos deveriam ser realizados mediante a solicitação do profissional ou por demanda do próprio paciente.

Os psicólogos eram solicitados tanto para situações em que havia algo trágico que de alguma forma chocava os profissionais da saúde, como para pacientes com queimaduras por grande parte do corpo, famílias que estavam fragilizadas, ou pacientes que demonstravam de alguma forma seu sofrimento para a equipe.

Percebeu-se que a equipe de saúde não solicitava atendimento para os pacientes que demonstravam tranquilidade. Assim, quando o silêncio imperava, a psicologia não era solicitada. Em função disso, a rotina do setor de Psicologia sofreu uma alteração com a entrada de outros profissionais para reforçar a equipe. Decidiu-se distribuir os profissionais de psicologia pelas clínicas do hospital, ficando cada um responsável por uma ou duas clínicas, dependendo da carga horária que cada um cumpria na instituição.

Com essa distribuição foi possível realizar visita a todos os leitos, receber as famílias de pacientes que foram internados na unidade de terapia intensiva (UTI) e acompanhá-los durante as visitas.

Percebeu-se que a oferta de atendimento por parte da psicologia foi bem aceita, já que poucas ofertas receberam como resposta a recusa do paciente. Nesse primeiro momento, era ofertado também o atendimento em ambulatório para os pacientes nos quais era identificada uma demanda. Esse trabalho em ambulatório durou um ano em função do perfil do hospital ser de alta e média complexidade, portanto, os atendimentos ambulatoriais deveriam ser encaminhados para a rede básica de saúde.

Durante esses anos, o setor de psicologia percebeu, principalmente na clínica médica, que muitos pacientes portadores de doenças crônicas retornavam para novas internações em decorrência de reincidência da mesma enfermidade ou em função do surgimento de novas doenças. Esclarecendo que, por doença crônica, podemos entender:

Doenças crônicas são aquelas normalmente de desenvolvimento lento, que duram períodos extensos – mais de seis meses – e apresentam efeitos de longo prazo, difíceis de prever. A maioria dessas doenças não tem cura, como diabetes, asma,

doença de Alzheimer e hipertensão. Entretanto, várias delas podem ser prevenidas ou controladas por meio da detecção precoce, adoção de dieta e hábitos saudáveis, prática de exercícios e acesso a tratamento adequado recomendado pelo profissional de saúde. (NOVARTIS BIOCÊNCIA, 2013.).

Durante as entrevistas com os pacientes que retornavam para novas internações, notou-se que geralmente a necessidade da internação ocorria em função da falta de cuidado do paciente com a sua saúde. Um exemplo disso incide no fato de que pacientes com alta taxa de glicose, embora sabendo dos riscos que corriam, não conseguiam manter uma alimentação e um controle da ingestão de carboidratos e açúcares. Na rotina hospitalar, o retorno para novas internações de pacientes portadores de doenças crônicas é de certa forma esperado. A preocupação com a não aderência ao tratamento em casos de doença crônica é compartilhada pela Organização Mundial de Saúde.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, adesão ao tratamento: “é a medida com que o comportamento de uma pessoa – tomar a sua medicação, seguir a dieta e/ ou mudar seu estilo de vida – corresponde às recomendações de um profissional de saúde.” Infelizmente, em muitos casos os pacientes não aderem a recomendação médica. É o que ressalta a Organização Mundial de Saúde: “não há como negar que pacientes têm dificuldade em seguir o tratamento recomendado. A baixa adesão (ao tratamento de doenças crônicas) é um problema mundial de magnitude impressionante. A adesão ao tratamento de longo prazo em países desenvolvidos é em torno de 50%. Em países em desenvolvimento as taxas são ainda menores”. (NOVARTIS BIOCÊNCIA, 2013).

Segundo Clauvrel (1983) há uma convenção implícita entre os profissionais de saúde de que o consultante está doente e espera do médico não mais estar. Portanto, nem é necessário que o doente solicite ao médico que o cure, pois sua presença já demonstra que esta é a sua intenção.

Canguilhem (2005) cita a peste, o câncer, a leucemia, a asma e o diabetes, ou seja, as doenças crônicas em geral, como tipos de desordens orgânicas sentidas pelo ser vivo; definindo-se, dessa forma, como um mal.

Em sua prática diária, o que os médicos encontram é uma situação distinta dessa apresentada por Clauvrel (1983). Embora os pacientes considerem as doenças crônicas um mal, como aponta Canguilhem (2005), os médicos percebem a recusa de muitos pacientes em aderir ao tratamento, o que também foi rapidamente percebido pela analista ao iniciar suas atividades no ambiente hospitalar.

Lacan (1966) afirma que, quando o enfermo remete ao médico ou o aborda, não está esperando necessariamente sua cura. Do médico, é esperado que livre o paciente –da sua condição de doente, mas não significa que o enfermo esteja disposto a abandonar a

enfermidade. Pode, às vezes, inclusive, solicitar ao médico que ratifique sua posição como doente. “[...] em muitos casos, vem da maneira mais manifesta, para demandar ao médico que o preserve em sua enfermidade, que o tratem de modo que lhe é conveniente, que lhe permita seguir sendo um enfermo bem instalado em sua enfermidade.” (LANCAN, 1966, p. 91)¹.

O estudioso esclarecendo que Freud introduz o princípio do prazer como uma barreira para o gozo, uma vez que o prazer é uma diminuição de excitação que faz desaparecer a tensão, distanciando-o do gozo. “[...] pois o que chamo de gozo no sentido em que o corpo experimenta, é sempre da ordem da tensão, do forçamento, do gasto [...]” (LACAN, 1966, p. 95). Nesse ponto, acrescenta um termo interessante que necessita de uma explicação pela imagem que traz: “[...] incluso de *la hazaña* [...]” (LACAN, 1966, p. 95). “*Hazaña*” tem o sentido no espanhol de um ato heroico que exige um grande esforço ou valor. Ao ouvir pacientes no ambiente hospitalar é comum o relato de dores e sofrimentos extremos, bravamente suportados. “Há gozo no nível onde começa aparecer a dor, e sabemos, é somente no nível da dor que se pode experimentar toda uma dimensão de organismo que de outro modo permanece velada.” (LACAN, 1966, p. 95).

Freud (1913) já alertava aos médicos que há algo que escapa do seu campo de saber e que poderia ser investigado pela psicanálise que, ao ouvir os pacientes utilizando-se de uma técnica chamada associação livre e também da interpretação, começaria a perceber que as dissociações psíquicas (termo utilizado por Freud para falar da divisão da consciência presente na histeria) são sustentadas por um recalque da pulsão subjacente, recalque que se origina de conflitos internos. Portanto, em todas as neuroses, os sintomas são realmente os produtos finais desses conflitos, que conduziram ou não ao recalque e à divisão da mente. Para superar esses conflitos, Freud indica “[...] a mão orientadora de um médico treinado em psicanálise.” (FREUD, 1913, p. 226).

O alerta de Freud deixa claro que existe uma possibilidade de interrogar essas manifestações do paciente e de buscar uma resposta diferente do reducionismo encontrado no dia a dia do hospital.

Desta forma uma questão foi formulada. De que modo a concepção psicanalítica acerca do corpo pulsional nos ajuda a compreender essa não aderência ao tratamento, encontrada em pacientes portadores de doenças crônicas?

Para pensar essa questão, vamos primeiramente utilizar um conceito fundamental na teoria de Freud, o de pulsão, uma força constante – “*Konstant Kraft*” –, persistente e contínua,

¹ Texto original em espanhol, tradução livre da autora.

que busca incessantemente um objeto. Esse objeto eleito e perdido não pode ser encontrado, o que o sujeito encontra são objetos parciais que satisfazem parcialmente a pulsão. Nessa busca pela satisfação, a pulsão pode encontrar vários caminhos, como a sublimação, o recalque e o sintoma.

A partir da afirmação de Freud de que a pulsão pode ser satisfeita por vários caminhos, pode-se pensar que a não aderência do paciente ao tratamento e a manutenção do quadro de enfermidade é também uma forma de satisfação da pulsão, portanto, trata-se de um dos caminhos que a pulsão utiliza para alcançar seu objetivo.

Outro conceito importante ao refletir a respeito dessa questão é o de corpo. Valas (1988) faz uma consideração sobre o corpo na medicina, denominando-o anatômico e somático, uma máquina homeostática que pode ser dividida, separada em peças, tanto que um órgão pode ser doado.

Para Freud (1914), o corpo não está presente desde o nascimento, mas é necessário que ocorra uma operação psíquica para que esse corpo seja formado, e o sujeito passe a ter um corpo.

O que Freud defende é a existência, no princípio, de um corpo disperso. A formação do eu ocorre com a passagem das pulsões autoeróticas, presentes nesse primeiro momento, ao narcisismo primário, formando uma unidade corporal representada pelo eu ideal. Essa imagem, que só é formada a partir do reconhecimento do outro, causa no infans² um júbilo ou êxtase diante de si mesmo. Mas, para que essa imagem do corpo seja criada, é necessário um reconhecimento do outro. Esse Outro da linguagem que marca o corpo formando as zonas erógenas.

Garcia-Roza (2004) denomina o corpo estudado pela medicina de natural, é um corpo dotado de organização e de articulação com o mundo, independente da linguagem. Para a psicanálise, esse corpo natural é também um corpo mítico, não sendo acessível ao humano, uma vez que, ao nascer, o sujeito é atravessado pela linguagem, criando o corpo considerado pela psicanálise como o corpo erógeno. Esse corpo erógeno, que inclui a linguagem e a representação do corpo, forma uma imagem unificada e ordenada do corpo.

O corpo tomado pelo simbólico, que ultrapassa o tempo de vida, surge antes do nascimento do sujeito, uma vez que o sujeito é nomeado e faz parte de uma história pregressa ao seu nascimento. Como Lacan (1970) afirma, tal corpo não se transforma em carniça, mesmo após sua morte, permanece incorporado pelo simbólico.

² Termo utilizado por Lacan para designar a criança que ainda não fala.

O efeito da articulação do simbólico com o real produz uma superfície que é o corpo imaginário, o corpo erógeno da histeria. Essa imagem não é o corpo pulsional, pois pulsão está para além da representação.

Elia (1995) e Garcia-Roza (2004), em concordância, afirmam que a questão do corpo para a psicanálise está na dificuldade de pensá-lo como distinto da natureza. Garcia-Roza (2004) não reduz o homem ao simples organismo, mas também não o ignora lembrando que não se pode deixar de considerar a representação imaginária que fazemos do corpo biológico.

Neste trabalho, não se trata de criar uma antítese entre o corpo pulsional e o organismo, mas demonstrar que, para além do discurso médico e do corpo conhecido pela medicina, pode-se pensar em outro corpo, que é esse corpo do real, o corpo pulsional, que, apesar de não reconhecido pela medicina, está presente e produz efeitos.

Para responder à questão colocada neste trabalho, foi necessário pensar o lugar da medicina e da psicanálise no hospital geral, uma vez que é no ambiente médico que a analista propõe seu trabalho.

Nesse contexto, o conceito de pulsão e de corpo é fundamental, pois coloca a psicanálise em outro saber, em um lugar diferente. Dentro do hospital, inclusive, não podemos falar de psicanálise sem considerar esse lugar da psicanálise diante da medicina. Segundo Lacan (1966), o lugar da psicanálise na medicina é marginal e extraterritorial. Ele é marginal devida à posição da medicina em relação à psicanálise, pois a primeira admite-a como uma espécie de ajuda exterior comparável à dos assistentes terapêuticos. Já a segunda, para Lacan (1966), é um lugar extraterritorial, já que nos indica que a posição do psicanalista é fundamental, pois é ele quem inclui a dimensão do gozo e questiona o lugar do desejo do sujeito.

A necessidade de estudar a respeito da não aderência ao tratamento em pacientes com doenças crônicas surgiu a partir do trabalho da analista no hospital geral, principalmente durante o atendimento de uma paciente que sofria de uma doença no intestino. Essa paciente apresentava uma relação de muita agressividade com a mãe, o que sempre resultava na piora de sua saúde.

Em outro momento, a analista atendeu uma paciente que também se mantinha em uma posição de doença, evitando tratamentos que pudessem retirá-la desse lugar de enferma. A escolha subjetiva de manter-se doente e a presença da mãe nos dois casos levaram-nos a pensar se esse corpo não era mantido enfermo como um endereçamento ao Outro, uma forma de posicionar-se diante do desejo do Outro, em uma posição de assujeitamento, de alienação muito mais que de separação. Assim, uma parte do segundo capítulo foi dedicada ao estudo

da relação da menina com a mãe e de como essa relação pode ser devastadora deixando marcas no corpo.

A doença crônica, portanto, aparece nesses dois casos como endereçado ao Outro, uma vez que, na teoria psicanalítica, o sintoma é feito para o Outro na medida em que ele é uma resposta possível ao que o sujeito interpretou como sendo o desejo do Outro.

Este trabalho, portanto, foi dividido em três capítulos, no primeiro deles foram abordados os discursos radicais de Lacan propostos no seminário XVII, com a intenção de posicionar a psicanálise no ambiente hospitalar. No segundo capítulo, foi desenvolvido o conceito de corpo na psicanálise considerando a pulsão, o narcisismo, o corpo erógeno e histórico inserindo aqui a relação da menina com a mãe e de como essa relação pode ser devastadora.

No terceiro capítulo são apresentados dois casos considerados pela autora como relevantes para estudar a posição das filhas na manutenção da doença no corpo diante de uma relação de devastação com a mãe. Em todos os casos apresentados, observou-se o sigilo acerca da identidade do paciente, alterando todos os dados que pudessem identificar esses pacientes.

O caso construído foi o resultado da história do paciente, da discussão do caso com um supervisor clínico, dos efeitos do atendimento para o sujeito, da interpretação e da elaboração da pesquisadora, que foi quem realizou os atendimentos.

Pediu-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-Minas a dispensa do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), considerando que: “[...] o caso descrito não é o sujeito, é uma construção com base nos elementos que recolhemos de seu discurso, isto é, fazemos uma torção do sujeito ao discurso” (FIGUEIREDO, 2004, p. 79). De tal forma que a leitura do caso apresentado ao paciente poderia ter um efeito de estranhamento e de desconhecimento dos elementos ali presentes como pertencentes a eles. E, ainda, por não sabermos avaliar qual a consequência do acesso a esse trabalho para o paciente; uma vez que algumas questões aqui apresentadas já podem estar elaboradas ou recalçadas. Portanto, retomar esse discurso pode ser nocivo para a saúde mental do sujeito pesquisado.

Por último, vale informar que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-Minas e pela direção clínica do Hospital Regional de Rondonópolis.

2 MEDICINA E PSICANÁLISE NO HOSPITAL GERAL

Este trabalho foi motivado pela prática clínica, no setor de Psicologia, dentro de um hospital geral. Os atendimentos em psicologia realizados com os pacientes levaram a verificação empírica de que há certa recusa do paciente em seguir o tratamento conforme o proposto. Muitas vezes, esses pacientes não respondem à expectativa que lhes é colocada; os médicos, a equipe de saúde e familiares esperam que os pacientes queiram melhorar, curarem-se e retomarem para suas vidas da forma como era antes da doença. O que nem sempre ocorre. Dentro do hospital, vemos pacientes que recusam o medicamento, mesmo tendo consciência da importância para o tratamento.

Para abordar esta questão, inicialmente propomos uma contextualização da psicanálise no hospital geral. O trabalho em instituição possui características e limites que o diferenciam do trabalho nos consultórios privados, sendo importante pensar na atuação da psicanálise neste lugar.

Uma instituição como um hospital geral é um lugar marcado pelo mal-estar, e pela ausência de sentido em situações que envolvem o inesperado e o incerto. Para poder falar desse lugar que a linguagem não consegue abarcar completamente, de onde sempre escapa algo, utilizaremos os quatro discursos propostos por Lacan em seu seminário XVII, que fazem laço social e nos ajudam a compreender as relações com o outro dentro da instituição.

Além dos quatro discursos que fazem laço social – discurso do mestre, da histérica, do universitário e do analista –, será trabalhado também um quinto, que não faz laço social, o discurso do capitalista. Esse último também está presente no hospital e estabelece um modo diferente de relação do sujeito com o objeto, e será abordado neste trabalho por ser um discurso presente no hospital geral.

Estudar esse lugar que o médico ocupa na instituição e os discursos que se entrecruzam dentro da unidade hospitalar é importante para que o analista possa fundar um lugar nesse ambiente em que a psicanálise não é compreendida como natural, mas, ao contrário, é construída a cada dia.

A exigência de apresentar uma explicação, um sentido, a toda queixa feita pelo paciente aos médicos é comum dentro do ambiente hospitalar, e não se faz nenhum questionamento a esse respeito, como se houvesse um acordo implícito de que o médico deve saber tudo a respeito da doença apresentada, e o mais importante: o que fazer com ela. Mesmo quando se trata de alguns mal-estares como ansiedade, desmotivação, irritação, entre outros, o médico tenta suprimir esses quadros com o uso de medicações como os benzodiazepínicos.

Todos os benzodiazepínicos são capazes de estimular os mecanismos no nosso cérebro que normalmente combatem estados de tensão e ansiedade. Assim, quando devido às tensões do dia-a-dia ou por causas mais sérias, determinadas áreas do nosso cérebro funcionam exageradamente resultando num estado de ansiedade, os benzodiazepínicos exercem um efeito contrário, isto é inibem os mecanismos que estavam hiperfuncionantes e a pessoa fica mais tranquila como que desligada do meio ambiente e dos estímulos externos. (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS-UNIFESP, 2012).

Nessa tentativa de desligar a pessoa do meio ambiente e dos estímulos externos, o que se tenta, embora sem consciência disso, é silenciar a manifestação do sujeito³, o mesmo que a ciência faz com o sujeito desde o seu surgimento:

Na verdade, a ciência faz uma operação com o sujeito que lhe é coemergente sim, ela o foraclui, exerce sobre ele uma foraclusão- mecanismo próprio à psicose, tradução teórica dada por Lacan à Verwerfung freudiana, que significa rejeição, exclusão para fora (foraclusão) de determinado campo, de determinada cena. A Psicanálise não virá a contrapor-se à ciência em sua démarche metodológica, discursiva. Ela seguirá os trilhos estabelecidos pela ciência clássica. Mas ela o fará de modo a operar sobre o sujeito, e é nisso que reside a sua subversão em relação ao estatuto (foracluído) do sujeito da ciência. De linhagem, filiação e procedência estritamente científicas, a psicanálise representa, contudo, a subversão da ciência, do sujeito da ciência, e é por isso que ela concebe o sujeito como sujeito do inconsciente, única condição em que a operação com e sobre ele se torna possível através de um dispositivo – a techné – artefato técnico criado por toda práxis de orientação científica para efetuar as operações formuladas por seu campo respectivo de saber – a thêoria. (ELIA, 2008, p. 64).

Dentro do hospital, é na emergência do sujeito quando “aquilo” que a ciência foraclui retorna na forma de um sintoma inexplicável ou de angústia, que o analista é chamado a responder de um lugar que não é dado por natureza, não está posto. Embora o setor de psicologia faça parte do organograma do hospital, o lugar da psicanálise precisa ser construído a cada dia e sem garantias. Esse espaço, criado na instituição, é, como afirma Carvalho (2008), um espaço vazio, não é o espaço concreto de uma pessoa ou de um setor como o da psicologia. Somente quando é construído pelo analista, faz com que ele seja chamado quando algo da angústia emerge dentro deste contexto, mas o apelo à psicologia⁴ só ocorre quando este lugar estiver construído.

Esse lugar vem sendo construído no Hospital Regional de Rondonópolis desde quando foi inaugurado em 2002. Na época, contava com dois profissionais: um destinado ao serviço de psicologia organizacional, e outra destinada para os atendimentos clínicos. Nesse início, o serviço era ofertado por demanda espontânea, ou seja, quando o paciente solicita o

³ Sujeito do inconsciente, sujeito barrado que surge na hiância entre um significante e outro significante.

⁴ No texto está escrito psicologia, pois os profissionais da saúde dentro do hospital não fazem diferenciação entre a psicologia e a psicanálise. Como o setor está no organograma do hospital como setor de psicologia é assim que os profissionais solicitam o analista quando encaminham seus pacientes.

atendimento ou por indicação da equipe de saúde. Com a entrada de mais profissionais da psicologia, o serviço foi reorganizado. Cada psicólogo assumiu uma clínica específica, tendo como rotina visitar os leitos ofertando o atendimento aos pacientes e familiares. Durante essas visitas, o profissional se apresenta e faz uma entrevista levantando um pequeno histórico do paciente. Depois desse primeiro contato, o profissional oferta uma escuta, que, dependendo da mobilidade do paciente, pode ser realizada em uma sala do ambulatório. No entanto, ocorrem situações de emergência em que a oferta de escuta é feita sem que haja qualquer preâmbulo. Nesses casos, é comum o paciente aceitar a presença do psicólogo e falar da forma que se posiciona diante do ocorrido.

Por ora, tenho a certeza de uma coisa: tal como o sujeito que vem procurar um analista, também a instituição hospitalar demanda o trabalho do psicanalista que integra uma equipe de saúde mental, se e somente se esse analista, ou essa equipe oferecer seu trabalho. [...] é preciso que o psicanalista que trabalha numa instituição faça a oferta da psicanálise para criar uma demanda específica. Sem oferta não há demanda. (ALBERTI, 2000, p. 44).

Mas qual é a oferta que a psicanálise pode fazer a uma instituição como o hospital geral? Para responder a essa questão segue uma reflexão a respeito da psicanálise no ambiente hospitalar.

2.1 A inserção da psicanálise no hospital geral

A pré-história da psicanálise tem origem nos estudos realizados por Freud, que, inquieto com o tratamento recebido pelas pacientes histéricas em sua época, passou a estudar as histerias de conversão, criando um método próprio de tratamento que é a associação livre. Desenvolvida nos consultórios privados, Freud (1919), ao afirmar que as neuroses são problemas tão grave para a saúde pública quanto a tuberculose, não podendo ser tratada somente nos consultórios individuais, previu que a psicanálise chegaria a atender a grande massa da população, com profissionais analiticamente preparados e mantidos pelo estado, no entanto, “[...] os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa.” (FREUD, 1919, p. 103).

Ainda que prevendo a aplicação da psicanálise nas instituições e reconhecendo a importância dessa atuação, Freud em muitos momentos de sua obra, marca a importância de praticar a psicanálise mantendo o rigor da técnica, ainda que rigor não signifique rigidez. Um exemplo desse alerta ocorre quando Freud (1914) marca a diferença entre a psicanálise e as

terapias desenvolvidas por Adler e Jung, que, apesar de denominarem suas atuações de psicanálise, desenvolveram uma teoria que a descaracterizava. Nesse momento e com certo tom de desabafo, Freud solicita que cada um trabalhe como acredita, mas que não denomine essa prática distorcida como Psicanálise.

Ao fundar a Escola Francesa de Psicanálise, Lacan (1971/2003) diferencia a psicanálise pura da psicanálise aplicada.

1. SEÇÃO DE PSICANÁLISE PURA, ou seja, práxis e doutrina da psicanálise propriamente dita, que não é nada além – o que será estabelecido no devido lugar – da psicanálise didática. [...]

2. SEÇÃO DE PSICANÁLISE APLICADA, o que significa de terapêutica e clínica médica.

Nela estarão grupos médicos, sejam eles ou não compostos de sujeitos psicanalisados, desde que, estejam em condições de contribuir para a experiência psicanalítica: pela crítica de suas indicações em seus resultados; pela experimentação dos termos categóricos e das estruturas que introduzi como sustentando a linha direta da práxis freudiana – isso no exame clínico, nas definições nosográficas e na própria formulação nos projetos terapêuticos. (LACAN, 1971, p. 236).

A psicanálise aplicada não é uma adaptação da técnica utilizada na psicanálise pura, nos consultórios particulares, não estando permitida uma miscelânea de técnicas; ao contrário, conforme Lacan (1971), deve-se cuidar, através de uma crítica assídua, de denunciar os desvios e concessões que amortecem seu progresso, degradando seu emprego.

Como técnica utilizada na psicanálise aplicada, Lacan relembra a única regra fundamental postulada por Freud que é a associação livre. E afirma: “A direção do tratamento é outra coisa. Consiste, em primeiro lugar, em fazer com que o sujeito aplique a regra analítica” (LACAN, 1958, p. 592). Aplicar a associação livre é agir dentro da ética analítica, dirigindo o tratamento, mas de forma alguma o paciente.

Segundo Figueiredo (2006), isto significa que a liberdade de ação na prática clínica é menor quanto maior for o respeito pelo princípio ético. E, se o paciente paga com a palavra ao entrar em análise, para Lacan (1958) ele não é o único a pagar uma cota, o analista também paga:

- Paga com palavras, sem dúvida, se a transmutação que elas sofrem pela operação analítica as eleva a seu efeito de interpretação;

- mas paga também com sua pessoa, na medida em que, haja o que houver, ele a empresta como suporte aos fenômenos singulares que a análise descobriu na transferência.

- e haveremos de esquecer que ele tem que pagar com o que há de essencial em seu juízo mais íntimo, para intervir numa ação que vai ao cerne do ser. (LACAN, 1958, p. 593).

Completa afirmando que o analista é tão menos seguro em sua ação quanto mais está interessado em seu ser. Para estar no lugar do analista, é preciso despojar-se de suas convicções pessoais, seus interesses, todo o seu ser.

Fazendo uma metáfora com o planejamento de uma ação de guerra, Lacan (1958) propõe pensar a tática, a estratégia e a política com a ética da psicanálise. A política baseada na falta, na falta-a-ser, ponto em que o analista seria menos livre, pois onde o analista poderia comparecer com seu poder, ele tem que faltar, sua arma aqui não é o poder, mas o manejo da transferência, representada na metáfora pela estratégia, sendo a interpretação a tática.

Para Miller (2001), a diferenciação entre psicanálise pura e aplicada, quando esta última mantém os mesmos princípios da psicanálise, deixa de ter uma importância significativa. Para ele, importante é diferenciar o que é psicanálise das outras terapias que não o são, diferença que surge principalmente na produção de sentido; característica das psicoterapias que, ao utilizarem o discurso do mestre, tentam dar significado para o sintoma do outro.

Hoje a psicanálise encontra-se em várias instituições, e também no hospital geral ocupando um lugar que Lacan (1966) marca como sendo marginal e extraterritorial. Marginal por estar “à margem de”, sendo o hospital um local reconhecidamente dos médicos, que buscam apoio em outras profissões como a fisioterapia, nutrição, enfermagem e a psicologia⁵. É considerada como uma ajuda, solicitada nos momentos em que o saber médico não consegue responder às questões trazidas pelo sujeito. Extraterritorial, pois subverte o saber médico e permite o surgimento do sujeito, posição contrária à da ciência médica que tenta impedir que o sujeito apareça, ao tentar calá-lo com medicações e procedimentos cirúrgicos.

Alberti (2000) afirma que o hospital é o território dos médicos, que hoje temem não ser o hospital território de ninguém. O médico, que com o seu saber inquestionável responde a todas as questões que implicam na saúde e recuperação do paciente, após a entrada de outros profissionais formando uma equipe inter e multidisciplinar, tem o seu saber diluído com os dos demais profissionais paramédicos. É ele quem faz o diagnóstico e quem prescreve o medicamento, mas a forma como esse medicamento vai ser administrado é determinado pelo enfermeiro; o alimento que o paciente irá ingerir depende do nutricionista; que tipo de exercício motor irá realizar é responsabilidade do fisioterapeuta.

⁵ Embora o interesse deste trabalho seja discutir a psicanálise dentro do hospital, o termo Psicologia foi utilizado aqui por ser desta forma que legalmente o trabalho é reconhecido no hospital. Não se pretende aqui fazer uma diferenciação entre a psicologia e a psicanálise.

A equipe multidisciplinar ocupa um espaço no hospital, escutando cada um algo específico do seu campo de saber, respondendo às questões referentes a um saber diferenciado do médico. Assim, a equipe de enfermagem, de fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, entre outros, compõe um saber para-o-médico. A administração do hospital e a representação social desta instituição ficam, hoje, não sob a responsabilidade do médico, mas do administrador hospitalar, preocupado com as estatísticas e os números de atendimentos.

Estar na extraterritorialidade permite ao analista não estar submetido ao saber médico, como no discurso do mestre, ou tampouco ensinar o médico a agir em determinada situação, como no discurso universitário; mas, ao não ceder diante do saber médico, pode-se produzir saber na relação com ele.

Abrir espaço para a escuta do sujeito é a contribuição mais importante que o analista de psicanálise pode oferecer em sua atuação no ambiente hospitalar. Esta escuta é ofertada ao doente internado na instituição, mas com sua presença pode também ser ofertada ao médico e toda equipe de saúde.

O que torna a presença do analista no hospital e no atendimento ao doente diferente de toda a equipe de saúde é a leitura que faz do mal-estar e da posição que o doente ocupa diante da sua doença. Esta leitura é pautada pelos conceitos de pulsão e repetição que nos permitem outro olhar sob a doença, o corpo e o sujeito.

A seguir será abordada a teoria sobre os quatro discursos apresentados por Lacan no Seminário XVII que nos faz pensar sobre a forma como os laços sociais são estabelecidos no hospital. A organização desses laços sociais ou sua ausência ajuda a compreender a forma como estão estruturadas a medicina e a psicanálise no hospital geral.

2.2 A teoria dos discursos como forma de abordar a psicanálise e a medicina no hospital geral

Lacan inicia seu seminário XVII relatando a abordagem que um aluno fez a ele na rua. Como a resposta que dera a esse aluno causou-lhe certo desconforto, Lacan utilizou a cena para mostrar que o mal-estar está presente nas relações sociais. Como afirma Rodrigues (2010), há algo que escapa no dia a dia, que provoca remorsos e incômodos que traz um “a mais” que se manifesta em palavras ou atos.

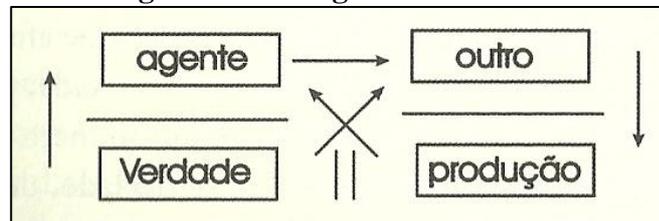
Mas é importante salientar que a teoria dos discursos não se refere às relações interpessoais, discussão presente nas teorias psicológicas. Em Lacan, trata-se de um sujeito com o Outro. Ou seja, nos discursos propostos por Lacan, a relação ocorre entre o sujeito do

inconsciente com um saber, do qual não se tem conhecimento, mas que se supõe estar em algum lugar, e com o Outro, como lugar onde se supõe estar o saber.

Lacan desenvolve a teoria dos discursos a partir da leitura do texto “Análise Terminável e Interminável” (1937/1974), no qual Freud afirma ser impossível educar, governar e analisar. Lacan acrescenta a essa lista mais uma impossibilidade que é a de se fazer desejar pelo Outro. Portanto, cada um dos modos discursivos traz em si algo da impossibilidade, embora não possamos pensar na impossibilidade como total. O discurso do mestre refere-se à impossibilidade de tudo governar; no discurso universitário, está presente a impossibilidade de educar; no discurso do analista, a impossibilidade de analisar na totalidade; e no discurso da histérica, a impossibilidade de se fazer desejar pelo Outro. Pode-se denominar essa impossibilidade de Real enquanto aquilo que escapa à captura total. Uma impossibilidade que também abrange a castração do sujeito.

Os discursos elaborados por Lacan (1970/2007), no decorrer do seminário XVII, “O avesso da psicanálise”, situam-se no campo do gozo e são estruturados a partir de quatro lugares.

Figura 1 – Os lugares do discurso



Fonte: SOUZA, 2008, p. 115.

O agente é definido como aquele que agencia a ação, tendo uma função organizadora e constituindo-se como o campo do sujeito. É o lugar daquilo que é manifesto. O outro é aquele ao qual a ação se dirige. Pode ser o escravo, o mestre, o sujeito do inconsciente, o estudante ou outros. A produção, por sua vez, refere-se àquilo que é latente, que vai ser consequência da relação estabelecida entre o agente e o outro. A verdade trata-se de algo que não pode ser totalmente apreendido pela linguagem. É o resto, a falta, a hiância. É o que fundamenta o discurso e mantém o laço entre o agente e o outro. Não pode ser toda dita, uma vez que a linguagem não possui recursos para isso.

A barra separa o que é da ordem da consciência, no nível superior; e o que é da ordem do inconsciente, no nível inferior. Ou seja, ela aponta para a operação do recalque e para a impossibilidade de um significante representar ou traduzir a verdade do sujeito do

inconsciente. Verdade que se refere à castração, à divisão, à falta que é estrutural no sujeito, uma vez que o significante não pode recobrir toda a verdade.

Lacan afirma que “[...] esse aparelho de quatro patas, com quatro posições, pode servir para definir quatro discursos radicais” (LACAN, 1970/2007, p. 19). Essas quatro estruturas discursivas são formadas pela rotação de quatro letras (S1, S2, \$, a) nos quatro lugares fixos que estruturam o discurso.

O S1 é o significante mestre, vazio de significação. Representa um sujeito para outro significante, sendo quem organiza a cadeia. Pode ser ocupado por qualquer significante, mas quando isso ocorre esse significante passa a ser como um selo, uma marca fundadora e originária. Jorge (2010) lembra de que não se trata de um significante apenas, mas de um enxame de significantes que constituem uma referência singular para o sujeito. “(...) S1 é aquele que deve ser visto como interveniente. Ele intervém em uma bateria significativa que não temos direito algum, jamais, de considerar dispersa, de considerar que já não integra a rede do que se chama um saber” (LACAN, 1970/2007, p. 11).

O S2 refere-se ao saber que liga um significante ao outro em uma cadeia S1 – S2. É o portador do saber sobre o traço unário, a marca que constitui o sujeito. O S1 somente toma forma no S2. O sujeito, portanto, surge nesse intervalo entre S1 e S2.

O \$ é a letra correspondente ao sujeito marcado pela linguagem e pela impossibilidade de completude. Aparece nos intervalos entre os significantes, surge no hiato, na lacuna, como uma afânise. O sujeito dos discursos passou pela castração e, por isso, é dividido e caracterizado pela barra que o cruza.

O conceito do objeto “a” é complexo na obra de Lacan por ser usado de diversas maneiras em momentos diferentes. Uma de suas características principais é escapar a qualquer possibilidade de captura pelo significante. É o que se perde nas articulações entre os significantes, uma vez que o registro simbólico não é capaz de dizer toda a verdade do sujeito.

O objeto “a” tem relação com o objeto perdido freudiano, o objeto que se perdeu e que jamais poderá ser recuperado. Ao entrar na linguagem, o sujeito sofre uma perda, perda da completude encontrada nos seres naturais, nos quais o instinto encontra exatamente o objeto que procura. Ao entrar na linguagem e ser tomado pela pulsão, algo cai, como um resto, o objeto “a”. Assim, para a pulsão, não existe o objeto capaz de satisfazê-lo completamente.

A busca pela completude, por um objeto que seja capaz de tamponar essa falta que é da estrutura do sujeito, fará com que o sujeito repita algumas situações, de novo e de novo, na ilusão de encontrar o objeto que o complete totalmente. Por isso, é também conhecido como objeto causa do desejo.

Sobre o objeto a, Quinet (2006) esclarece que aqui não é propriamente o objeto do desejo, mas definido no campo do gozo como o mais-de-gozar, cuja referência é o conceito de mais-valia formulada por Karl Marx. Na busca incessante em que o sujeito procura obter novamente a primeira experiência de satisfação, “há um gozo de busca, e um gozo de gasto. E o resultado é um gozo fracassado” (QUINET, 2006, p. 32). O gasto de energia que ocorre nessa operação chama-se entropia. A entropia que cai desta repetição é o objeto a.

O objeto a vem nomear o gozo fracassado, raté, não alcançado, perdido. O objeto a é o que cai, o que não se alcança do gozo; no entanto, é o gozo produzido na repetição significante. O objeto a é uma tentativa de usar uma letrinha para tentar nomear aquilo que fracassa, ou seja, algo de gozo que excede e que, ao mesmo tempo não é contabilizado – como a mais-valia do trabalho do proletário, que tampouco é contabilizada. (QUINET, 2006, p. 32).

Com o conceito de repetição, Lacan elabora o conceito de gozo. O gozo diz de um excesso, para algo além do princípio do prazer. Ele contém um componente mortífero que se repete nas relações e que não é compreendido pelos recursos formais da linguagem. É da ordem do indizível e do insuportável para o sujeito, articulando-se com o real, com a verdade e com a falta.

Para que o sujeito pertença ao mundo civilizado é necessário que ele abdique parte do seu gozo. A vida em comunidade exige uma renúncia pulsional, e este processo se dá através da entrada do sujeito no universo simbólico. É importante frisar que somente parte do gozo é abdicada, e a vivência do gozo mantém o sujeito em um processo doloroso.

Nesse momento da sua obra, em seu XVII seminário, Lacan relaciona o gozo com a repetição em Freud e com a Das Ding (objeto perdido). O sujeito repete certas posições subjetivas na tentativa de encontrar aquilo que está perdido. Nessa repetição, algo da energia se perde. Lacan afirma que essa entropia, essa perda, caracteriza o gozo.

Souza (2002) esclarece que para Freud o marco decisivo no conceito de repetição é a noção de retorno, retorno a uma marca inscrita. A pulsão tem na teoria freudiana tendência a retornar mantendo um esforço de conservação que foi denominada de pulsão de morte. No conceito de repetição, Lacan (1970) encontrou as coordenadas do gozo.

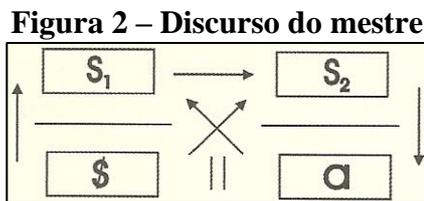
É o gozo, termo designado em sentido próprio, que necessita a repetição. Na medida em que há busca do gozo como repetição que se produz o que está em jogo no franqueamento feudiano – o que nos interessa como repetição, e se inscreve em uma dialética do gozo, é propriamente aquilo que se dirige contra a vida. É no nível da repetição que Freud se vê de algum modo obrigado, pela própria estrutura do discurso, a articular o instinto de morte. (LACAN, 1970, p. 47).

Nesse retorno do mesmo que jamais pode ser alcançado, mas que acrescenta sempre algo de novo ao repetir, há perda de gozo, é esse gozo perdido que caracteriza a o objeto a, objeto mais-de-gozar.

Lacan avançou as contribuições marxistas e apontou que aquilo que se produz se paga com uma parcela de gozo (SOUZA, 2003). Ou seja, a produção do sujeito tem um custo. Há um sofrimento inerente ao processo da repetição enquanto conceito freudiano. O mais-de-gozar contém algo de excesso relacionado ao real que não é apreendido pelo simbólico. Conseqüentemente, ele está presente nas relações, e os discursos são uma tentativa de compreender como ele se articula com o saber, a produção e com a verdade.

São quatro os discursos propostos por Lacan e que fazem laço social: discurso do mestre, da histérica, do analista e do universitário. Posteriormente, acrescenta um quinto discurso: o discurso do capitalista, que, ao contrário dos outros, não faz laço social e não coloca barreira ao gozo.

2.2.1 Discurso do mestre



Fonte: SOUZA, 2008, p. 128.

O discurso do mestre é o primeiro apresentado por Lacan, é caracterizado pelo domínio, pela maestria. É uma posição discursiva caracterizada pelo autoritarismo e pela tentativa impossível de tudo governar.

O S1 é o significante unário que representa o sujeito para outro significante, o sujeito surge na hiância entre um significante e o outro. Esse significante unário é o que se repete, na busca de encontrar a primeira experiência de prazer, marcada pelo primeiro encontro do sujeito com o Outro, e que está perdida para o sujeito. Esse objeto perdido nesse encontro é o objeto “a”, que, nesse discurso, Lacan nomeia de objeto mais-de-gozar.

O S1, o mestre, recalca sua castração e acredita na possibilidade de tudo dominar. Lacan se utiliza da dialética hegeliana do senhor e do escravo para formular essa ideia. Essa dialética refere-se a uma história criada por Hegel. Em uma luta, o perdedor, na intenção de manter a vida, se oferece como escravo para o ganhador que se torna, assim, o seu senhor.

Esse senhor deixa de fazer qualquer atividade, sendo o escravo quem as realiza, passando a ser o conhecedor do saber-fazer; enquanto que o senhor já não sabe mais realizar atividade alguma. O saber aqui está nas mãos do escravo que, assim, inverte a ordem, tornando o senhor dependente do escravo, que é quem detém o saber.

Desse mito criado por Hegel, Lacan propõe que, no lugar do agente, o mestre acredita ser capaz de uma dominação completa. O escravo, no lugar daquele que detém o saber, produz o gozo que é apropriado pelo senhor como um gozo a mais, o mais-de-gozar. O senhor desconhece aqui a sua verdade, e essa verdade é a sua castração.

Essa verdade da sua castração impede que a dominação do senhor seja completa, confirmando a teoria de Freud (1937) que afirma ser impossível governar tudo. Para recobrir essa falta, o mestre (S1) exige que o escravo (S2) produza muitos significantes e objetos como meio de gozo para recobrir essa falta.

Consequentemente, a verdade implicada nesse discurso oculta a divisão do sujeito: por um lado, o que se inscreve como traço unário, o que não é sem a castração (a relação sexual não existe), e por outro, o que insiste em não se inscrever, o que insiste em não se subordinar ao crivo da linguagem significante e que representa o ponto mais mortífero da pulsão, o Real. (MOURA, 2010, p. 57).

Na tentativa de encobrir a castração, que surge como um tropeço entre um significante e outro, o mestre coloca o escravo (S2) para trabalhar produzindo outros significantes: S2, S3, S4, etc. Nessa insistência do significante, nessa repetição, produz-se um gozo que cai como resto, o objeto “a”. Nessa produção de significantes, existe um impedimento para que o mestre atinja a verdade. Existe aqui um limite: o saber do gozo do Outro. Assim, o sujeito do discurso acredita que está se dirigindo ao outro, quando na verdade é o Outro quem o dirige. Por isso, esse discurso é denominado por Lacan como o discurso do inconsciente. “O sujeito do discurso não se sabe como sujeito que sustenta o discurso. Que ele não saiba o que diz é aceitável, já que isso sempre o supriu. Mas o que diz Freud é que ele não sabe quem o diz.” (LACAN, 1970/2007, p. 73).

No hospital, o discurso do médico pode ser equiparado ao discurso do mestre, uma vez que é sustentado por um senhor, representado pelo saber médico, que supõe poder alcançar a verdade, produzindo significantes e tamponando a falta enquanto tentam suprimir a manifestação do sujeito.

2.2.2 *Discurso da histérica*

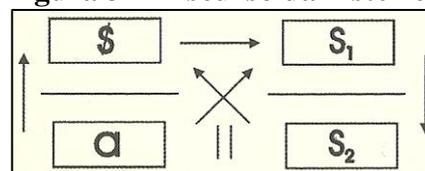
A partir de um quarto de giro do discurso do mestre, surge o discurso da histérica. Assim, no lugar do mestre, está o sujeito barrado, ele se dirige ao S1 que nesse discurso ocupa o lugar do Outro. Ocupando o lugar do agente do discurso, o \$ supõe que o significante mestre possui o saber.

Nesse discurso, a dominância aparece no sintoma. “É em torno do sintoma que se situa e se ordena tudo o que é do discurso da histérica” (LACAN, 1970, p. 45). Esse termo dominância é bem esclarecido por Lacan que chama de dominante o que lhe serve para denominar os discursos, assim, a dominante no discurso do mestre está ocupado por S1.

Souza (2008) lembra que o nome discurso da histérica não significa que o lugar de agente seja portador de uma “patologia”, mas que o \$ ocupa esse lugar com sua divisão subjetiva, com seu desejo e seu sintoma, em torno dos quais se ordena o discurso. E cita um exemplo comum no ambiente hospitalar: o dirigir-se ao outro com uma queixa sobre seus sofrimentos solicitando que o “outro” cure, aplaque ou diminua seus sintomas.

O discurso da histérica se apresenta da seguinte forma:

Figura 3 – Discurso da histérica



Fonte: SOUZA, 2008, p. 131.

O \$, que no discurso do mestre está recalcado, é elevado ao lugar de agente buscando o significante mestre, convocando-o a trabalhar, solicitando a produção de um saber, que responda sobre o seu sintoma e diga qual caminho deverá seguir. O significante mestre coloca-se em trabalho produzindo um saber, que será sempre insatisfatório, uma vez que a verdade é estranha ao \$ por ele ser estruturalmente barrado. O sujeito não pode, assim, encontrar seu objeto de desejo, confirmando no discurso o caráter de objeto perdido do desejo, da satisfação plena que nunca poderá ser encontrada, e justamente por isso promove uma repetição. Esse é o objeto “a”, abaixo da barra, representando a incapacidade do saber de apoderar-se do real, do indizível. Há sempre um “a mais” a ser buscado, e isso implica um mais-de-gozar também presente no discurso da histérica.

O discurso histórico deposita na figura do médico dentro do hospital a função do mestre, pois espera que ele lhe responda sobre sua doença, mas também, por considerá-lo

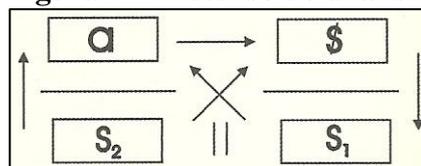
sujeito do suposto saber, solicita dele respostas que venham dizer de seu sintoma, que lhe digam da sua verdade, da sua castração.

É também chamado de discurso do analisante, pois, no lugar do agente, está o sujeito dividido se dirigindo ao outro S1 a quem supõe o saber. Como lembra Souza (2008), essa é uma posição que favorece a transferência, tornando o sujeito facilmente favorável à sugestão. O sujeito barrado se dirige ao S1 como mestre. Ao encontrar o analista no lugar do mestre, não encontra uma resposta pedagógica para suas questões, pois o analista não responde do lugar de mestre. Ao contrário, recebe do analista sua questão tendo que se colocar em trabalho na tentativa de respondê-las. Assim, com um quarto de giro no discurso, surge o discurso do psicanalista.

2.2.3 Discurso do psicanalista

Com um quarto de giro no discurso da histórica, formaliza-se o discurso do psicanalista. Dessa forma, o objeto “a” passa a ocupar o lugar de agente, de dominância, onde se inaugura o discurso e se ordenam as outras relações. O analista aqui, ocupando o lugar do objeto “a”, não corresponde a uma pessoa, a um ser, e sim desempenha a função de semblante de objeto a. “(...) na medida em que esse objeto a designa precisamente o que, dos efeitos do discurso, se apresenta como o mais opaco, há muitíssimo tempo desconhecido, e, no entanto, essencial. Trata-se do efeito de rechaço” (LACAN, 1969/1970, p. 44).

Figura 4 – Discurso do analista



Fonte: SOUZA, 2008, p. 148.

O lugar de a, o analista não corresponde a uma pessoa, mas faz semblante de objeto. Souza (2008) esclarece que fazer semblante contempla essa condição de que o analista ocupa esse lugar como um “objeto”. O “objeto” aparece esvaziado de substâncias e desse lugar não deve fazer qualquer ostentação. Rodriguez (2010) lembra que para Lacan desejo é falta, assim, fazer semblante de objeto está relacionado a operar desse lugar da falta, e não do lugar de pessoa. O analista, localizado no lugar de agente e no lugar de desejo, não intenta colocar a sua vontade ou dar sentido à fala do analisante, mas também não se pode dizer que esse

discurso é o avesso do discurso do mestre. Como Souza (2008) salienta, ele é uma torção do discurso do mestre lembrando a figura da banda de Moebius. Essa diferenciação é importante, pois esclarece que nenhum discurso é mais importante do que o outro.

Como um objeto “a”, ocupando no discurso o lugar de agente, o analista convida o analisante a falar, utilizando a regra fundamental colocada por Freud, ocupando o lugar de um sujeito suposto ao saber. No hospital, em um primeiro momento, o paciente e a equipe de saúde se dirigem ao analista tentando colocá-lo no lugar de mestre, ou seja, daquele que diz como eliminar suas dores, diferenciando o analista do médico apenas pelo objeto de sua clínica. Por exemplo, as dores físicas, as doenças orgânicas devem ser dirigidas ao médico; enquanto que as dificuldades subjetivas, relacionadas ao afeto, devem ser encaminhadas ao analista. Ao recusar esse lugar de mestre e fazendo o convite para que o outro fale, o analista pode ocupar o lugar do sujeito suposto ao saber, permitindo que o analisante possa, a partir das pontuações colocadas, formular um saber sobre si mesmo.

No discurso do analista, o lugar do outro é ocupado pelo sujeito barrado. Aqui o outro é castrado, cindido. Por não receber uma resposta do outro que explique o seu sintoma, põe-se a trabalho produzindo o seu saber e “inventa” o inconsciente.

[...] O sujeito na condição de analisante, ao ler de outra maneira o que se manifesta no discurso, não produz qualquer conhecimento do real, mas inventa um saber, um saber inconsciente que é cada vez diferente e que vai determinar as errâncias de sua hystória. (SOUZA, 2008, p. 149).

Ao recusar as respostas do discurso do mestre ao analisante, o analista o convida a lidar com a sua castração, abrindo mão do mais-de-gozar e produzindo um saber sobre ele mesmo.

O saber produzido pelo sujeito na relação com o analista ocupa, nesse discurso, o lugar da verdade. A verdade para Lacan está como uma estrutura de ficção, é uma verdade construída na relação do sujeito com o analista, mas que ao mesmo tempo vai sendo destronada pelo real. “Isso tem um caráter dialético na análise, e se formula por meio da fração a/S_2 no discurso do analista, que se lê: o saber no lugar da verdade” (RODRIGUES, 2010, p. 73).

Lacan (1969/1970) afirma que a verdade é aquilo que é dito, é a frase. Pontualmente, a frase é sustentada pelo significante que concerne ao sentido. Considerando que sentido aqui não é a significação, mas a direção que orienta a formação desses ditos. Essa direção é dada pelas marcas, traços, resíduos, os quais constituem o campo de pesquisa do psicanalista.

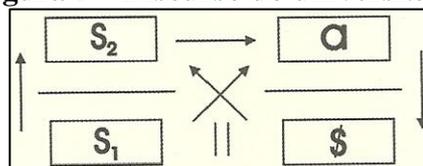
A partir das colocações sobre o discurso do mestre, da histérica e do analista, pode-se pensar nas demandas dirigidas ao analista quando inicia seu trabalho no hospital geral. Demandas que muitas vezes demonstram como esse lugar de mestre é ocupado pelo médico até mesmo na relação com outros profissionais da equipe, por exemplo, durante um convite para que o analista trabalhasse com a equipe de cirurgia bariátrica, uma médica da equipe afirmou que o analista deveria trabalhar com a abordagem comportamental cognitiva, por considerar ser a melhor nesses casos. Em outros momentos, foi solicitado ao analista que desse notícias de óbitos e amputações de membros para familiares e pacientes. Algumas demandas, como o tipo de atendimento a ser realizado, podem ser respondidas com uma negação e a informação de que com a psicanálise é possível realizar um trabalho; outras devem ser escutadas e acolhidas, pois muitas vezes demonstram a limitação e a angústia do profissional.

Assim, a via para uma clínica do sujeito no hospital público necessariamente passa pela transformação da queixa em demanda de tratamento, demanda na qual o sujeito se implica, passando a reconhecer-se como sujeito da fala, verificando sua implicação no seu sintoma e seu engano quando atribui a um outro os seus problemas. (ALBERTI, 2000, p. 40).

Os profissionais de saúde, ao colocarem-se no lugar de mestres, demandam ao analista que também ocupe esse lugar. Ao negar essa demanda, e ao oferecer uma escuta, é possível o giro no discurso da histérica para o discurso do analista que precisa ser construído dentro do hospital, pois ele não está presente por uma questão de estrutura.

2.2.4 Discurso do universitário

Figura 5 – Discurso do universitário



Fonte: SOUZA, 2008, p. 143.

No discurso universitário, o saber ocupa o lugar originalmente ocupado pelo mestre, e por isso demanda sempre o acúmulo e o desenvolvimento do saber, um saber que não está mais no lugar do escravo, mas do senhor que demanda sempre um saber a mais. Aqui, é o

estudante quem ocupa o lugar do outro, com a diferença que o estudante não possui o saber fazer, característico do trabalho escravo do discurso do mestre e do escravo antes da revolução industrial. Por isso, Lacan o denomina de astudante. Como esclarece Rodriguez (2010), o objeto a está envelopado, encarnado no estudante, que é o próprio objeto, e, como trabalhador, tem que produzir algum produto, uma tese, uma monografia. A dominância nesse discurso está no saber.

O saber, por estar no lugar do agente, é posto como um mandamento e transmitido como resposta, e não como questão endereçada ao Outro. Há aqui uma pretensão de tudo saber, de tudo educar e de evitar qualquer tipo de erro ou falha. É um modo de discurso que objetiva o saber como totalidade e que, portanto, tenta eliminar todos os fatores que possam interferir no cumprimento da sua meta. Por isso, o discurso universitário é chamado também de discurso da ciência que tenta recobrir todo o real e excluir o \$ de seu discurso. É o discurso presente nas relações de ensino-aprendizagem. Nesse caso, o lugar de agente pode ser ocupado por um pai, pelo professor, ou seja, por todo aquele que coloca o outro no lugar de aprendiz.

O médico, o psicólogo e toda a equipe de saúde podem ocupar esse lugar de agente nos momentos em que sugerem e aconselham, ensinando o outro como deve se cuidar. No hospital geral, o discurso universitário está presente nos protocolos e manuais médicos a serem seguidos e em toda a burocracia que determina a ação dentro do hospital. Vários exemplos podem ser descritos, dentre eles a necessidade de regular o paciente antes de entrar na unidade hospitalar. Essa regulação é feita somente pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou pelas unidades de pronto-atendimento. Assim, uma pessoa, mesmo estando gravemente enferma, não pode ser encaminhada diretamente para um hospital de média e alta complexidade: primeiramente deverá ir a uma unidade de pronto-atendimento para depois ser encaminhada ao hospital. É comum os servidores da recepção da emergência ficarem angustiados com a necessidade de dizer aos familiares de uma pessoa enferma que eles deverão ir primeiro ao pronto-atendimento, um tempo que pode custar a vida do enfermo, mas que tem por premissa evitar a lotação da unidade com casos que podem facilmente ser tratados na rede básica de saúde.

O problema é que no discurso universitário, que tem a pretensão de agilizar, ter mais objetividade e eficiência no atendimento, excluem-se as particularidades e o caso-a-caso. A padronização é a mesma para todos os envolvidos, não permitindo que os aspectos subjetivos e as exceções sejam considerados.

Embora o discurso universitário tente recobrir o real com o saber “[...] (ele) ignora a divisão do sujeito e a existência do saber inconsciente.” (SOUZA, 2008, p. 145). Abaixo da barra, representando o recalcado, estão o \$, na posição de produto, e o S1, como verdade, havendo um impedimento que \$ acesse o S1, ou seja, por haver uma disjunção entre o lugar da produção e o lugar da verdade, o sujeito não tem acesso a seu significante mestre, não podendo tomá-lo como uma referência simbólica.

Melo (2009) defende a teoria que o analista não somente é o objeto “a” no discurso do analista como também pode fazer semblant na posição de agente de outros termos discursivos. Assim, ele pode fazer semblant de S1, S2 e de \$ sem se identificar com esses significantes.

Durante as visitas à UTI, momento em que o médico conversa com os pacientes e esclarece dúvidas referentes às condições clínicas e à condução do tratamento aos familiares, o analista acompanha o médico e os familiares aos leitos dos pacientes. Nesse momento, algumas dúvidas podem ser direcionadas ao analista, por estar presente todos os dias e ouvir o relato de todos os médicos, ou por alguns médicos não permitirem que o familiar questione sobre suas dúvidas. Pode ser necessário ao analista fazer semblant de S2. Fazer semblant nesse caso é o analista não estar identificado com o lugar do saber, mas ocupar esse lugar temporariamente sabendo não possuir todo o conhecimento.

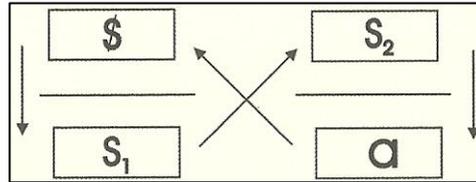
Uma situação em que a analista optou por fazer semblat de S2 ocorreu em uma situação de atendimento aos familiares de uma paciente internada na UTI. Depois de 10 dias de internação na UTI e respirando através de aparelhos, foi indicada uma traqueostomia para a paciente Maria, uma senhora de 60 anos internada após ter sofrido um Acidente Vascular Cerebral (AVC). A filha, ao ouvir do médico o termo traqueostomia, não compreendeu a necessidade do procedimento e, assustada com os cuidados que deveria ter com a mãe depois da alta hospitalar, não autorizou o procedimento. O analista ofereceu atendimento, permitindo que a filha falasse de suas dúvidas referentes ao procedimento proposto, explicando o que era esse procedimento e quais as vantagens para a paciente. Sabendo não deter o saber total, o analista supostamente ocupou esse lugar de S2 no discurso universitário, supostamente por saber não ser esse o seu lugar, convidando logo depois a filha da paciente para que falasse sobre o momento que estava vivendo.

2.2.5 Discurso do capitalista

Em todos os discursos anteriormente apresentados há uma relação entre o agente e o outro formando o laço social. No quinto discurso apresentado por Lacan, esta relação não

existe, esse discurso é caracterizado por não fazer laço social. Isto pode ser visualizado no matema apresentado por Lacan (1972), no qual os sentidos da seta confirmam essa não relação.

Figura 6 – Discurso do capitalista



Fonte: SOUZA, 2008, p. 155.

Esse discurso apresenta uma disposição parecida com a do discurso do mestre, porém com os termos do lado esquerdo invertidos. Assim, nesse discurso, o \$ ocupa o lugar de agente. O S1, que no discurso do mestre ocupa o lugar do agente, aqui está sob a barra no lugar da verdade. O objeto “a”, como produto do saber, aqui nesse discurso é quem dirige o \$.

Para compreender a formação desse discurso é preciso pensar na forma como o escravo do discurso do mestre que antes possuía o “saber-fazer” transformou-se no proletário que vende sua força e trabalho ou seu saber, mas que não detém o “saber fazer”. Esse novo trabalhador, juntamente com o saber, adquiriu valor de mercado que pode ser vendido ou comprado de acordo com as leis capitalistas, e, como os objetos produzidos pelo capitalismo, se não atingir às exigências da empresa, pode ser facilmente substituído.

Para Alberti (2000), seguindo as setas do discurso, o S1 se dirige a S2 produzindo gadgets, identificados como o mais-de-gozar, mas em vez de ser impossível ao sujeito, como no discurso do mestre, aceder a esse gozo passa a ser possível, de forma que a castração passa a ser forcluída. Não há nesse discurso uma exigência a renúncia pulsional.

Vemos o pequeno a cheio de gozo perdendo sua função. O encontro faltoso do sujeito, esse encontro com a castração, é refutado em virtude dos objetos que acenam como uma possibilidade de recobrir a falta, mantendo a fantasia: vontade de gozo é igual a desejo. (MOURA, 2010, p. 68).

Portanto, há no discurso do capitalista uma ilusão de que o objeto produzido, o gadgets, irá suprir a falta estrutural do sujeito. Como resultado, há uma busca cada vez maior por objetos que, logo após serem adquiridos, são trocados por outros em um consumismo que não tem relação alguma com o desejo.

O hospital geral não está à margem desse discurso, mesmo sendo um hospital público. Por um lado, o paciente e seus familiares buscam o hospital como um bem de consumo, supondo que a tecnologia e o saber médico poderão livrá-lo da perda, da castração provocada por uma doença ou acidente. Não é raro encontrar familiares solicitando as mais modernas técnicas de tratamento para garantir a vida de seu ente, como se a tecnologia ofertada pela medicina pudesse garantir a vida e o bem-estar.

Do lado da medicina surgem técnicas cada vez mais modernas e drogas novas que são lançadas prometendo curas ou melhoras significativas no quadro clínico do paciente. Cria-se, assim, a ilusão de que a morte e a doença podem ser superadas, e que o sujeito não tem que suportar o mal-estar.

Há também uma necessidade de justificar, através de números e estatísticas, o uso do dinheiro investido pelo estado. O tempo de duração e o número de atendimentos realizados são determinados pela instituição, não importando a particularidade de cada. Essa lógica é imposta a toda equipe de saúde incluindo os médicos e os psicólogos do hospital.

Quando o discurso do mestre se põe a serviço do cientificismo, o saber, o escravo hegeliano, que detinha o saber do mestre, deixa de detê-lo; ao mestre “capital” já não interessa esse saber como ele podia, por exemplo, interessar a Sócrates. O cientificismo reduz tudo a números, a estatística, a unidades de valor; o escravo, o outro no Discurso do Mestre, passa a ser, no Discurso do Capitalista, mera unidade de valor, de forma que até mesmo o mais-de-gozar passa a ser contabilizado. O saber que ele podia deter no discurso hegeliano deixou de ser dele – ele agora é só “máquina de influenciar”. (ALBERTI, 2000, p. 46).

O discurso Capitalista ocupa o lugar do discurso do mestre para o médico ou mesmo para o paciente. O médico, hoje, muitas vezes não é visto pelo paciente como “aquele que sabe o que o outro tem”. Essa relação do sujeito do suposto saber com o médico, hoje, não é mais como algum tempo atrás. Com a criação de várias especialidades e a diminuição do tempo de atendimento, principalmente nos serviços públicos, o médico deve atender a um número grande de pacientes em um período pequeno de tempo para elevar a estatística. Ele deixa de ser o “médico de confiança”, desacreditado em seu saber quando impera o discurso do capitalista.

Em decorrência do discurso do capitalista, o médico, que algumas décadas atrás era acreditado sem nenhuma reserva, hoje é questionado, e uma segunda ou mesmo terceira opinião é sempre exigida antes de um procedimento importante. Várias discussões e até mesmo processos judiciais são levantados contra o parecer do médico, mostrando que está deixando de ocupar o lugar do mestre. Uma desconfiança permeia a relação médico-paciente.

É necessário que o médico encontre uma explicação para o mal do paciente, um nome que justifique o que ele está sentindo porque também é exigido, por parte dos familiares, que o médico consiga fornecer essas respostas, o que recrudescer sua posição ancorada no saber científico.

Um caso que ilustra o que se está tentando dizer é o de uma paciente que entrou no hospital com suspeita de um acidente vascular. A família por vários dias questionou o saber do médico, pois, a princípio, ao vê-la na emergência do hospital, o médico a deu alta. Antes mesmo de sair do hospital, a paciente teve uma piora em seu quadro e foi internada na UTI com diagnóstico de acidente vascular, somente pelos sintomas e pelo quadro clínico. Curiosamente, as tomografias não mostraram nenhum sangramento. A família exigia que o neurologista afirmasse qual era o diagnóstico preciso, queixavam-se do médico e buscavam uma resposta definitiva. Diante das exigências da família, o médico neurologista deixou de ser encontrado no hospital, passando as orientações ao médico plantonista e fazendo as visitas em horários diferentes daqueles estabelecidos para a família, o que gerava mais insegurança e desconfiança nos familiares.

Somente com a afirmação de que se tratava de um tipo de AVC localizado no tronco cerebral que tem por característica a piora depois de alguns dias, não sendo possível diagnosticá-lo de início, foi que a família conseguiu aceitar o quadro. Essa explicação não alterou a conduta médica em relação à paciente, nem favoreceu uma melhora, mas provou o saber médico e pôde propiciar uma relação harmoniosa entre familiares e médicos envolvidos.

Após a apresentação de todos os discursos que fazem laço social e do quinto discurso proposto por Lacan, que, ao contrário dos outros, não faz laço social, é importante finalizar dizendo que não é possível estar submetido a um discurso apenas, mas que há um giro nos discursos. Em um momento, o médico pode estar respondendo do lugar do mestre quando está estabelecendo os diagnósticos e prognósticos. Em outros momentos, está no discurso universitário quando utiliza um saber já instituído para propor tratamentos ao paciente. Outras vezes, utiliza o discurso da histórica na busca de um saber para o qual necessita buscar novos significantes e, embora não sustente a posição de analista, em alguns momentos pode também estar no discurso do analista.

O psicanalista dentro de um hospital geral pode auxiliar o médico a reencontrar o seu discurso e a fazer os giros necessários a cada situação que encontra. Como afirma Alberti (2000), ele pode auxiliar o médico a reencontrar o seu discurso e a ser coerente com ele, podendo sustentar o seu saber e até mesmo o “não saber”, acolhendo as questões do paciente

sem ofender-se ou ignorá-las. Só assim o paciente enquanto sujeito poderá encontrar um lugar.

Mas qual é o discurso que a medicina utiliza? E quais os efeitos desse discurso no sujeito? Ao pensar a psicanálise dentro do hospital é imprescindível pensar o lugar da medicina. Um lugar que já é dado por princípio, hospital é território da medicina e de seu representante o médico, ainda assim algumas reflexões podem ser feitas a esse respeito.

2.3 A medicina no hospital geral

A medicina é uma clínica que, com seu discurso de estrutura científica, tem os mesmos pressupostos exigidos pelo conhecimento científico. Chauí (1996) assinala que o conhecimento científico busca a objetividade (estruturas universais e necessárias), a quantificação (medidas, padrões), a homogeneidade (leis gerais), a generalização, a regularidade, a constância, a frequência, a normalidade dos fatos investigados; além de prever racionalmente novos fatos como efeitos dos já estudados. A ciência busca as leis objetivas gerais, universais e necessárias dos fatos. Assim também na medicina que, como ciência, tem seus pressupostos, muitas vezes, confirmados por pesquisas que consideram os efeitos de um tratamento em uma amostra.

De acordo com Clavreul (1983), o discurso do médico utiliza-se do discurso da ciência, discurso que prima por excluir a subjetividade tanto daquele que o enuncia quanto daquele que o escuta.

Em nome da ciência, o médico pode responder a casos particulares utilizando os conhecimentos adquiridos a partir do estudo de grandes amostras. O particular é visto através do geral, e a avaliação clínica de um paciente é sempre comparada a tratamentos anteriores.

Para a ciência médica, a verdade é tida como absoluta e possível de ser encontrada, e o paciente é visto como um objeto para a busca da verdade. O diagnóstico que responda o que ocorre com o paciente enfermo e o tratamento dessa doença é o objetivo desse profissional.

Benoit (1989), ao fazer uma reflexão sobre sua prática médica e a psicanálise, relata um fato vivido que exemplifica a busca por essa “verdade” que responde aos anseios do profissional:

Nunca saberei, nunca se saberá a causa dessa morte: até na mesa da autópsia havia falhado essa função primordial do médico – saber. Saber e revestir de palavras esse conhecimento, para então, se possível, agir, agir contra o sofrimento e em prol da verdade. (BENOIT, 1989, p. 26).

Esse exemplo demonstra a frustração diante do fracasso em descobrir a causa da morte, o agente patológico que causou a morte. Para Clavreul (1983), o corpo é compreendido pela medicina como o local onde a doença está alojada, um objeto para o estudo. Decifrar esse corpo, ler nele as causas da doença ou da morte, é o que importa para conhecer a doença e derrotá-la em outros pacientes. Para a medicina, o corpo importa como um depositário da doença.

Esse relato da autópsia realizada no paciente ocorreu no início da prática profissional do autor trinta anos antes desse relato, quando ainda eram comuns as autópsias para diagnóstico da doença, assim como o exame clínico do paciente era considerado um recurso importante nessa investigação. Nos dias de hoje, Clavreul (1983) lembra que, com o aumento dos recursos tecnológicos, deixou de ser primordial o exame clínico, já que o médico conta com recursos como exames laboratoriais, radioterápicos, entre outros, o que aumenta o distanciamento entre paciente e médicos.

“Isso demonstra que o que ordena a relação médico-doente é o distanciamento do médico em relação ao doente” (CLAVREUL, 1983, p. 211). Esse distanciamento favorece a exclusão da subjetividade no contato do médico com o doente.

Essa exclusão da subjetividade pode ser exemplificada pela seguinte cena: durante uma seleção para contratação de enfermeiros para trabalhar no hospital, o analista percebeu que a preferência da maioria dos candidatos era para os setores de Emergência e UTI. Ao questionar os enfermeiros que já trabalhavam na unidade a respeito dessa preferência, eles responderam que com o paciente inconsciente não há queixas ou pedidos, pode-se cuidar deles sem “interferência”; quando melhoram começam as cobranças e reclamações. Nessa entrevista, os enfermeiros exprimem estarem submetidos também ao discurso médico, pois, ao atenderem a esses pacientes, ignoram a subjetividade, o corpo é cuidado como a uma máquina que tem suas necessidades atendidas, mas não há investimento pulsional.

É possível observar a formalidade no tratamento através de certos aspectos, como o uso do “doutor” e da assepsia⁶ do ambiente e do profissional, tentando colocar a figura do médico como “impessoal”. É o “doutor” quem está tratando. Muitas vezes o doente não sabe o nome do médico, importa mais a especialidade com a qual o médico trabalha. Os diagnósticos são fornecidos a partir do levantamento de todos os sintomas apresentados, e o acompanhamento do “caso” pode ocorrer com a leitura do prontuário médico e a evolução

⁶ Importante frisar que a assepsia é importante no ambiente hospitalar, pois é fundamental para evitar as infecções. Ainda assim, pode trazer um sentido de distanciamento do profissional com o paciente.

feita pela enfermagem. Na prática corrente, o tratamento pode ser conduzido sem que necessariamente o paciente esteja sob cuidados médicos todos os dias, fazendo a clínica geral. Assim como em algumas especialidades, é comum não haver um médico específico responsável pelo tratamento, sendo, a cada semana, escalado um profissional diferente; o que resulta na dificuldade do paciente em identificar quem é o médico que lhe atende. Esses são outros exemplos da tentativa de evitar a subjetividade na relação médico x paciente.

Nesses exemplos, pode-se perceber que no discurso consciente desses profissionais há uma recusa em ouvir e aceitar a subjetividade do outro, do semelhante que aqui está no lugar do doente. O que está oculto nesse discurso, abaixo da barra e, portanto, inconsciente, é a tentativa de forclusão desse sujeito, tentativa apenas, pois o sujeito sempre encontra uma forma de manifestar-se.

Outra explicação para excluir a subjetividade pode ser encontrada em Freud (1930) ao afirmar que o sofrimento ameaça o homem a partir de três direções: do corpo – condenado à decadência e a falência de seus órgãos, a doença e ao envelhecimento –, das forças da natureza e dos relacionamentos humanos.

No hospital, há esse encontro com a finitude do corpo e da vida. Para evitar deparar-se com isso que é da ordem do real, o médico e a equipe de saúde podem manter certo distanciamento, utilizando termos técnicos e incompreensíveis para suportar o relacionar-se com o outro que lhe aponta a castração.

Elias (2001) traz uma importante contribuição para essa discussão ao demonstrar que a presença dos moribundos e dos mortos nos lares de famílias nos séculos anteriores à revolução industrial era aceito como um fato da vida. As pessoas ao adoecerem e morrerem eram mantidas em suas casas na presença de seus familiares. As crianças e demais moradores da casa conviviam com o doente e o acompanhavam até a morte, e mesmo os cuidados com seus corpos eram de responsabilidade desses familiares.

A única defesa contra a morte que chegava de uma forma muito mais inesperada através das guerras ou das pestes que varriam toda uma sociedade era a busca apaixonada por crenças sobrenaturais.

Com o desenvolvimento das organizações sociais, “a pacificação interna da sociedade, a proteção dos indivíduos contra a violência não sancionada pelo Estado, como contra a fome, atingiu um nível inimaginável pelos povos de outros tempos” (ELIAS, 2001, p. 14). O resultado é que a morte se tornou menos corriqueira, saiu de dentro das casas, quando possível, e foi transferida para instituições como os hospitais. Como consequência, a sociedade contemporânea afastou a ideia de morte do dia a dia. Para muitos a vida segue seu

curso e a possibilidade da morte é esquecida, o convívio com o moribundo ou morto impede que esse mecanismo ocorra e coloca a morte na rotina de quem trabalha no ambiente hospitalar. Há, portanto, que considerar os efeitos dessa prática nos profissionais que trabalham com a morte.

Nesse aspecto, Clavreul (1983) contribui afirmando que o médico é também refém de seu próprio discurso, pois em nome da ciência deve ser objetivo e evitar que a subjetividade escape na relação com o paciente.

É inexato dizer apenas que a medicina despossui o doente de sua doença, de seu sofrimento, de sua posição subjetiva. Ela despossui, do mesmo modo, o médico, chamado a calar seus sentimentos porque o discurso médico exige. Ao mesmo tempo, que o doente como indivíduo se apaga diante da doença, o médico enquanto pessoa também se apaga diante das exigências de seu saber. A relação “médico-doente”, é substituída pela relação “instituição-médico-doença”. (CLAVREUL, 1983, p. 26).

Para Moretto (2004), essa exclusão da subjetividade não corresponde ao que ocorre no dia a dia da clínica médica, pois há uma falha nessa tentativa de manter a subjetividade excluída, e algo dessa subjetividade sempre retorna, exercendo uma influência na relação médico-doente. Quando nesse “algo” que retorna há um incômodo, algo que impeça o médico de desenvolver sua função, abre-se espaço para a psicanálise dentro do hospital.

A psicanálise dentro do hospital pode ajudar o médico a manter-se na posição de saber, no entanto, reconhecendo a castração e as suas impossibilidades diante do real da perda. Não significa que o analista deva ensinar o médico, ou ainda pior, cobrar dele uma resposta para determinada situação; mas, no lugar do analista, ofertar ao médico um lugar para a fala.

Melo (2009) cita um exemplo de uma situação vivida dentro da UTI de um hospital quando uma médica não conseguia transmitir de forma satisfatória o boletim médico para os familiares. Utilizava somente termos técnicos e não conseguia explicar a importância dos procedimentos que deveria realizar, o que provocava muita angústia nos familiares. Depois de alguns meses trabalhando na UTI, juntamente com essa médica, Melo conseguiu estabelecer uma relação de transferência da médica com ela ao ocupar o lugar de sujeito suposto saber. A partir de algumas pontuações, a médica conseguiu circular em outros discursos, deixando de atuar somente com o discurso do universitário ao qual estava presa.

3 O CORPO NA PSICANÁLISE

Nas ciências médicas e também na psicologia o “eu” é visto como uma parte integrante do corpo, um binômio no qual de um lado temos o corpo físico e do outro lado, a mente. Esse organismo, juntamente com o psiquismo, forma o indivíduo, unidade indivisível, que congrega funções separáveis em dois grandes grupos: as funções físicas e as funções psíquicas. Embora essas funções sejam diferenciadas, a ideia de indivíduos psicofísicos tem, como afirma Elia (1995), um caráter muito mais integrador que de divisão da unidade orgânica. Uma prova disso é a criação da medicina psicossomática proposta pela medicina.

Ao perceber que não poderia atribuir a disfunções do organismo muitas das doenças apresentadas pelos pacientes, a medicina percebeu a necessidade de encontrar respostas psíquicas que esclarecessem causas de patologias não encontradas no organismo. A medicina psicossomática se desenvolve embasada no conceito de “corpo” e “mente” complementares entre si e formando uma só unidade, o indivíduo.

O corpo, nas ciências médicas, é entendido como um conjunto de sistemas, aparelhos e órgãos que responde pelo funcionamento do corpo e que juntamente com as funções psíquicas, consideradas superiores, formam uma unidade que é o indivíduo.

A descoberta do inconsciente e o surgimento da psicanálise fizeram surgir outra possibilidade que subverte a ideia de indivíduo proposta pela ciência.

A postulação do conceito de inconsciente é o ato pelo qual divide o que até então era indivisível, divide o in-divíduo, porquanto o inconsciente é precisamente a enunciação de uma impossibilidade radical, dada ao sujeito por estrutura, de ser uno: é um outro lugar psíquico, uma outra cena. (ELIA, 1995, p. 41).

Ao reconhecer os chistes, os atos falhos, o sintoma, os sonhos e os lapsos como manifestação do inconsciente, Freud demonstra que o eu não é senhor em sua própria casa. No texto metapsicológico, “O Inconsciente” (1915/1980), Freud defende a tese da existência de processos psíquicos inconscientes, demonstrando que a equivalência convencional entre psíquico e consciente é completamente inadequada. Com a descoberta do inconsciente, ele opera uma verdadeira revolução. Pois, ao afirmar que o inconsciente tem um funcionamento próprio, Freud desaloja a consciência de seu lugar de centro. O indivíduo, portanto, da forma como postula a ciência, integral e ordenado, é por estrutura impossível.

O desenvolvimento do conceito de inconsciente leva a psicanálise a pensar no corpo como diferente do somático e do organismo, e em um corpo marcado pela pulsão. Como

consequência, o corpo na psicanálise não é inato, não nasce com o sujeito, mas só pode ser pensado como pulsional, como corpo-efeito do investimento pulsional.

Para seguir discutindo a categoria de corpo em psicanálise será necessária uma breve introdução à pulsão e ao narcisismo em Freud.

3.1 Pulsão em Freud

Pulsão é um conceito fundamental na obra de Freud. Para Garcia-Roza (2008), a dificuldade em compreender esse termo está justamente nisso, pois como em toda ciência, esses conceitos não têm por função descrever a realidade, mas explicá-la, criando uma nova compreensão de mundo. Os conceitos fundamentais, por serem originais, trazem em si muito mais questionamentos que respostas, fazem furo no saber já existente muito mais do que respondem e tampam esses furos. A construção de um conceito como este implica avanços e recuos, desvios, atalhos, eliminação de caminhos desnecessários e estabelecimento de novas articulações.

O termo alemão utilizado por Freud para designar o conceito de pulsão foi “*trieb*”. Na tradução do alemão para o inglês das Obras Completas de Freud por Strachey, o termo eleito foi “*instinct*”, posteriormente traduzido para o português por instinto.

O termo instinto dificultou a compreensão do conceito de pulsão como Freud o postulou. Isto ocorreu por instinto ser um termo da biologia que traz a ideia de uma força natural, inconstante, ou seja, que pode ser totalmente satisfeita e que cessa de insistir quando o objeto é alcançado. Além disso, o objeto de satisfação do instinto é sempre invariável, é um objeto específico, hereditariamente fixado.

Diferente do instinto, a pulsão é, “*Konstant Kraft*”, uma força constante, persistente e contínua. E embora não se satisfaça com um objeto fixo como é o caso do instinto, busca constantemente um objeto eleito e perdido por estrutura, que vai sendo substituído por outros objetos. Por isso, a pulsão só pode ser satisfeita parcialmente.

Lacan traz a imagem de um dínamo⁷ para demonstrar a imagem surreal que caracteriza a montagem da pulsão: “Se aproximarmos os paradoxos que vimos a imagem que nos vem mostraria a marcha de um dínamo acoplado na tomada de gás, de onde sai uma pena de pavão que vem fazer cócegas no ventre de uma bela mulher que lá está incluída para a

⁷ Gerador de eletricidade que transforma energia mecânica em energia elétrica. É constituído por um ímã e uma bobina. A energia mecânica (de um rio, por exemplo) faz girar um eixo no qual se encontra o ímã, fazendo alternar os polos norte e sul na bobina e por indução geram uma energia elétrica e campo magnético.

beleza da coisa” (LACAN, 1964, p. 161). Da pulsão não se espera uma resposta adequada, não tem começo, nem fim, ou um objetivo específico, totalmente diferente da imagem do instinto que apresenta sempre uma resposta esperada para os estímulos.

Essa figura proposta por Lacan demonstra de uma forma muito coerente como Freud (1915) descreve a montagem da pulsão através de quatro termos que são: Pressão (Drang); Alvo (Ziel); Objeto (Objekt) e Fonte (Quelle). A associação desses elementos com a figura apresentada por Lacan é justamente porque eles não são complementares entre si, não podendo, nenhum deles, separadamente, responder pela natureza da pulsão.

Por pressão de uma pulsão entendemos seu fator motor, a soma da força ou a medida de exigência de trabalho que ela representa. Esse caráter de exercer pressão é uma propriedade universal das pulsões, na verdade, sua própria essência. Toda pulsão é uma parcela de atividade [...] (FREUD, 1915/2004, p. 148).

A pressão é uma característica essencial da pulsão, porém, não é a única para defini-la, uma vez que está presente também no instinto com uma diferença: na pulsão a pressão exerce força constante, enquanto que no instinto ela é momentânea.

Outro elemento da pulsão é a meta (Ziel), a meta de uma pulsão será sempre sua satisfação, embora essa satisfação nunca seja total, mas sempre parcial. O aparelho psíquico busca a todo momento a homeostase, ou melhor, a diminuição da tensão, o que é percebido como prazer; enquanto que o aumento da tensão é sentido como desprazer. A meta, portanto, será sempre a diminuição da tensão. Como é sempre parcial, Freud (1915) vai dizer que a pulsão é inibida quanto à sua meta, podendo sofrer desvios de percurso, ainda que não deixe de obter a satisfação parcial.

Se a pulsão é constante, ela não pode ser totalmente satisfeita, pois nesse caso ela seria momentânea como no instinto, sendo sua satisfação sempre parcial. Nessa busca pela satisfação, a pulsão pode utilizar vários caminhos, um deles é a sublimação, outros são o recalque e o sintoma. A partir da afirmação de Freud de que a pulsão pode ser satisfeita por vários caminhos, pode-se pensar que a não aderência do paciente ao tratamento e à manutenção do quadro de enfermidade é também uma forma de satisfação da pulsão, portanto, trata-se de um dos caminhos que a pulsão utiliza para alcançar seu objetivo.

O objeto é o que há de mais variável na pulsão, sendo outra característica que a diferencia do instinto, pois nele o objeto é sempre fixo. “É aquilo em que, ou por meio de que, a pulsão pode alcançar sua meta” (FREUD, 1915/2004, p. 149). O objeto, portanto, não é a meta, o objetivo final, mas um instrumento para alcançar a satisfação.

Mas é importante lembrar que o objeto ao qual Freud se refere não é o objeto externo ou interno (um órgão, por exemplo) físico, concreto, mas sim a representação-objeto. Garcia-Roza (2008) esclarece que o termo Objekt designa uma representação complexa, uma síntese de sensações elementares provenientes das coisas do mundo. Não se trata da imagem (gestalt) do objeto interiorizada, o objeto para Freud não tem forma ele é “uma síntese resultante da ligação entre representações sensoriais elementares e a palavra” (GARCIA-ROZA, 2008, p. 95).

Esse objeto originariamente não tem nenhuma ligação com a pulsão, mas é eleito pela pulsão para propiciar satisfação. Não é necessariamente um objeto externo, podendo ser uma parte do corpo. Mas esse objeto externo ou uma parte do corpo será sempre uma representação-objeto. O objeto serve à pulsão apenas parcialmente, por isso a satisfação pulsional é sempre parcial, pois não há na experiência do sujeito um objeto que tenha sido em algum momento um objeto pleno. O primeiro objeto já se constituiu como uma representação marcada por um vazio central, marcada por uma falta. Essa falta permite que haja o deslocamento de um objeto para outro, na busca incessante de um objeto que satisfaça totalmente a pulsão.

Quando esses deslocamentos não ocorrem, Freud (1915/2004) afirma que ocorre uma fixação. Nesses casos, a pulsão elege um único objeto e não desliza para outros; a pulsão fica ligada a esse objeto deixando de ter mobilidade.

Para Birman (2009), seria justamente a fixação da pulsão em um objeto que levaria o sujeito a repetir sempre o mesmo circuito pulsional, uma vez que ao perder a mobilidade deixa de eleger novos objetos para sua satisfação. “O sujeito quer gozar sempre da mesma maneira, não se ariscando a descobrir e a inventar novas modalidades de gozo pela mudança dos objetos da pulsão” (BIRMAN, 2009, p. 101).

O quarto elemento na montagem da pulsão é a fonte (Quelle). “Por fonte da pulsão entendemos o processo somático que ocorre em um órgão ou em uma parte do corpo e do qual se origina um estímulo representado na vida psíquica pela pulsão” (FREUD, 1915/2004, p. 149).

Essa colocação de Freud originou uma série de mal entendidos, pois um leitor pouco informado a respeito da teoria freudiana poderia entender que a pulsão se origina dentro do organismo em um órgão específico e que o estímulo originado seria representado no psiquismo pela pulsão. É Freud (1915) quem esclarece que a pulsão não é representante do estímulo no psiquismo, pelo contrário, ela tem representantes que são o ideativo (*vorstellungrepräsentanz*) e o afeto (*affektbetrag*).

Quanto à fonte, Birman (2009) e Elia (1995) são categóricos ao pontuar que a pulsão é um conceito-limite; não estando, portanto, nem no psíquico nem no somático, mas no limite. Para explicar melhor esse conceito, Birman (2009) afirma que esse limite está “posicionado como um conjunto de intercessão” formando um campo da pulsão que possui as suas próprias regras e especificidades teóricas.

Mas é preciso cuidado ao afirmar que o campo da pulsão evidencia existência de um conjunto intercessão, pois isso não implica afirmar a existência de qualquer superposição nem com o somático, nem com o psíquico, muito menos especifica um território com fronteiras marcadas e bem estabelecidas. O campo da pulsão se dissemina e se desdobra sobre os registros do somático e do psíquico ao mesmo tempo. Para Birman (2009), esse desdobramento sobre os dois registros (somático e psíquico) só é possível se puder pensar na existência de uma porosidade no campo delineado pela pulsão, assim, nesse conjunto intercessão, haveria uma irradiação e um refluir simultâneo para os territórios do somático e do psíquico.

Freud (1910) apresenta o primeiro dualismo da teoria das pulsões opondo as pulsões sexuais – pulsões que servem para as satisfações sexuais, às pulsões de autoconservação – cuja função é a conservação pulsional e, juntamente com essas últimas, as pulsões do Eu.

Freud (1914) reconhece o corpo como objeto de investimento pulsional, denominando as pulsões do Eu como libido. Alguns anos depois surge o segundo dualismo pulsional (1920) quando agrupa as pulsões do eu e de autoconservação às pulsões sexuais, opondo de um lado a pulsão de vida, e do outro, a pulsão de morte. Pulsão de vida é a pulsão sexual, juntamente com as pulsões de autoconservação e as pulsões do eu, o que surge de novo é o conceito de pulsão de morte. Este último surge de forma ainda embrionária e sem que Freud o denomine de “pulsão de morte”, ainda que a ideia já estivesse presente ao trabalhar o conceito de compulsão à repetição. (FREUD, 1919).

A repetição está presente em toda a obra de Freud, mesmo no período pré-psicanalítico quando, juntamente com Breuer, utilizava o método catártico⁸. Não é objetivo desse estudo comentar todo o desenvolvimento do conceito de repetição na obra de Freud, mas pensá-la relacionada à pulsão pode nos ajudar a compreender por que, mesmo provocando um desprazer, o sujeito repete as mesmas situações.

⁸ Catarse: a descoberta desse método é atribuída a Breuer e resume-se na tentativa de eliminação do sintoma através da descarga do excesso de excitação psíquica que não encontrou saída no funcionamento “normal” do psiquismo.

O termo compulsão à repetição surge pela primeira vez em 1914. Para introduzir esse conceito, Freud o descreve como uma das formas da manifestação da transferência:

Logo percebemos que a transferência é, ela própria, apenas um fragmento de repetição e que a repetição é uma transferência do passado esquecido, não apenas para o médico, mas também para todos os outros aspectos da situação atual (FREUD, 1914, p. 197).

Ao falar da transferência, Freud (1914) destacava, ainda, sem relacionar com a pulsão, que a repetição não ocorre apenas na relação com o médico (analista), mas em outros aspectos da vida atual, e descobre que na repetição não se trata da recordação de lembranças recalçadas, mas de uma ação, um acting out, que repete sem que se saiba o que se está repetindo.

Garcia-Roza (1986) faz uma distinção entre repetição diferencial e repetição do mesmo. E afirma que se na transferência ocorre uma repetição ela não pode ser do mesmo, ou seja, há na transferência uma repetição de protótipos infantis o que significa dizer que há a revivência de equivalentes simbólicos do desejo inconsciente na relação com o analista, e não uma reprodução de situações reais vividas pelo paciente. A repetição diferencial, portanto, apresenta-se como produtora de novidade, como fonte de transformação podendo assim constituir-se como um instrumento no sentido da cura. Enquanto que, na repetição do mesmo se aproxima de uma reprodução estereotipada.

Para abordar o conceito de repetição, Santos (2002) remete ao “O Estranho” (1919/1969) em que Freud traz a palavra Heimlich (palavra alemã que no português é equivalente ao que é familiar), que a princípio contrapõe-se à palavra Unheimlich. Um grande enxerto é feito no texto com o significado das duas palavras, até concluir que, em um sentido, Heimlich não é oposto a Unheimlich, mas possui em seu significado uma ambivalência, podendo referir-se tanto a algo estranho como àquilo que é familiar.

É desta forma que Freud (1919) apresenta a ideia central do texto que afirma que a sensação do estranho é provocada pelo que há de mais familiar, e que não é reconhecido. Ou seja, é aquilo que retorna sempre, mas de uma forma diferente, não sendo prontamente identificado como o retorno do mesmo. Para Freud (1919), o estranho não é o novo, ao contrário, ele é aquilo que retorna sempre. Afinal aquilo que jamais ocorreu na experiência não pode ser temido. O estranho é algo que se repete, mas que ao mesmo tempo se apresenta como diferente. “O *Unheimlich* é uma repetição diferencial e não uma repetição do mesmo, Freud refere essa repetição à própria natureza das pulsões, ‘uma compulsão poderosa o bastante para prevalecer sobre o princípio do prazer’ ”. (GARCIA-ROZA, 1986, p.24)

Freud articula o estranho ao retorno do recaiado, ou seja, o que causou mal-estar retorna como algo assustador e que amedronta. Não sendo o estranho algo alheio ao sujeito, mas [...] “algo que é familiar e há muito estabelecido na mente, e que somente se alienou desta através do processo da repressão” (FREUD, 1919/1969, p. 301).

No duplo, há o retorno constante do mesmo, que se encontra na repetição dos traços e até dos destinos através de gerações. E, finalmente, há o retorno constante da mesma coisa – a repetição dos mesmos aspectos, ou características, ou vicissitudes, dos mesmos crimes, ou até dos mesmos nomes, através das diversas gerações que se sucedem (FREUD, 1919/1969, p. 293).

Freud (1919) trata, em “O Estranho”, o familiar e o estranho presente na repetição e anuncia que a relação da compulsão à repetição com a pulsão será trabalhada em seu próximo texto.

A partir de seu texto, é possível reconhecer, na mente inconsciente, a predominância de uma ‘compulsão à repetição’, procedente dos impulsos instintuais e provavelmente inerente à própria natureza dos instintos – uma compulsão poderosa o bastante para prevalecer sobre o princípio de prazer, emprestando a determinados aspectos da mente o seu caráter demoníaco (FREUD, 1919/1969, p. 298).

Em 1920, com o texto “Além do princípio do prazer”, Freud subverte a teoria pulsional criada por ele. Ao estudar a ‘compulsão à repetição’, vai além do princípio do prazer e afirma estar a pulsão a serviço não apenas do princípio do prazer mas da busca “demoníaca” da morte. Freud defende, desde o início da sua formulação sobre a teoria das pulsões, o dualismo pulsional. Nesse momento, defende que a pulsão é formada pelas pulsões de autoconservação, consideradas pulsão de vida em oposição à pulsão de morte.

A ideia proposta por Freud de que o sujeito sempre busca a diminuição da tensão no psiquismo, agindo conforme o princípio do prazer será reformulada primeiramente pelo princípio da realidade, no qual o sujeito pode postergar a obtenção do prazer atendendo às exigências da realidade, para, posteriormente, em um momento mais adequado, alcançar esse prazer. Na atividade clínica, no entanto, Freud se deparara com situações que colocam à prova a teoria do princípio do prazer. São três situações a serem consideradas: o sonho na neurose traumática, a brincadeira de uma criança e a compulsão à repetição na transferência.

O fato de o paciente, vítima de um trauma muito grande, sonhar repetidas vezes com a cena do acidente, demonstrando estar fixado no trauma, causa certo constrangimento à teoria dos sonhos, uma vez que a cada repetição do sonho o paciente sofre novamente com o susto.

Outra situação examinada por Freud foi a brincadeira de uma criança de 18 meses, conhecida como Fort-Da. Ele observou que a criança, segurando um carretel de madeira enrolado com um cordão jogava-o detrás do berço fazendo com que o carretel desaparecesse de sua visão, ao mesmo tempo em que pronunciava “o-o-o-o”, e quando puxava o carretel de volta pronunciava um “da”.

Freud interpretou esse brincar como sendo a representação do desaparecimento e retorno da mãe. Ao jogar o carretel, pronunciava “o-o-o-o” que a mãe interpretou como sendo “fort” – palavra alemã que pode ser traduzida como “foi embora”. O que mais chamou a atenção foi o fato de a criança repetir mais vezes o lançar do objeto, representante da ausência da mãe. Mais do que buscar prazer com essa atividade, a repetição aqui se liga à satisfação pulsional. Para Santos (2002), aqui o prazer encontra-se na própria atividade de representação, ainda que o representado em si mesmo seja doloroso.

Freud descobre que, na relação de transferência durante o processo analítico, o conteúdo recalado inconsciente insiste em retornar, provocando o que ele chama de “compulsão à repetição”. O mais intrigante na compulsão a repetir na transferência é que essas lembranças não possuem nenhuma possibilidade de serem prazerosas, ao contrário, geralmente relacionadas a fracassos e feridas narcísicas, trazem desprazer ao serem rememoradas.

Essa repetição, no entanto, não é exclusiva da situação de análise, mas está presente no dia a dia de homens e mulheres que repetem situações já vividas, muitas vezes sem perceberem. No hospital geral, é corriqueiro ouvir de acompanhantes de pacientes que sua sina é cuidar de doentes. Foi assim com vários membros da família, e se queixam desse “destino” que lhes foi imposto. Da mesma forma que é comum no hospital geral, reaparecem pacientes que são submetidos a internações repetidas, associadas muitas vezes à ausência de cuidados com a saúde ou por não seguirem orientações médicas, e até mesmo pacientes que retornam ao hospital pelo surgimento de novas doenças em substituição à primeira doença já curada.

Ainda contrariando o princípio do prazer, Freud reconhece encontrar a compulsão à repetição mesmo quando uma situação vivida provocou desprazer e não trouxe nem mesmo conhecimento. Ainda assim “[...] a ação da pulsão é repetida mesmo assim, há uma coação [Zwang] que obriga a essa repetição.” (FREUD, 1920, p. 147). A partir dessa constatação, afirma que “[...] realmente existe na vida psíquica uma compulsão à repetição (Wiederholungszwang) que ultrapassa o princípio do prazer.” (FREUD, 1920, p. 148).

As três situações – o sonho traumático, a brincadeira do fort da e a compulsão à repetição na transferência – apresentam em comum uma repetição que traz o desprazer, colocando nesse ponto uma questão: como se estabelece a relação do princípio do prazer com a compulsão à repetição?

Se antes o traumático e a resistência eram tomados como o que deveria ser abolido, agora Freud percebe que há no sujeito uma tendência a permanecer no sintoma. Aponta então para a noção de que o princípio de prazer não exerce dominância sobre os nossos processos mentais, mas que outras forças ou circunstâncias desarmonizam a tendência em direção ao prazer. Conclui, assim, que, além do princípio de realidade que efetua o adiamento da satisfação e promove a tolerância temporária ao desprazer num caminho indireto ao prazer, existe uma outra função do aparelho mental, a saber, a compulsão à repetição, mais primitiva do que o intuito de obter o prazer e evitar o desprazer (FREUD, 1920, p. 43).

A compulsão à repetição demonstra que a vivência de prazer e de satisfação está intimamente ligada à noção de pulsão de morte, uma vez que esta visa se livrar da tensão do organismo. Mesmo que o psiquismo seja regido pelo princípio de prazer, ele está submetido a algo mais arcaico e inescapável, que impele o sujeito às repetições.

Diante da pulsão de morte, o princípio de prazer falha, mas continua presente, como uma tendência psíquica à busca do prazer e à diminuição do desprazer.

Birman (2008) levanta outra questão referente à compulsão à repetição que é a possibilidade de uma pulsão se ligar rigidamente a um objeto e não se desligar dele com facilidade, insistindo ativamente nessa ligação, ao que Freud chama de fixação.

Seria isso o que impediria o sujeito de ter maior liberdade face à experiência de satisfação, tendo que repetir como insistência o mesmo circuito pulsional para se satisfazer. Enfim, o sujeito quer gozar sempre da mesma maneira, não se arriscando a descobrir e a inventar novas modalidades de gozo pela mudança de objetos da pulsão (BIRMAN, 2008, p. 101).

Assim, em alguns pacientes portadores de doenças crônicas, o órgão doente parece ser tomado pela pulsão. Esse investimento pulsional em alguns casos traz um ganho para a pessoa, quer seja através do cuidado que recebe dos outros, quer seja por não ter que assumir escolhas diante da vida. Pode haver nesses casos uma diminuição do investimento libidinal em atividades como trabalho, relações amorosas, etc. A recusa em abandonar esse investimento demonstra que a doença de alguma forma passa a ser importante para a pessoa.

Em outros casos, a doença é enfrentada como uma dificuldade a mais na vida, como um limitador e não como algo que impossibilita a vida. Nesses casos é possível perceber um

investimento na doença na medida que permite seguir a orientação dos médicos e cuidar para que o corpo se mantenha da forma mais saudável possível, permanecendo o investimento em outras áreas da vida como família, trabalho, etc.

Durante o trabalho no setor de nefrologia, o analista pode acompanhar casos que ilustram essas duas situações. Para todos, a doença é um grande sofrimento e a vida fica muito limitada, mas encontramos pacientes que conseguem trabalhar como atendentes em bares, administradores de fazenda, vendedores, etc. Um dos pacientes observados se recusava a fazer três sessões de hemodiálise na semana por achar que estivesse perdendo um dia de vida, compensando essa ausência com um controle maior da quantidade de líquido ingerido. Seguia, assim, com a vida, apesar da doença. A analista também encontrou pacientes que morreram logo após o diagnóstico da doença por se recusarem a seguir as orientações da equipe médica. Cada um por um motivo diferente deixou de investir minimamente no corpo e na obtenção da saúde. Esses exemplos demonstram que a pulsão tem várias vicissitudes e que cada um inventa um meio de lidar com a doença, uma invenção que é singular.

Na tentativa de compreender a escolha por esse caminho que faz com que a pessoa permaneça na dor e no sofrimento, no lugar de procurar soluções mais prazerosas, o texto “O problema econômico do masoquismo” traz algumas contribuições.

O sofrimento acarretado pelas neuroses é exatamente o fator que as torna valiosas para a tendência masoquista. É também instrutivo descobrir, contrariamente a toda teoria e expectativa, que uma neurose que desafiou todo esforço terapêutico pode desvanecer-se se o indivíduo se envolve na desgraça de um casamento infeliz, perde todo o seu dinheiro ou desenvolve uma doença orgânica perigosa. Em tais casos, uma forma de sofrimento foi substituída por outra e vemos que tudo quanto importava era a possibilidade de manter um determinado grau de sofrimento (FREUD, 1924/1976, p. 207).

Para Freud (1924), em função do masoquismo moral⁹, o sujeito não pode abrir mão do sofrimento, pois com ele satisfaz sua necessidade de punição. Deve-se sofrer para satisfazer o sentimento inconsciente de culpa. Nesse sentido, a doença orgânica pode ocupar uma função importante. Em alguns casos a neurose se refugia na doença, podendo até mesmo desaparecer, uma vez que, com o sofrimento causado pela doença orgânica, o sentimento de culpa é satisfeito. Aqui está o lucro da doença.

⁹ No texto O problema econômico do masoquismo (1924), Freud apresenta três tipos de masoquismo, são eles: 1) masoquismo feminino; 2) masoquismo erógeno; 3) masoquismo moral. Os dois primeiros estão relacionados à outra pessoa; no masoquismo moral, a vinculação com a sexualidade é afrouxada e a relação com o outro não é importante, o que importa é o próprio sofrimento.

É comum o paciente internado colocar-se em uma posição vitimizada, responsabilizando o médico ou a equipe de enfermagem por seu sofrimento. O paciente, assim, vê na medicação ou nos curativos uma forma de fazê-lo sofrer, como quê exposto à violência do outro. As ofertas de tratamento e melhoras parecem ser rechaçadas. Nesse sentido, “[...] é preciso insistir no fato de que as experiências que apontam a presença da pulsão de morte demonstram uma persistência na dor, no mesmo sofrimento [...]” (SANTOS, 2002, p. 48). O masoquismo é explicado por Freud (1924) como derivado da pulsão de morte na qual uma cota deixa de ser colocada para fora como pulsão destrutiva e é investida no próprio Eu.

Tomar o corpo como submetido à pulsão, como afirma Elia (1995), é a grande diferença da condução do tratamento em medicina e em psicanálise. O sintoma em medicina é um mal que deve ser eliminado; enquanto que o estudo das pulsões e da compulsão à repetição demonstra que o sintoma não é um mal do qual o sujeito queira se livrar. O além do princípio do prazer demonstra exatamente isso: esse sintoma pode ser um bem na medida em que aparece como uma solução para a dor de existir.

3.2 Corpo e Narcisismo

Freud (1914) introduz o conceito psicanalítico de narcisismo. Esse termo já era utilizado por P. Näcke para designar pessoas que tratam o próprio corpo como só se poderia tratar um objeto sexual. Até esse momento, portanto, o narcisismo era um termo relacionado à patologia para designar uma perversão.

Freud começa a perceber que o narcisismo está presente também em seus pacientes neuróticos e que se poderia atribuir ao narcisismo “um importante papel no desenvolvimento sexual normal do ser humano” (FREUD, 1914/2004, p. 97). Nos seus estudos com os esquizofrênicos, percebe que eles apresentam dois tipos fundamentais de caráter: o delírio de grandeza e o desligamento de seu interesse pelo mundo exterior. E compreende que a pulsão destinada aos objetos externos deixa de ser investida dessa forma e volta para o Eu, formando, nesses casos, os delírios de grandeza. Diferente do esquizofrênico, o neurótico reduz o investimento nos objetos externos, mas os substitui por outros imaginários. Essa retirada do investimento pulsional no objeto externo e o seu retorno para o Eu, o Eu servindo de objeto para o investimento pulsional, é o que caracteriza o conceito de narcisismo.

A concepção de que o Eu pode ser tomado como objeto de investimento libidinal faz com que Freud se depare com uma contradição na teoria pulsional vigente até esse momento.

Até então, Freud considerava as pulsões do Eu, tidas como de autoconservação, opostas às pulsões sexuais. Se o Eu passa a ser também objeto de investimento pulsional, como separar as pulsões de autoconseração das pulsões sexuais? Para manter a dualidade na teoria das pulsões, Freud afirma que “As pulsões sexuais apoiam-se, a principio, no processo de satisfação das pulsões do Eu para veicularem-se, e só mais tarde tornam-se independentes delas” (FREUD, 1914/2004, p. 107). Não é objetivo desse trabalho discutir a ideia de apoio das pulsões sexuais no biológico, mas até esse momento Freud atribuía a pulsão de autoconservação à tendência da pessoa de manter a vida. A partir dessas descobertas, percebe que há um investimento na vida porque o Eu pode tomar-se como objeto de amor.

Para compreender como o narcisismo se forma é necessário pensar primeiramente em outro conceito desenvolvido e descrito por Freud como “um estado inicial da libido” o autoerotismo. É Freud (1914) quem marca a importância de iniciar o estudo pelo autoerotismo ao afirmar que:

É uma suposição necessária a de que uma unidade comparável com o Eu precisa antes ser desenvolvido. Todavia, a pulsões auto-eróticas estão presentes desde o início, e é necessário supor que algo tem de ser acrescentado ao auto-erotismo, uma nova ação psíquica, para que se constitua o narcisismo. (FREUD, 1914/2004, p. 99).

Antes da formação do Eu, o corpo é um conjunto de órgãos desorganizado e sem limites entre o interno e o externo. O seio que alimenta o infans é percebido por ele como um objeto que faz parte desse corpo “primitivo”.

Lacan (1949) traz uma contribuição muito importante para a compreensão dessa ação psíquica que precisa ocorrer para que haja a formação do Eu. Ele indica que o estágio do espelho deve ser entendido como uma identificação, isto é, como algo que transforma o sujeito quando ele assume uma imagem. Esse ato, olhar-se no espelho e lá reconhecer sua imagem, instaura na criança uma série de gestos pelos quais ela experimenta ludicamente a relação dos movimentos assumidos pela imagem com seu meio refletido, ou seja, com seu próprio corpo e com as pessoas à sua volta.

O eu primitivo – como foi dito acima – é um corpo retalhado, fragmentado pelas pulsões autoeróticas. Ao se ver no espelho, ou ver a imagem do outro, esse outro semelhante, identifica-se com essa imagem e toma-se conhecimento do seu corpo como totalidade para depois o processo de sua maturação fisiológica permitir a ele integrar suas funções motoras e atingir um domínio do seu corpo. Lacan marca a importância dessa sequência. Primeiramente o infans antecipa a sua imagem e só depois tem domínio motor efetivo sobre seu corpo.

Essa imagem do corpo só se constitui diante do olhar do outro. A criança ao olhar-se no espelho espera que o outro confirme e ratifique essa imagem. Esse outro que, por exemplo, pode ser a mãe, é o olhar daquele que ocupará o lugar do Outro. Para Lacan (1954), o Outro é, na verdade, o espelho no qual a criança se vê e se admira, ajustando sua imagem enquanto eu ideal às reações de Outro que vem no lugar do ideal do eu.

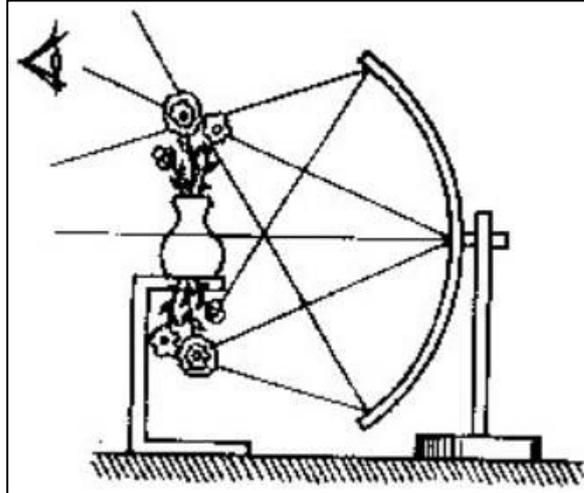
É no momento em que a criança se vê refletida no espelho e reconhece sua imagem como a de um corpo unificado que se dá o surgimento de uma organização conhecida como eu. O eu surge, portanto, sustentado pela imagem do corpo unificado. É essa a operação necessária para que o eu possa surgir. Desta forma, Lacan esclarece a colocação de Freud (1914) de que é necessária a ação do narcisismo para que o Eu se constitua.

Diferente do autoerotismo quando ainda não há a representação do corpo como uma unidade e a pulsão toma partes isoladas desse corpo fragmentado como objeto de investimento libidinal; no narcisismo primário há uma representação de corpo formado por essa imagem projetada no espelho e confirmada pela olhar do outro. Garcia-Roza (2008) esclarece que o eu que surge dessa imagem unificada que a criança faz de seu próprio corpo e dessa revivescência do narcisismo paterno é o eu ideal (Ideal Ich) que corresponde ao narcisismo primário.

Para Freud (1914), quando os pais atribuem ao filho todas as perfeições, mesmo que indevidas, além de conceder aos filhos todos os privilégios que foram obrigados a abandonar, a ponto de considerar a criança como “His Majesty the Baby” (Freud, 1914/2004, p. 110) esses pais estão revivendo, reeditando seu próprio narcisismo. “O comovente amor parental, no fundo tão infantil, não é outra coisa senão o narcisismo renascido dos pais, que, ao se transformar em amor objetual, acaba por revelar inequivocamente sua antiga natureza” (FREUD, 1914/2004, p. 110).

Lacan (1954), ao apresentar a tópica do imaginário, utiliza-se de uma imagem óptica do buquê invertido no espelho côncavo para esclarecer o narcisismo primário.

Figura 7 – O experimento do buquê invertido



Fonte: LACAN, 1954, p. 94.

Lacan sugere aos seus ouvintes que imaginem uma caixa oca e sobre ela um vaso, sem flores e, abaixo dela, as flores. Esses objetos estão a frente de uma semiesfera. Na óptica, cada ponto corresponde a outro. Ainda que os raios não se cruzem perfeitamente, para o olho, esses raios se convergem formando uma imagem real e outra virtual, quando esses raios alcançam o olho em um sentido contrário.

Nessa imagem, o buquê real está escondido dentro da caixa, e o olho bem posicionado verá sobre o vaso real um buquê imaginário. É o que ocorre quando se olha no espelho: vê-se uma imagem que não está lá.

Pode-se fazer uma inversão na posição dos objetos: o vaso pode ser colocado embaixo da caixa, escondido do olhar, e o buquê acima da caixa. Nessa posição, o vaso forma a imagem virtual; e o buquê, a imagem real. A imagem virtual do vaso no esquema óptico é o corpo que o infans antecipa durante o estágio do espelho, uma imagem virtual em que os pontos de luz não se encontram perfeitamente. No entanto, essa imagem só poderá ser constituída se o olho estiver bem posicionado. Não é de qualquer lugar que a imagem é vista, “o olho deve estar numa certa posição” (LACAN, 1954, p. 97,). Nas palavras de Lacan (1954), “tudo depende da situação do sujeito” (LACAN, 1954, p. 97), ou seja, depende da forma como o sujeito está situado no mundo simbólico, ou no mundo das palavras.

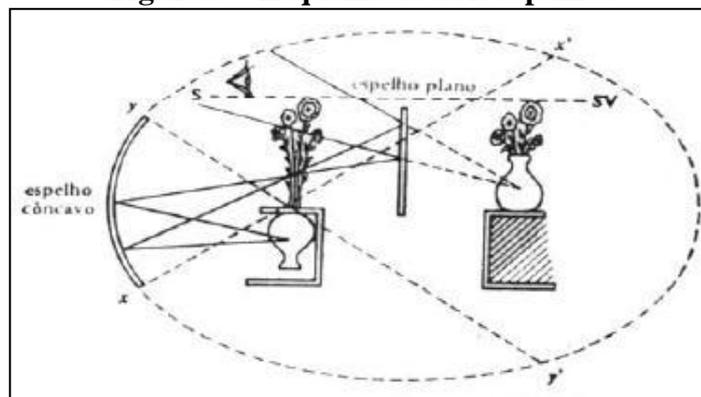
Com o experimento do buquê invertido refletido no espelho côncavo, Lacan demonstra o narcisismo primário, que se relaciona a uma imagem corporal, ou seja, a uma primeira imagem formada pelo infans. É ela quem dá forma ao Umwelt, a essa imagem primitiva e desordenada, que estabelece a unidade do sujeito. “Esse primeiro narcisismo se situa, se vocês quiserem ao nível da imagem real do meu esquema, na medida em que ela

permite organizar o conjunto da realidade num certo número de quadros pré-formados” (LACAN, 1954, p. 148). Essa imagem formada, a partir da reflexão no espelho, permite a formação do inconsciente e introduz um segundo narcisismo a partir da relação com o outro.

Ao reconhecer o corpo como objeto pulsional, Freud (1914) segue seu raciocínio afirmando que a “vida psíquica se vê forçada a ultrapassar as fronteiras do narcisismo e depositar a libido nos objetos” (FREUD, 1914, p. 105). O narcisismo secundário resulta de um retorno ao eu dos investimentos feitos sobre os objetos externos. A libido que investia o eu passa a investir os objetos externos para depois retornar e tomar o eu como objeto. Estas formas de investimentos libidinais não devem ser vistos como etapas ou fases, em que uma substitui a outra. A libido ao ser investida nos objetos não deixa de ser, em parte, investida também no eu, o que ocorre é uma predominância de uma das formas de investimento.

Lacan (1954), para introduzir o segundo narcisismo, apresenta o experimento do buquê invertido acrescentando a esse modelo um espelho plano. A presença do espelho plano garante que o olho veja “a imagem do vaso contendo o buquê, em condições ótimas” (LACAN, 1954, p. 147). O espelho plano serve para que seja obtida uma imagem mais nítida, uma vez que com o espelho côncavo somente se consegue uma imagem aproximada.

Figura 8 – Esquema de dois espelhos



Fonte: LACAN, 1954, p. 147.

O olho posicionado entre o espelho côncavo e o plano permitirá ver “primeiramente, a minha própria cara, lá onde não está” (LACAN, 1954, p. 147) e, depois, num ponto simétrico ao ponto onde se encontra a imagem real, verá aparecer a imagem virtual.

O espelho ocupa uma função, nesse experimento, equivalente à função do simbólico, que dá sustentação, nitidez, imprimindo uma consistência a essa imagem. Sobre essa segunda imagem, projetada no espelho plano, Lacan afirma ser constituída através da identificação narcísica, ressaltando que é a identificação ao outro que irá “permitir ao homem situar com

precisão a sua relação imaginária e libidinal ao mundo em geral. Está aí o que lhe permite ver no seu lugar, e estruturar, em função desse lugar e do seu mundo, seu ser” (LACAN, 1954, p. 148). E conclui afirmando que o sujeito vê seu ser em relação ao outro, isto é, em relação ao Ich-ideal (ideal de eu).

No esquema óptico, o sujeito se mira no espelho, no ideal de eu, por isso, esse espelho plano faz função do Outro como lugar simbólico. É através desse espelho plano que o eu pode reconhecer-se na imagem do outro, podendo projetar sua imagem numa relação que poderíamos ler como na projeção de um Eu ideal. O eu ideal projetado na tela do ideal do eu.

Vocês veem aí que é preciso distinguir entre as funções do eu – por um lado, elas desempenham para o homem como para todos os outros seres vivos um papel fundamental na estruturação da realidade – por outro lado elas devem no homem passar por esta alienação fundamental que constitui a imagem refletida de si mesmo, que é o Ur-Ich, a forma original do Ich-Ideal bem como da relação com o outro. (LACAN, 1954, p. 148).

Uma imagem, que como lembra Quinet (2004), por ser projetada no espelho é uma imagem especular, portanto, é diferente daquilo que ela representa na medida em que direita vira esquerda e esquerda vira direita. E essa inversão mostra a ilusão da autoconsciência “a imagem do próprio corpo é enganosa e a consciência é a instância do desconhecer” (QUINET, 2004, p. 129).

O Eu é um conceito complexo na obra freudiana presente desde os primeiros textos psicanalíticos. Como o próprio Freud lembra: “Formamos a ideia de que em cada indivíduo existe uma organização coerente de processos mentais e chamamos a isso o seu Eu” (FREUD, 1923, p. 30).

Nesse momento do desenvolvimento de sua teoria, Freud afirma que o Eu tem início no sistema percepção, que é seu núcleo, abrange o pré-consciente e o inconsciente. É justamente quando percebe que há algo do Eu que é recaiado que faz com que Freud reformule a estrutura do aparelho psíquico apresentando a segunda tópica e o aparelho psíquico constituído como Isso, Eu e Supereu. O Eu se estende para o Isso e se comporta como se fosse inconsciente. “O Eu não se acha nitidamente separado do id; sua parte inferior funde-se com ele” (FREUD, 1923, p. 37). Em seguida, Freud apresenta o Eu como uma parte do Isso que foi modificada pela influência do mundo externo. Sua importância funcional está em controlar as abordagens à motilidade.

A teoria de que o Eu se desenvolve a partir do Isso surge também da percepção de que a superfície do corpo de uma pessoa “constitui um lugar de onde podem originar-se sensações

tanto externas quanto internas” (FREUD, 1923, p. 39), o que culmina em um dos enunciados mais importantes na obra freudiana a respeito do estatuto do corpo: “O Eu é, primeiro e acima de tudo, um eu corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície” (FREUD, 1923, p. 39).

É importante frisar que o Eu, segundo a colocação de Freud, não é um ser de superfície, mas a projeção de uma superfície. Para Assoun (1996), é necessário distinguir que o corpo intervém na formação do Eu, e o Eu é estruturado como o corpo, como superfície, sendo ao mesmo tempo limite e extensão. Assim, para Assoun (1996), quando Freud afirma que o Eu é corporal, deve-se compreender que o Eu e o Corpo estão estruturados segundo a lógica homóloga das superfícies. O que equivale a dizer que a emergência da subjetividade se dá de acordo com a lógica corporal da projeção, e não que o Eu é análogo ao corpo.

Em uma nota de rodapé presente na tradução inglesa de *O Ego e o Id* (1923) e que não consta nas edições em alemão, Freud faz a seguinte colocação:

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, além de, como vimos acima, representar as superfícies do aparelho mental. (FREUD, 1927, p. 39).

Com referência a essa nota, Assoun (1996) afirma que ela diz, explicitamente, o que está em causa, isto é, a natureza sutilmente corporal do Eu. Um Eu que é menos aparelhagem mental do corpo do que a subjetivação da superfície corporal. Um Eu que é muito mais o próprio evento da emergência do corpo do que o produto de uma experiência corporal. Essa descrição sobre o Eu corporal que traz Assoun (1996) a partir do texto de Freud (1927) remete à ideia da imagem corporal emancipada pelo infans e trabalhada por Lacan no *Estádio do Espelho*, discutido anteriormente.

3.3 O corpo histórico e erógeno

Desde os escritos pré-psicanalíticos, já é possível ver que Freud subverte o corpo biológico. A concepção freudiana do corpo inaugura uma modalidade diferente daquela que vigorava em sua época. Freud, desde o início de seu trabalho, apresenta um corpo erogenizado, erotizado, que é também autoerótico e pulsional. Esse conceito surge por meio do estudo com as histéricas. Através dos sintomas histéricos, surge uma nova forma de se olhar para o corpo.

O que Freud conseguiu ao escutar as histéricas foi a lição de que há um corpo para além das estruturas anatômicas e neuronais. Há um corpo sensível às palavras e que sofre seus efeitos. A clínica com as histéricas ensinou a Freud que as palavras (os significantes) tomam o corpo e, assim, podem engravidar uma histérica como em Anna O, provocar tics e gagueira no caso de Emmy, dores nas pernas como na paciente Elizabeth e ainda outros sintomas corporais.

Uma característica percebida por Freud nas histerias (1893) foi que “a histeria se comporta como se a anatomia não existisse, ou como se não tivesse conhecimento desta” (FREUD, 1893, p. 212). Isso porque a histeria toma o órgão pelo sentido comum, popular. Assim, nas paralisias histéricas, o que está em questão é uma ideia popular, corrente, dos órgãos e do corpo em geral. Tal concepção não se fundamenta num conhecimento da neuroanatomia, mas em nossas percepções táteis e, principalmente, visuais. Freud argumenta sobre essa colocação afirmando que as paralisias histéricas não obedecem a regras que se aplicam geralmente às paralisias cerebrais orgânicas, segundo a qual o seguimento distal sempre está mais afetado do que o seguimento proximal. Assim, na histeria, o ombro e a coxa podem estar mais paralisados do que a mão ou o pé.

Nas histerias, mesmo afetando-se o físico, o sintoma o afeta de maneira diferenciada de um sintoma orgânico. Freud nomeia essas zonas propícias à formação dos sintomas histéricos de “Zonas histerogênicas”. Essas zonas histerogênicas são partes do corpo, particulares a cada histérica que, quando tocadas, provocam a resposta conversiva.

Em Elizabeth Von R, Freud notou que, ao pressionar ou beliscar sua pele e os seus músculos, que ela dizia estarem exageradamente sensíveis, a paciente reagiu da seguinte forma:

Seu rosto assumia uma expressão peculiar, que era antes de prazer do que de dor. Ela gritava mais e eu não podia deixar de pensar que era como se ela estivesse tendo uma voluptuosa sensação de cócega – o rosto enrubescia, ela jogava a cabeça para trás e fechava os olhos, e seu corpo se dobrava para trás. Nenhum desses movimentos era muito exagerado, mas era distintamente observável, e isso só poderia ser conciliado com o ponto de vista de que seu distúrbio era histérico e de que o estímulo tocava uma zona histerogênica (FREUD, 1893-1895, p.163).

Segue o texto afirmando que ao ser estimulada uma região sensível à dor, em alguém com uma dor orgânica, o rosto imediatamente assume uma expressão de mal-estar ou de dor física, demonstrando estar em uma situação de desconforto. Nas histerias existe uma “eroginização” excessiva do corpo que se apresenta uma exagerada expressão sintomática nas contraturas, anestésias, espasmos, sensibilidade e insensibilidade.

Essa “eroginização” se manifesta em uma zona específica do corpo, denominada por Freud de zona erógena. A pulsão é investida nessa parte do corpo que pode ser um membro, a pele ou um órgão interno. É esse investimento no corpo que diferencia a histeria de outras neuroses. Assim, para que o sintoma histérico possa se constituir, necessita-se de uma complacência somática ou submissão somática “oferecida por algum processo normal ou patológico num dos órgãos do corpo ou relacionado com um deles”. (FREUD, 1905/1989, p.45).

Para Assoun (1996), o corpo é constituído de órgãos que emergem como alvo do sintoma, não havendo um órgão escolhido. Na urgência para encontrar uma saída para o recalçado, o investimento irá ocorrer no primeiro órgão disponível, muitas vezes, por já apresentar uma fragilidade orgânica.

Freud (1905/1989), ao apresentar uma interpretação para o sintoma histérico de afonia em Dora, chama a atenção do leitor para a necessidade de haver no sintoma histérico a participação de ambos os lados, o somático e o psíquico. Esse sintoma histérico é desprovido de sentido, esse sentido é emprestado. Nas palavras de Freud, é “soldado a ele”, portanto, diferente em cada caso. Por fim, afirma que se não houvesse a complacência somática não seria possível a formação de um sintoma histérico, mas de um sintoma psíquico que poderia ser uma fobia ou mesmo uma ideia obsessiva.

A princípio, pode parecer que complacência somática refere-se a uma interação entre psíquico e somático que resulta no sintoma histérico. Nessa interação se poderia compreender o sintoma como psicossomático. O conceito de complacência somática apresentada por Freud implica dizer que, se o corpo “deixa de se opor” a receber e expressar um representante da pulsão, ele se submete a uma inscrição estranha a ele, algo que não é da ordem do somático. Não há, portanto, uma interação entre o psíquico e o somático, pelo contrário “o somático contribui por complacência com aquilo que lhe é heterogêneo” (ELIA, 1995).

Assim, Freud convidava ao abandono do debate clássico entre psicogênese e organicismo da histeria: o problema colocado por esta neurose é o do encontro entre o corpo biológico e o “representante pulsional”, que é da ordem da linguagem, ou seja, um significante. O sintoma é então uma mensagem ignorada pelo autor, a ser entendido em seu valor metafórico e inscrito em hieróglifos sobre um corpo doente porque parasitado (ELIA apud DICTIONNAIRE DE LA PSYCHANALYSE, 1995, p. 107).

Essas colocações sobre a histeria permite que se fale do corpo como sendo um lugar de simbolização, ou de representação, já que o sintoma histérico se anuncia muitas vezes pelo

corpo. O corpo, portanto, possui essa dimensão simbólica, mapeado por marcas e traços significantes.

Garcia-Roza (2004) lembra que o corpo não é somente simbólico e imaginário, há algo do corpo que não pode ser representado. Para além da representação, há o corpo real.

3.4 Os efeitos da relação mãe e filha no corpo

Ao introduzir o narcisismo, Freud (1914) destacava a importância da criança em buscar o olhar do outro sobre si. Esse outro primordial, responsável por marcar libidinalmente o corpo da criança, é primeiramente aquele que cuida, que geralmente é a mãe, mas que pode ser qualquer pessoa que exerça na vida mental da criança a função do cuidar, proteger e, principalmente, através de seus cuidados, marcar o corpo da criança com as pulsões erógenas. Esses cuidados propiciam à criança excitações e sensações prazerosas, sem as quais ela não poderia sobreviver. Por ter uma importante função na constituição do eu corporal, ao marcar esse corpo libidinalmente, serão feitas algumas colocações a respeito da relação da menina com a mãe.

Freud (1905) oferta uma importante contribuição a esse tema quando afirma que, ao cuidar, acariciar, tocar, beijar e ninar seu filho, a mãe investe libido nesse ser, tornando-o seu primeiro objeto de amor. E atribui à mãe uma importante função ao afirmar que “quando ensina seu filho a amar, está apenas cumprindo sua tarefa” (FREUD, 1905/1996, p. 211). Em Freud (1914/1996, p. 94), a mãe é considerada o primeiro objeto amoroso e modelo para as relações amorosas posteriores: “[...] os primeiros objetos sexuais de uma criança são as pessoas que se preocupam com sua alimentação, cuidados e proteção: isto é, no primeiro caso, sua mãe ou quem quer que a substitua”.

É em função dos cuidados que tem com a criança que a mãe é a sua primeira sedutora. Com esses cuidados maternos a mãe não somente salva a criança da morte física, como também a retira da situação de natureza e a introduz no mundo da linguagem, no mundo humano.

Os pais afetuosos consideram suas crianças como as mais bonitas e perfeitas, enaltecendo cada ação e aprendizado que ela alcança,; suas falhas e deficiências são geralmente ignoradas e não são percebidas. Freud (1914) aponta que a negação da sexualidade da criança está relacionada justamente a essa idealização do filho. Ao colocarem o filho como “sua majestade o bebê”, os pais revivem seu próprio narcisismo primário, encontrando a satisfação já vivida. Esse olhar da mãe para o filho, colocando-o como um

objeto privilegiado, é importante para que a criança entre no mundo simbólico, no mundo da linguagem.

Claramente, podemos observar nos pais a manifestação do narcisismo na relação com seus filhos quando eles insistem que as crianças realizem os seus próprios sonhos frustrados. Em muitos casos, os pais decidem as escolhas profissionais, as atividades esportivas. Para Freud, ao reviver o amor narcísico na relação com a criança e ao tratá-la como substituto de um objeto sexual completo, a mãe ensina o seu filho a amar.

Ao colocar a criança no lugar de objeto sexual, a mãe torna-se também o primeiro objeto de amor para o filho. Há nessa relação uma troca que traz algumas consequências como o sentimento de mágoa ou mesmo de raiva quando a criança percebe que ela não é o único objeto de desejo da mãe.

Do desenvolvimento conceitual sobre o complexo de Édipo, Freud percebe que a posição da menina é diferente da posição do menino, isso porque para entrar na fase edípica é necessário logo de início que a filha abandone a mãe (embora não totalmente) como objeto de amor, uma vez que a mãe é o primeiro objeto de amor dos filhos, independentemente do sexo. Freud (1931) afirma que, apesar de ter construído uma relação muito rica, a filha precisará abandonar a mãe e tomar o pai como objeto para ingressar na situação edípica.

Se para o menino o complexo de castração é o que marca a saída do complexo de Édipo; para a menina, a percepção, primeiramente, de que não tem um pênis e depois de que seu pequeno órgão não irá crescer, fará com que ela se volte contra a mãe e deposite nesta toda a sua mágoa. Nas meninas, as operações do complexo de castração precedem e preparam o Complexo de Édipo. “Enquanto, nos meninos, o complexo de Édipo é destruído pelo complexo de castração, nas meninas ele se faz possível e é introduzido através do complexo de castração” (FREUD, 1925, p. 285).

A criança retém a mãe como primeiro objeto de investimento libidinal, enquanto o pai é tomado como perturbador e rival. Ao perceber a diferença anatômica entre os sexos, o menino reconhece a ameaça de castração. É o temor motivado por essa ameaça que faz com que a criança saia do Édipo e entre em uma fase chamada por Freud de latência. Embora tenha citado a diferença anatômica entre os sexos, essa diferença somente é perceptível a partir da anatomia, não se inscrevendo como tal no psiquismo infantil. No psiquismo infantil, somente inscrevem-se as consequências da percepção da diferença, ou seja, o complexo de castração. E o mais importante dessa diferença é que no menino a castração foi somente ameaçada, enquanto que na menina a castração foi operada.

Em uma situação ideal, Freud (1925) afirma que o complexo de Édipo é quebrado, esfacelado pelo temor da castração, e o supereu surge como herdeiro do complexo de Édipo.

Se nos meninos o objeto de amor original é mantido no complexo de Édipo, Freud (1925) questiona se nas meninas esse amor é abandonado, percebendo nessa questão a complicação da entrada no complexo de Édipo para as meninas. Ao perceberem a ausência do pênis, ou “imediatamente o identificam com o correspondente superior de seu próprio órgão pequeno e imperceptível” (FREUD, 1925, p. 280), as meninas e caem vítimas da inveja do pênis. A partir desse momento, a menina toma uma decisão, “ela viu o pênis, sabe que não tem e quer tê-lo” (FREUD, 1925, p. 314). Freud afirma que a forma como a menina se coloca diante desse impasse e como ela resolve essa questão pode colocar grandes dificuldades no caminho de seu desenvolvimento regular em direção à feminilidade.

Anteriormente à entrada no complexo de Édipo, ou melhor, antes que a menina tome o pai como objeto de amor e a mãe como rival, há um período que corresponde à vivência do complexo de castração. Esse momento anterior ao complexo de Édipo, no qual a criança tem uma ligação exclusiva com a mãe, é considerada por Freud como mais importante para a mulher do que para o homem. Para ele, muitas mulheres repetem em suas relações com os maridos a hostilidade que tiveram com as mães, que tem como origem o momento anterior ao complexo de Édipo.

Freud (1925) apresenta sua análise da relação primária entre uma menina e sua mãe, afirmando que a relação da menina com o pai seria uma transferência da relação inicial com a mãe. Mas a menina vai dirigir-se ao pai sem que haja verdadeiramente uma simbolização dos efeitos de estrago dessa relação originária à mãe. Aparece aqui um deslizamento da mãe para o pai. Na relação com os homens, posteriormente, a menina poderá apresentar os resíduos herdados dessa relação primária com a mãe: “A hostilidade que ficou para trás segue na trilha da vinculação positiva e se alastra ao novo objeto. O marido da mulher, inicialmente herdado, por ela, do pai, após algum tempo se torna também o herdeiro da mãe” (FREUD, 1932, p. 132).

Para Brousse (2003) convém dar ênfase ao termo “escondido”. É dessa forma que a menina “tem” (em uma referência ao clitóris) e é dessa forma que ela entra para a feminilidade. Assim, as caixinhas, os segredos, os objetos preciosos guardados em caixas são marcas do feminino que a menina observa na mãe ao guardar objetos fora da circulação e que servirão para seu próprio gozo.

Freud (1925) afirma que a inveja do pênis trará quatro consequências. A primeira delas é, ao perceber seu corpo incompleto, e ao sofrer com isso uma ferida narcísica,

desenvolve um sentimento de inferioridade que marca como uma cicatriz. É a partir do narcisismo que a inveja do pênis traz seus primeiros efeitos. O desprezo que sente por si mesma, ao considerar o sexo feminino como reduzido, a torna semelhante ao menino que partilha da mesma ideia. Brousse (2003), a respeito dessa “cicatriz”, dessa marca do narcisismo feminino, diz que “pode-se enxergar aí a marca da fábrica que uma mulher mantém com o corpo feminino, colocando a ferida, a chaga, no coração da imagem sob a forma do que a sutura” (BROUSSE, 2003, p. 58-59).

Outra consequência da inveja do pênis é o modo particular como se forma o ciúme feminino. Ainda no registro do narcisismo, mas agora como lembra André (2011), o narcisismo está posto sob o ângulo da relação à imagem do outro. A mulher tem ciúmes de outra como teria de um rapaz. Na verdade, ela tem ciúmes devido à sua conclusão de que a outra possui, ou parece possuir, o traço de eleição de amor que ela inveja. No ciúme, portanto, o que a mulher busca é esse “quê”, esse algo que a torna irresistível, “um signo que captaria ‘magicamente’ o desejo do outro” (ANDRÉ, 2011, p. 209).

A terceira consequência da inveja do pênis “é o afrouxamento da ligação afetiva da menina com seu objeto materno” (FREUD, 1925, p. 283). É a mãe que a menina acusa por sua falta de pênis. A menina acredita que a mãe negou a ela esse verdadeiro órgão genital e o deu ao menino, “sente-se então desprovida de um signo indiscutível de sua própria identidade sexual” (ANDRÉ, 2011, p. 209). A princípio, a menina julga que a mãe negou a ela algo que ela mesma (a mãe) possui. Essa desconfiança de que a mãe lhe negou um signo da sexualidade gera revolta e raiva na menina. Ao dar-se conta de que a mãe, como ela, também é privada de pênis, resta a menina identificar-se com ela, ainda que de forma ambivalente, uma vez que por não possuir o pênis, essa mãe também é desvalorizada para a filha.

A inveja do pênis, penisneid, é a base para um importante conceito introduzido por Lacan que ajuda a explicar essa relação da mãe com a filha. Trata-se da devastação. Tema que será desenvolvido mais adiante.

A quarta consequência é uma “intensa corrente de sentimentos contra a masturbação, a qual não pode ser atribuída exclusivamente a influência educacional daqueles encarregados da criança” (FREUD, 1925, p. 284). É a humilhação narcísica que faz com que a menina negue essa forma ativa de obter prazer sexual. Se não pode competir com os meninos, seria melhor abandonar essa tentativa e buscar novas formas que conduzem ao desenvolvimento da feminilidade.

Freud (1932) explica que, com o abandono da masturbação clitoridiana, a menina abandona uma determinada soma de atividade, predominando agora a passividade. O voltar-

se para o pai realiza-se com o auxílio de pulsões passivas. Mas Freud esclarece que a atividade não está inteiramente do lado do menino enquanto as meninas estão totalmente passivas. Há um predomínio da atividade nos meninos enquanto que nas meninas é a passividade que prevalece na maior parte do tempo.

Esse desenvolvimento da feminilidade, para Freud, ocorre na segunda fase que se inaugura para a menina após o complexo de castração. Ela abandona a inveja do pênis e desliza sua libido para outro interesse: a inveja do pênis é substituída pelo desejo de um filho. Com isso, toma o pai como objeto de amor e a mãe se torna o de seu ciúme.

Esclarecendo melhor essa passagem, Freud (1932) coloca que primeiramente a menina se volta para o pai com o desejo de possuir o pênis que a mãe lhe recusou. Ao perceber a impossibilidade de possuí-lo, esse desejo é substituído pelo desejo de um bebê, aparecendo aqui um equivalente simbólico pênis – bebê.

O bebê desejado pela menina surge em um primeiro momento na brincadeira com a boneca. Nesse momento essa brincadeira ainda não é a expressão de sua feminilidade, mas surge como uma identificação com a mãe. “Ela estava desempenhando o papel da mãe, e a boneca era ela própria, a menina: agora ela podia fazer com o bebê tudo o que a mãe fazia com ela” (FREUD, 1932, p. 128). Essa preferência das meninas por brincar de boneca revela o lado ativo da feminilidade e é prova da exclusividade de sua relação com a mãe. “Após o surgimento do desejo de ter um pênis a boneca-bebê se torna um bebê obtido de seu pai e, de acordo com isso, o objetivo do mais intenso desejo feminino” (FREUD, 1932, p. 128).

Com esse desejo de ter um pênis-bebê, a menina entra no complexo de Édipo. Não se pode esquecer que, embora Freud postule o desejo de falo, como desejo feminino *par excellence*, ele também afirma que o filho é o deslocamento desse desejo, um objeto em uma série (pênis-filho-trabalho-dinheiro) e não o objeto capaz de solucionar a falta feminina. Outra vez a menina depara-se com o desapontamento diante da impossibilidade de realizar seu desejo. Só resta à menina dirigir seu desejo a outros homens. Para Freud (1937), esse desejo permanece catexizado no inconsciente e prepara a menina para seu futuro como mulher.

Para Freud (1925), uma diferença importante na saída do Édipo é a instalação de um supereu severo para o menino e de um supereu frágil para a menina. Uma vez que o supereu é formado pela interdição, pela barra que impede a criança de aceder ao Édipo. Isso porque, nos meninos, em uma situação ideal, o complexo de Édipo é dissolvido, espedaçado, enquanto que nas meninas ele pode ser lentamente abandonado, mas é comum que continue tendo efeitos posteriores na vida mental das mulheres adultas.

A intensa relação originária com a mãe é denominada por Freud de catástrofe. A menina passa da mãe para o pai. No entanto, esta substituição não se realiza completamente. A primeira relação com a mãe deixa um traço indelével. Presa à relação com a mãe, a mulher não consegue libertar-se e conquistar a feminilidade.

André (2011) lembra que essa passagem da mãe para o pai pode ser escrita conforme a fórmula da metáfora paterna. Devido à importância dessa contribuição feita por Lacan para o entendimento da posição que a menina ocupa na relação com a mãe e com seu pai, será feita uma breve explanação sobre a metáfora paterna.

O significante na cadeia funciona por meio de sua combinação e substituição por outros significantes. De forma que um significante liga-se sempre a outro significante para em uma cadeia formar o sentido. Um significante sozinho não tem sentido algum, é necessário que outros venham para que o sentido possa surgir. Esse sentido, portanto, surgirá somente como efeito retroativo. Diz Lacan (1957) que o significante articula-se numa cadeia também articulada, forma grupos fechados constituídos por séries e anéis enlaçados uns com os outros para formar as cadeias que irão formar laços com outras cadeias. A metáfora é a substituição de um significante de uma cadeia por um significante que chega de outra cadeia atravessando a barra resistente à significação e fazendo um corte no discurso.

Lacan (1957) diz que a significação do falo deve ser evocada no imaginário do sujeito pela metáfora paterna e enuncia esta fórmula da metáfora:

Figura 9 – Fórmula da metáfora

$$\frac{S}{\mathcal{S}}, \frac{\mathcal{S}'}{x} \rightarrow S \left(\frac{I}{s} \right)$$

Fonte: LACAN, 1958, p. 563.

Nesta fórmula, reconhecem-se os seguintes símbolos:

S: são os significantes;

x: a significação desconhecida;

s: o significado induzido pela metáfora.

Há uma substituição de S' por S sendo que S' com a barra é a condição de êxito da metáfora. O S' barrado é o significante vazio de significado, ele necessita de outro para produzir sentido.

Substituindo os elementos da fórmula da metáfora pela metáfora paterna temos:

Figura 10 – Metáfora paterna

$$\frac{\text{Nome-do-Pai}}{\text{Desejo da Mãe}} \cdot \frac{\text{Desejo da Mãe}}{\text{Significado para o sujeito}} \rightarrow \text{Nome-do-Pai} \left(\frac{A}{\text{Falo}} \right)$$

Fonte: LACAN, 1958, p. 563.

Viviani (2005) explica que há uma substituição do Desejo da mãe pelo Nome do Pai, é nesse sentido que Lacan entende a função paterna como metáfora. O Nome do Pai, como significante privilegiado, já marca sua presença na mãe, apoia-se na castração dela e torna possível a emergência do sentido. É porque é na falta da mãe que o filho tem significação de falo. Nas palavras de Lacan: “Trata-se de que a criança inclua a si mesma na relação como objeto de amor da mãe, que ela aprenda o seguinte: ela traz prazer à mãe” (LACAN, 1957, p. 229).

Se a mãe põe o filho no lugar do que falta, a mãe aparece completa ao supor que não lhe falta nada. E o filho ocupa esse lugar para satisfazer o desejo materno. É nessa relação que o corpo da criança se erotiza. “É uma relação aparentemente dual, a aparência é de uma mãe completa com um filho imaginário que é o filho, formando a tríade mãe – filho – falo. Se o filho é o falo imaginário da mãe, aqui o falo tem outra significação, o falo é o corpo do filho.” (VIVIANI, 2005, p. 35).

Ocorre que essa equação não está fechada, há na mãe uma falta, uma ausência reconhecida através da metáfora paterna; e a mãe, embora em um primeiro momento forme essa célula com o filho, essa relação fracassa, pois por reconhecer sua falta dirige seu olhar para além da criança. O filho não pode tamponar essa falta para a mãe. Ela então dirige suas ações para outras atividades que não somente a criança.

Em seu primeiro ensino, Lacan (1957) se propõe a discutir o complexo de castração e o complexo de Édipo, dividindo-o em três tempos lógico.

No primeiro tempo lógico, Lacan (1957) afirma que a questão que se coloca para a criança é ser ou não o falo para a mãe. E faz uma importante colaboração ao lembrar que a relação da criança não é com a mãe, mas com o desejo dela. “O que deseja o sujeito? Não se trata da simples apetência das atenções, do contato ou da presença da mãe, mas da apetência

de seu desejo” (LACAN, 1957, p. 188). O que a criança deseja é o desejo do desejo da mãe, deseja-se, portanto, o desejo do Outro.

Nesse primeiro tempo, Lacan se refere à criança como um assujeito, ou seja, ainda não é um sujeito. “Trata-se de um assujeito porque, a princípio, ela se experimenta e se sente como profundamente assujeitada ao capricho daquele de quem depende, mesmo que seja um capricho articulado.” (LACAN, 1957, p. 195).

No primeiro tempo do Édipo, a mãe funciona como lei caprichosa. Ao grito do filho, a mãe pode não responder, responder parcialmente, ou responder quando quiser. Ela responde ao apelo do filho segundo o seu capricho. Esse Outro que não responde mostra ao filho que seu desejo está em outro lugar.

Ao reconhecer a mãe como portadora de uma falta, e se percebendo não capaz de tamponar essa falta na mãe, pois, apesar do filho, essa mãe lança o seu olhar em um para-além, a criança também olha na direção desse objeto de interesse para a mãe, esse objeto que é o falo. Nesse momento, os elementos que participam da tríade imaginária são mãe – criança – falo, na qual criança e falo se equiparam. Aqui a palavra do pai está velada, a criança encontra-se diante da demanda da mãe sem mediação.

No entanto, a mãe só tem condições de dirigir seu olhar ao para-além se tiver ocorrido uma mediação, que é dada pela posição do pai na ordem simbólica. O pai é aquele que priva a mãe do objeto de seu desejo, do objeto fálico. É o pai quem situa que a mãe não tem o falo. Essa entrada do pai na tríade mãe – criança – falo marca a entrada no segundo tempo do Édipo.

No segundo tempo, no plano imaginário, o pai intervém como privador da mãe. O pai desempenha um papel essencial: ele priva a mãe daquilo que na verdade ele não tem, o falo, ou seja, “[...] daquilo que só tem existência na medida em que se faz com que surja na existência como símbolo” (LACAN, 1957, p. 191). A posição paterna é introduzida como a lei da lei, do pai como interditor e privador da mãe. Ele vai intervir enquanto mensagem dupla que dirige à criança: “não te deitarás com tua mãe” e à mãe: “não reintegrarás teu produto”.

O pai do segundo tempo é o pai terrível, que interdita a mãe, como representante da proibição, do não à relação de engodo entre a mãe a criança. O falo como objeto privilegiado da mãe é interditado. A privação colocada pelo pai, no segundo tempo do Édipo, está relacionada ao corte estabelecido na relação de engodo em que a mãe e a criança podem se instalar. Essa interdição do pai, o corte feito por ele, incide sobre o desejo da mãe e impede que a criança seja aprisionada como objeto capaz de saturar a falta materna, impedindo que o círculo se feche em torno da criança.

A interdição paterna impede que a criança sacie o apetite materno pelo falo, ao mesmo tempo em que a criança é separada da identificação com o falo, o objeto do desejo da mãe. Assim, a mãe é deslocada da condição de Outro absoluto para o lugar de Outro barrado, o que remete à ideia freudiana de castração materna.

Ao ser desalojada do lugar de objeto metonímico do falo para a mãe, a criança poderá adentrar em um terceiro tempo, em que a relação da criança será com o pai, como o Nome-do-pai, enquanto articulação da lei.

No segundo tempo do Édipo, o pai aparecia como privador; no terceiro tempo, o pai surge como potente. Aquele que pode dar o falo, pois ocupa a posição de portador da lei. Ao atravessar o segundo tempo, aquilo que foi prometido pelo pai deve ser mantido. O pai deve sustentar a promessa fálica, para que a criança assuma a sua posição sexuada, o que reinstaura o falo como objeto de desejo materno. O pai é potente, aparece como aquele que tem, o que vai corresponder à saída do complexo de Édipo. Nesse tempo, vai ocorrer a identificação com o pai como o detentor do falo e suporte das identificações da criança.

André (2011) lembra que na menina o Édipo não é totalmente concluído, embora também não se possa dizer que nos meninos ele seja totalmente resolvido. Mas nas meninas há sempre um retorno da antiga relação com a mãe, como se para ela o pai nunca substituísse completamente a mãe. Desta forma, a substituição do pênis invejado pelo filho desejado parece ser mais uma metonímia, um deslizamento de um significante para outro, do que uma metáfora, a substituição de um significante por outro.

Para André (2011), o pai não se impõe verdadeiramente como metáfora no destino feminino, ou melhor, a filha é não toda assujeitada a essa função de metáfora, ou melhor, para a menina, a lei do pai não faz desaparecer o primeiro Outro materno. André acrescenta que, se a função do pai é introduzir o sujeito na lei do falo, e se este significante do falo é insuficiente para significar aquilo que seria a feminilidade propriamente dita, o resultado é que a significação induzida pela metáfora paterna fica sempre incompleta, insuficiente para atribuir a um sujeito seu lugar de mulher.

Diante da dificuldade em abandonar a mãe, ou seja, submetida ao desejo do Outro, pode-se resultar que a relação original da menina com essa mãe pode ser devastadora e produzir seus efeitos ao longo da vida do sujeito. Devastadora, é assim que Lacan (1972) vai caracterizar a relação da mãe com a filha. Freud (1931) já considerava que uma parte da libido fica fixada nas primeiras experiências da menina à mãe, e atribuía a esses laços pré-édipicos da menina à mãe o termo catástrofe.

Para Freud (1931), a relação mãe-filho é marcada desde seu início pela ambivalência entre o amor e o ódio, mas na menina essa hostilidade tem um papel mais importante que no menino. A catástrofe, considerada por Freud como consequência dessa relação, é atribuída ao penisneid, inveja do pênis, ou seja, o ódio dirigido à mãe é atribuído à ausência do pênis, que para a menina é sentida como uma recusa da mãe em dar-lhe aquilo que é seu direito. Esse sentimento seria proporcional ao intenso amor que a criança tinha pela mãe antes da decepção vivida pela menina.

No dicionário da língua portuguesa Aurélio (2004), “devastação” tem o sentido de arruinar, tornar deserto, despovoado, arrasar. Lacan, em francês, utilizou o termo *ravage*, que tem o sentido de estrago, ruína, devastação. De acordo com Miller (2003), o termo devastação não pode ser localizado, apreensível, é uma depredação sem limites. *Ravage* deriva do termo *arrebatar* (*ravir*) que se originou do latim *rapire* e que significa apreender violentamente, termo do qual é derivada a palavra raptó, aquilo que se pega à força, que se arranca.

Lacan (1972) introduz da seguinte forma o termo devastação:

Por essa razão, a elucubração freudiana do complexo de Édipo, que faz da mulher peixe na água, pela castração ser nela ponto de partida (Freud dixit), contrasta dolorosamente com a realidade de devastação que constitui, na mulher, em sua maioria, a relação com a mãe, de quem, como mulher, ela realmente parece esperar mais substância que do pai – o que não combina com ele ser segundo, nessa devastação”. (LACAN, 1972/2003, p. 465).

Em um momento anterior, Lacan (1969) já havia apresentado a relação da criança com a mãe colocando um sentido de estrago, de devastação dessa relação. Apontava que a mãe poderia ser comparada a um grande crocodilo pronto para fechar a sua bocarra na criança.

O papel da mãe é o desejo da mãe. É capital. O desejo da mãe não é algo que se possa suportar assim, que lhes seja indiferente. Carreia sempre estragos. Um grande crocodilo em cuja boca vocês estão – a mãe é isso. Não se sabe o que lhe pode dar na telha, de estalo fechar a sua bocarra. O desejo da mãe é isso. (LACAN, 1970/1992, p. 118).

A devastação designa, portanto, um sujeito submetido ao desejo do Outro. Um sujeito que é abocanhado pelo desejo do Outro, em um gozo sem limites, e sem que seja colocada uma barra para impedir que essa boca se feche. Soler (1995) afirma que, na devastação, Lacan está indicando que a demanda, o desejo e o gozo do Outro importam mais para o sujeito do que sua própria demanda, desejo e gozo.

Pode-se observar o sofrimento de mulheres devastadas ao colocarem-se como objetos diante do Outro. Muitas vezes, o Outro está encarnado no namorado ou marido. Se, como

dizia Freud, o amor dirigido ao homem é uma reedição do amor vivido com a mãe, pode-se pensar que isso seja uma repetição da relação infantil dessa mulher com a sua mãe. Pode-se supor que essas mulheres esperam demasiadamente que o Outro atenda à sua demanda insaciável de amor.

Na clínica com mulheres, encontramos traços desta devastação. Uma senhora de 52 anos, acompanhante de um doente, pediu atendimento à psicanalista do hospital. Relata que em nome do amor que nutria pelo namorado encerrou um casamento que considerava feliz, vendeu todas as suas propriedades para comprar presentes, arriscou ser descoberta e, por consequência, ser expulsa da igreja (fonte de todos os seus relacionamentos sociais). Entregou a esse amor tudo o que possuía de bens materiais, valores pessoais e amizades.

Lacan (1957) propõe que a relação de dependência primordial do sujeito em relação ao Outro importa mais do que aquilo que no senso comum chamamos de cuidado materno, os carinhos, afetos, gratificações e as satisfações obtidas dessa relação. “O que é inscrito, na história do sujeito, em sua estrutura: são as peripécias, os avatares da constituição desse desejo, na medida em que ele está submetido à lei do desejo do Outro” (LACAN, 1957/1999, p. 282). Lacan (1957) afirma que na relação primordial com a mãe o que importa não é apenas a frustração, ou um mais ou menos de real que tenha ou não tenha sido dado ao sujeito, mas é aquilo que ele identificou como o desejo do Outro que é o desejo da mãe. “E o importante é fazê-lo reconhecer, em relação ao que é um X de desejo da mãe, de que modo ele foi levado a se tornar ou não aquele que atende a esse desejo, a se tornar ou não o ser de desejo.” (LACAN, 1957/1999, p. 283). Tornar-se ou não o ser desejado, é um aspecto relevante que está em jogo. O sujeito busca saber o que orienta o desejo da mãe e calcula aí o seu lugar.

Para Lacan (1957), essa dialética do sujeito em encontrar seu lugar no desejo do Outro comporta um terceiro termo, o pai. Uma figura importante, pois é o pai quem impede que o crocodilo feche a boca sobre a criança. É a intervenção do pai que permitirá à criança ser significada. É por poder significar o que vale no desejo do Outro que a criança pode se separar desse objeto que ele encarnou e encontrar um pouco de liberdade.

Ao dar-se conta de que a mãe não pode lhe dar o que ela pede, porque para essa mãe também falta, a decepção faz com que ela oriente sua demanda de falo para o pai, o que a fará entrar no complexo de Édipo. Orientar-se para o pai é a possibilidade de simbolizar a falta. Para Brousse (2004), a devastação está ligada à troca fálica impossível, algo da mãe escapa à lei simbólica, que a faria objeto na estrutura de troca. Se o sujeito entra no registro simbólico da troca, ele tem a possibilidade de metaforizar o desejo da mãe. Quando isso não ocorre, a

mãe permanece numa posição de Outro real, interpretado como Outro do gozo que convoca o sujeito para uma fusão impossível ou para a perseguição.

Ao perceber que a devastação se encontra no campo da relação entre o sujeito e a mãe, em que está incluído o Outro da linguagem e a relação da fala, Brousse (2004) levanta a hipótese de que a devastação deve-se à maneira particular com que a linguagem despontou em um sujeito, portanto, ela toca nos confins da marcação simbólica. Ela descreve a emergência da linguagem sob três formas.

A primeira é o insulto, as injúrias como ‘nojento, sacanagem, merda, etc. “Surge, em lugar de estofo, a fixidez de um objeto de gozo que bloqueia, como tropeço, a deriva metafórica dos significantes-chave, e rebaixa o sujeito ao ser do objeto que ele foi para o Outro” (BROUSSE, 2004, p. 62). Ao nível do insulto, o sujeito se vê chamado a carregar um nome cujo conteúdo resume-se apenas ao proferimento.

A segunda forma de emergência da linguagem seria o rejeito: “Esta que está na minha frente não é mais minha filha”. E uma terceira forma é o imperativo do silêncio, “[...] de um dedo colocado na boca, que se associa ao golpe que vem castigar o que permanece fora dela” (BROUSSE, 2004, p. 62).

O insulto, a rejeição e o silêncio, embora sejam diversos, têm em comum a conexão dessas experiências de fala com o sexual, como trauma, ou seja, com a experiência pulsional do sujeito, de marcação do corpo por um significante. “Em todas as ocorrências a fala do Outro materno está associada à descoberta de uma experiência de gozo [...] essa emergência consagra a crença inabalável da onipotência de um Outro não castrado” (BROUSSE, 2004, p. 62). Nesse cenário, o sujeito se encontra diante de uma alternativa mortal: a rejeição ou a reintegração do produto pela genitora.

Em sua experiência clínica, Brousse (2004) percebeu que qualquer um que tenha sido a história do sujeito, uma invariante se destacava. “O x do desejo materno assumia sempre num determinado momento da análise, o valor da morte. O significado para o sujeito erra o filho cuja morte se desejara. Esse dado clínico vem esclarecer o termo ‘devastação’” (BROUSSE, 2004, p. 63). E esclarece que nesses casos a função paterna demonstra-se incapaz de apaziguamento, o pai aparece como a serviço do capricho materno, e não como agente de privação. O pai aparece nesses casos sempre com um traço de impotência. Pode-se pensar que há na mãe, ao lado do desejo, um gozo desconhecido, feminino, para o qual o falo não faz limite.

Em Freud (1931), há na vivência de um momento anterior ao Édipo algo de inacessível, inassimilável, cujo acesso, por ser tão primitivo na história do sujeito, nos é

vedado e que diz respeito à relação da menina com sua mãe. Mas Marcos (2011) lembra que Lacan demarca que o falo não regula todo o campo do gozo, ele abre um campo para além do falo, no qual pode ser situada a devastação.

Brousse (2004) propõe que a devastação está presa ao arrebatamento, sendo essa uma forma de perda corporal que não pode ser simbolizada pelo significante fálico. Para ela o arrebatamento refere-se ao ser “extraviado de si mesmo”, e o que pode ser extraviado é o corpo. A devastação é portanto, consequência do arrebatamento que afeta tanto o registro do ter como do ser.

A mãe verifica-se como uma arrebatadora de corpos. Ela o é por estrutura, poderíamos dizer, já que fala. Mas é também uma arrebatadora de filho, em razão mesmo dos cuidados que lhe presta. Ser arrebatada é ser descompletada de seu corpo, com o efeito de gozo que acompanha a deslocalização. Em todos os tratamentos que constituem o real clínico no qual apoio esta reflexão, a irrupção da perspectiva da devastação no elo transferencial coincidia com uma ênfase colocada sobre o corpo. (BROUSSE, 2004, p. 65).

Brousse (2004) segue afirmando que a questão da perda do corpo demonstra a face narcísica da devastação. A mãe do fetiche não é abandonada pelo sujeito feminino, impedindo que haja uma entrada no registro da troca. “É o falo como significante e não como fetiche que torna possível a troca, incluindo aí a troca de mulheres” (BROUSSE, 2004, p. 66)

Em uma relação de devastação, o sujeito é, pois, despossuído de seu lugar, no qual a fala declina e o sujeito se reduz ao silêncio, não passando de um corpo em excesso ou uma carne desfalicizada, determinados pelo traumatismo da linguagem, na experiência sexual.

Portanto, pode-se considerar que a devastação compõe-se de uma face fálica, reivindicativa, articulada ao desejo da mãe; e outra face ligada ao não todo fálico que se deve ao arrebatamento do corpo, o qual está ligado à dificuldade de simbolizar o gozo feminino. Brousse (2004) resume da seguinte forma a devastação:

1) A devastação deve-se à singularidade do modo de emergência da linguagem num sujeito, fazendo portanto referência ao Outro primordial; 2) a devastação situa-se, no momento da introdução traumática do sexual, na perspectiva de uma satisfação direta da demanda pela mãe, que, embora não exclua a função fálica, não a coloca em termos de troca e portanto de perda; 3) a devastação é, em um sujeito feminino, a consequência do arrebatamento determinado pela ausência do significante fálico, mas deriva de uma ausência de limite. Refere-se para o sujeito feminino ao real fora do corpo do sexo, isto é, uma parte de gozo redutível à significação fálica e mobiliza ou, antes, imobiliza o sujeito alternadamente no “amoródio” da demanda absoluta e na aspiração pela imagem do insignificável. (BROUSSE, 2004, p. 67).

4 CASOS CLÍNICOS: O ADOECIMENTO COMO DESTINO DA RELAÇÃO COM A MÃE

4.1 O lugar do caso clínico na psicanálise

Para Freud, sempre houve um desejo de inserir a psicanálise no campo científico. Ao discutir a questão de uma *Weltanschauung* (1933), traz apontamentos que nos ajudam a pensar a pesquisa em psicanálise. É ele mesmo quem explica esta palavra alemã, de difícil tradução: a *Weltanschauung* é uma construção intelectual que soluciona todos os problemas da existência, encontra uma resposta para todas as questões e um lugar fixo para tudo o que nos interessa.

Nesse momento da sua obra, Freud (1933) explica que uma *Weltanschauung*, para a psicanálise, não poderia vir da ciência, pois a considera “pobre, sem esperança, e despreza as reivindicações do intelecto humano e as necessidades da mente do homem” (FREUD, 1933, p. 156), uma vez que “no momento presente é cognoscível e rejeita completamente determinados elementos que lhe são estranhos” (FREUD, 1933, p. 156). Esses elementos estranhos rejeitados pela ciência, aquilo que é mental, são o campo de pesquisa para a psicanálise. Freud afirma que, se a psicanálise é incapaz de criar uma *Weltanschauung* própria por um lado, por outro “sua contribuição à ciência consiste justamente em ter estendido a pesquisa à área mental” (FREUD, 1933, p. 156).

Entre os campos de conhecimento, a arte e a filosofia são apresentadas por Freud (1933) como possuindo pontos de interesse para a psicanálise, o que não significa dizer que a psicanálise seja uma espécie de arte ou filosofia, mas Freud a considera uma parte da ciência justamente por essa contribuição, específica quanto ao mental.

Entenda-se o mental seja como for: da alma (como no original alemão), do psíquico, na raiz da palavra ‘psicanálise’ ou do próprio inconsciente como objeto construído. O que interessa é que o método só pode advir da pesquisa e não de outros recursos mais próprios aos demais saberes em questão. E esse método trabalha com elementos específicos a serem observados, estudados, formando um campo de conhecimento ao modo da ciência por exclusão de outros, pela incompletude de seus achados e, principalmente, por não se pretender a estender muito além os valores de suas construções lógicas (FIGUEIREDO, 2001, p.8).

De acordo com Figueiredo (2001), para além de colocar-se como conhecimento científico, há um apelo de Freud (1933) ao compromisso da psicanálise com a realidade que investiga e os conceitos que formula a partir daí, ainda que a reconheça como específica e incompleta. Para Freud, no campo

do saber, há um apelo à castração, “o que remete diretamente à sua proposta clínica, cujo poder e limitação andam juntas” (FIGUEIREDO, 2001, p. 9)

A psicanálise deriva da ciência, porém não se reduz a ela. A ciência surge no século XVI, com Galileu e Descartes, o sujeito da ciência é caracterizado como um indivíduo, efeito de revestimentos identificatórios e imaginarizantes. “[...] Esses revestimentos é o que as ciências humanas tomam como objeto de estudo e investigação” (ELIA, 2000, p. 20). O sujeito é, dessa forma, excluído da ciência; a psicanálise, ao incluir o sujeito em seu campo, subverte-o, fazendo com que a psicanálise, ainda que tenha surgido da ciência, vá para além dela. “A psicanálise constitui um saber inteiramente derivado, porém não integrado do campo científico, porquanto resulta de uma operação de ‘subversão’ desse campo pelo viés do sujeito”. (ELIA, 2000, p. 21).

Elia afirma que não há em psicanálise, a rigor, “uma pesquisa de campo”, mas um campo de pesquisa, constituído pelo inconsciente e que inclui o sujeito. O autor considera ainda que a clínica, como forma de acesso ao sujeito do inconsciente, é sempre um campo de pesquisa. Assim sendo, toda pesquisa em psicanálise é clínica porque, radical e estruturalmente, o pesquisador deve desenvolver sua pesquisa a partir do lugar definido no dispositivo analítico como sendo o lugar do analista [...] “lugar de escuta e sobretudo de causa para o sujeito, o que pressupõe o ato analítico e o desejo do analista” (ELIA, 2000, p. 23). E propõe que a pesquisa em psicanálise, por criar um conhecimento a respeito do inconsciente, ou, como discute Figueiredo, da realidade psíquica¹⁰, não se deixa apreender por todo e qualquer método tradicional da ciência clássica, correspondendo ao estabelecimento de um novo método de saber: o método analítico. Parafraseando Merleau-Ponty que afirmava ser a fenomenologia acessível somente ao método fenomenológico, Elia diz que: “a psicanálise só é acessível a um método psicanalítico” (ELIA, 2000, p. 25)

Vorcaro (2010) lembra que há uma escassez de recomendações técnicas referentes ao método psicanalítico e isso, justamente, para impedir o risco de reduzi-lo a uma técnica. As ciências tecnológicas pressupõem a detenção de um conhecimento que universaliza o objeto, impedindo que surjam suas manifestações singulares.

Na ausência de técnicas, Elia (2000) coloca que os princípios freudianos recomendados para a atuação na clínica são válidos para a pesquisa. São eles:

¹⁰ Figueiredo questiona a dualidade externo-interno e objetivo-subjetivo, na medida em que parte da constituição da realidade como efeito da apreensão que o sujeito faz dessa realidade. Desta forma, a realidade psíquica é o próprio inconsciente.

- a) tomar cada caso como se fosse o primeiro. O saber do inconsciente não pode ser previsto, ao contrário, se coloca cada vez como inédito;
- b) o pesquisador como o analista deve manter uma atenção flutuante, impedindo que a escuta selecione qualidades tidas como importantes pela consciência;

Uma forma de desenvolver o conhecimento psicanalítico e elaborar a experiência analítica é a escrita de um caso clínico. O analista, portanto, ao escrever, dá testemunho dessa experiência. Nesse ato de escrever sua clínica, ele a modifica em um trabalho que parte da clínica e que, pelo ato da escrita, retorna sobre ela mesma, fazendo avançar a teoria.

Em seus primeiros anos de escrita da psicanálise, Freud utilizou-se de estudos de casos e de fragmentos para apresentar e construir a psicanálise. Ele escreveu vários casos e utilizou-se de fragmentos de outros para investigar e elaborar os conceitos psicanalíticos ao longo de sua obra. Para Vorcaro (2010), Freud decanta a clínica e transmite dela o caso, mas não se limita ao analisante. Vai além disso, quando se refere ao encontro que a clínica promove. Um encontro que considera também o analista, que ao relatar seu ato e a transmissão de sua prática clínica, também se responsabiliza por ela e promove, em cada caso, a criação de um estilo.

Nesse ponto, Castro (2010) aponta uma tensão ao trazer uma distinção essencial: o sujeito da fala não é o sujeito da escrita. O sujeito da fala é o sujeito do mal-estar, dos erros e do fracasso, dos atos falhos. O sujeito da escrita existe na função da revisão e correção permanente dos erros, portanto, filtra e apaga até mesmo os lapsos de escrita que seriam da ordem das manifestações do inconsciente.

Figueiredo (2004) afirma ser a construção do caso clínico um método de grande alcance, uma vez que é “o (re)arranjo dos elementos do discurso do sujeito que ‘caem’, se depositam em nossa inclinação para colhê-los [...] ao pé da letra” (FIGUEIREDO, 2004, p.79). E faz um alerta ao afirmar que o caso clínico não é o sujeito, mas uma construção embasada nos elementos colhidos do discurso, que permitem inferir a posição subjetiva do sujeito. Aquilo que o sujeito disse por sua conta e risco no momento de sua análise é escrito por outra pessoa. Mesmo que essa escrita seja literal, ainda assim, não é o sujeito que surge na escrita. Essa é uma distinção importante que Castro (2010) faz do tratamento para o estudo de caso, pois no tratamento o paciente fala de si mesmo e a partir de si mesmo.

Se Freud utilizou largamente no início dos seus escritos os casos clínicos para desenvolver os conhecimentos na psicanálise, também reconheceu os cuidados que se deve ter

ao fazer uso desse instrumento, recomendando que os analistas não ansiassem a escrever e publicar apressadamente estudos de casos clínicos:

[...] Não é bom trabalhar cientificamente em um caso enquanto o tratamento ainda está continuando – reunir estrutura, tentar predizer seu progresso futuro e obter, de tempos em tempos, um quadro do estado atual das coisas, como o interesse científico exigiria. Casos que são dedicados, desde o princípio, a propósitos científicos, e assim tratados, sofrem em seu resultado; enquanto que os casos mais bem sucedidos são aqueles em que se avança, por assim dizer, sem qualquer intuito em vista, em que se permite ser tomado de surpresa por qualquer nova reviravolta neles, e sempre se o enfrenta com liberalidade, sem quaisquer pressuposições. A conduta correta para um analista reside em oscilar, de acordo com a necessidade, de uma atitude mental para outra, em evitar especulações ou meditação sobre os casos, enquanto eles estão em análise, e em submeter o material obtido a um processo sintético de pensamento após a análise ter sido concluída (FREUD, 1912/1996, p. 128).

Essa recomendação feita por Freud chama a atenção para a regra fundamental da psicanálise: a associação livre. É o analisante quem faz a associação, e não se pode inserir uma significação prévia. Se o analista está preocupado em desenvolver sua pesquisa pode correr o risco de inferir hipóteses e tentar confirmá-las adiantando-se ao processo analítico e, por conseguinte, aniquilando-a.

Por outro lado, Vorcaro esclarece que a “interposição da atividade de escrita situa o Outro do escritor: o sujeito suposto saber a quem este se remete” (VORCARO, 2010, p. 15). Nessa posição de analista e pesquisador, interessa localizar como o pesquisador ultrapassa sua transcrição, e é nessa volta ao escrito, ao relato do caso, que se pode situar o que o caso figa de interesse investigativo. Essa localização é importante, pois o pesquisador pode se restringir a querer confirmar afirmações teóricas já feitas, e utilizar o caso clínico como forma de comprovar a teoria, o que seria o mesmo que transformá-lo em mero exemplo. Esse lugar de “certificação de inferências” (VORCARO, 2010, p. 16) não constitui o caso como campo propício à investigação e à teorização.

O interesse no caso em função do fascínio desencadeado pelo saber, para Vorcaro (2010), denuncia um gozo do pesquisador que pode se colocar como uma resistência ao tratamento, pois, na medida em que o pesquisador faz aparecer uma cena, para surgir evidências, coloca obstáculos para a transferência e coloca o sujeito à deriva do gozo do pesquisador.

Elia (2000), por sua vez, denomina o pesquisador de: pesquisador-analista, não fazendo uma diferenciação nessas duas funções. Justifica afirmando que em psicanálise toda pesquisa é clínica, pois implica que o pesquisador-analista empreenda sua pesquisa a partir do

lugar (referindo-se aqui ao lugar ocupado nos quatro discursos) definido no dispositivo analítico como sendo lugar do analista, lugar de escuta e de causa para o sujeito.

Se o pesquisador é um psicanalista operando no dispositivo analítico a partir de seu lugar, de seu desejo e em seu ato, é no entanto desde a posição de analisante que sua atividade de pesquisa propriamente dita terá lugar e atravessará os momentos de seu desenvolvimento. Nesse ponto, a estrutura do discurso tal como Lacan a concebeu permite o giro pelo qual, em uma mesma disposição discursiva, que estabelece lugares e tetras que os ocupam, é possível ocupar mais de uma posição. (ELIA, 2000, p. 24).

Assim, Elia (2010) propõe que o lugar de agente do discurso analítico, ocupado pelo objeto a (causa do desejo), não se incompatibiliza com a posição de pesquisador. Pesquisar é uma posição de trabalho, localizada na segunda posição do discurso, “lugar do Outro do discurso, lugar do trabalho na transferência de um sujeito dividido a partir do saber constitutivo do campo do inconsciente, campo de pesquisa, como o definimos” (ELIA, 2000, p. 24).

Elia defende, portanto que “o modo pelo qual o saber em questão será produzido obedecerá, a lógica do saber inconsciente, implicará a transferência e será elaborado a partir da instalação do dispositivo, interditando que uma hipótese conceitual prévia à escuta venha a ser colocada à prova experimental.” (ELIA, 2000, p. 24). Na pesquisa em psicanálise o pesquisador, que também é analista, dirige sua escuta, sua intenção ao que visa saber, mas sem partir de um saber estabelecido previamente, que deverá ser refutado ou confirmado. Elia (2010) conclui ao citar uma frase que Lacan empresta de Picasso ao referir-se à pesquisa, que define toda a argumentação anterior: “Eu não procuro, acho” (ELIA, 2010, p. 25).

Os dois casos discutidos nessa dissertação foram atendidos pela analista, muito antes que se vislumbrasse a possibilidade de fazer pesquisa, mas se colocaram como questão, primeiramente pela gravidade com que o corpo entregou-se à doença e pela resistência ao tratamento tanto médico como analítico. A forma como esse corpo foi investido pela pulsão de morte suscitou uma interrogação acerca da posição subjetiva destas mulheres.

4.2 Retocolite Ulcerativa: Um corpo que sangra

Durante atendimentos realizados em um hospital público, a analista foi solicitada a atender uma paciente que apresentava um quadro de doença orgânica em estado grave e com grande risco de morte. Nesse primeiro contato, a analista encontra Mônica bastante enferma e visivelmente debilitada. A paciente recusa atendimento, dizendo estar cansada e com dores.

Antes da visita, como era rotina no hospital, a psicóloga procurou por seus familiares e encontrou a mãe, chamada Ana, e uma irmã de Monica aguardando para fazerem uma visita. Ana fala da demora da filha em buscar atendimento e a responsabiliza por estar “nessa situação”. Ao término da visita, a analista voltou à UTI para atender à paciente que estava chorando muito. Mônica relatou que sua mãe a culpava por estar ali e que não conseguia entender que ela estava doente. A equipe de enfermagem relatou que a mãe reclamou com Mônica todo o tempo e a culpou por estar ali, dizendo ter demorado a procurar atendimento e que, se estava ali, era por sua culpa. O que mais chamava atenção para essa paciente era a relação de atrito que vivia com sua mãe, fato que era notado por todos os profissionais do hospital. A agressividade manifesta de uma para com a outra era uma característica explícita percebida por todos já no primeiro contato com as duas.

Estavam morando em Rondonópolis há um ano, eram natural de Pindamonhangaba (SP). Mônica era casada, mãe de dois filhos – ma menina que tinha nove anos e um menino de um ano e seis meses, sendo o menino filho de seu marido, e a menina, de um relacionamento anterior. Sua filha, desde que nasceu, ficava sob os cuidados de sua mãe. Quando ficou doente, o menino foi levado para São Paulo a fim de ser cuidado pela avó paterna.

Sua família de origem era constituída pelo pai, a mãe e dois irmãos mais novos. Durante o tempo em que viveram em São Paulo, tinham uma condição financeira confortável: o pai era dono de uma rede de supermercados. Enganado pelo irmão, no entanto, perdeu a empresa e conseguiu manter alguns bens. Diante das dificuldades, mudou-se com a família para Rondonópolis. A paciente e seu marido foram juntos.

Mônica engravidou da primeira filha no momento em que terminava um curso de técnica em odontologia e se preparava para fazer faculdade. Sua gravidez impediu os planos previamente formulados por sua mãe para que ela fizesse faculdade. Por conta disso, era denominada na casa como a filha que “lhe dava muito trabalho” ou “era a filha que nunca obedeceu à mãe”, “não conseguiu estudar, não cuidava dos filhos, da saúde, não tinha juízo”, eram muitas as criticas que sua mãe repetia pelos corredores do hospital.

Mônica foi diagnosticada pelos médicos com uma doença conhecida como Retocolite Ulcerativa, uma inflamação no intestino que provoca muitas cólicas e diarreias com sangue. Durante a internação na UTI, a paciente era acompanhada por um médico conhecido por sua perícia em cirurgias e em tratamentos clínicos, porém inapto na relação pessoal com seus pacientes.

Após transferência para a clínica cirúrgica, o médico afirmou que a paciente não contribuía com o tratamento e não “desejava” a melhora. Ele, portanto, recusa continuar seu tratamento e encaminha Mônica para um colega. Esse fato gerou mais conflitos entre mãe e filha. A filha acusava o médico de ser “grosseiro” afirmando estar melhor com o seu substituto, enquanto sua mãe a acusava de ser a responsável pela troca dos médicos. Ana exigiu que Mônica se desculpasse com o médico e pedisse para que voltasse a atendê-la. Novamente Mônica fica irritada com a insistência da mãe e se recusa a lhe obedecer.

A psicanalista procurou o médico que assumiu a paciente para saber a respeito da doença, como seria o tratamento e a evolução do quadro clínico. Ele afirmou ser uma doença influenciada pelo “emocional”, não possui cura, mas é possível conviver com ela e ter uma boa qualidade de vida, mas nessa paciente havia percebido a ausência de “vontade” para vencer e superar a doença. Descartou a possibilidade de fazer cirurgia em função da fragilidade corporal de Mônica.

As visitas da mãe eram sempre seguidas por crises de diarreias com sangue. Ao ser questionada a esse respeito, a paciente não conseguia fazer nenhuma associação. Raramente falava de sua doença e quando fazia era para queixar-se das dores ou dos incômodos com a diarreia.

A paciente despertava um sentimento de “pena” na equipe de saúde, e conseguia ser sempre muito bem cuidada pela enfermagem. Como nesse período o hospital estava começando a funcionar, portanto, com poucas internações, era possível para a equipe de enfermagem despender tempo para conversar com Mônica, convidá-la para participar de igrejas e grupos sociais nos quais pudesse fazer mais amigos. Mônica relatava todos os convites na sessão demonstrando grande satisfação.

Durante essa primeira internação, Mônica obteve melhoras significativas em seu quadro clínico: ganhou peso, diminuiu as diarreias, começou alimentar-se melhor e teve condições de receber alta hospitalar, voltando para a casa da mãe.

Após, aproximadamente, quatro meses de alta hospitalar, Mônica volta para uma nova internação, seu filho continuava morando com a avó paterna, a filha não a reconhecia como mãe, o marido, trabalhando em fazendas, só se encontrava com ela duas vezes ao mês.

Afirmava não ser a filha que a mãe gostaria de ter, não havia estudado, começou a namorar e ter relações sexuais ainda jovem e com um homem de quem sua mãe não gostava. Demonstrava sempre o desejo de ter seu filho morando com ela. Com essa nova internação, repete-se o movimento de apresentar pioras com crises de diarreias após as visitas da mãe. As visitas eram feitas diariamente pela mãe e por sua irmã, os homens da família nunca

compareciam. Ana repete nos corredores do hospital queixas e reclamações por ter que sair de casa para visitar a filha doente.

Novamente, Mônica é acolhida por todos no hospital até o momento de sua alta que ocorre depois de três semanas de internação. Nesse período, a mãe solicita uma entrevista com a analista. Percebeu-se que essa mãe solicitou atendimento para colocar-se no lugar de vítima da filha e buscar na analista uma parceira que confirmasse esse lugar de sofrimento. Atender a essa demanda prejudicou a relação de transferência com Mônica cujos efeitos se fizeram sentir nos atendimentos ulteriores. Entretanto, nesta entrevista, a mãe fez uma importante revelação.

Essa mãe, que manca de uma perna e tem dificuldades para andar, quando as filhas ainda eram adolescentes, em uma viagem com o marido, sofreu um acidente e ficou presa entre as ferragens por várias horas. Durante o tempo que aguardava para ser retirada do local, fez um voto para Nossa Senhora Aparecida, que consistia em limpar a “bunda” de idosos em uma instituição, trabalhando como voluntária. Garante não ter mencionado para ninguém, o curioso é que uma das queixas que sempre repete nos corredores do hospital é a de que não tem saúde para limpar as fezes da filha.

Uma estranha “coincidência” faz com que a filha apresente uma doença que provoca diarreias e que necessite da mãe para cuidá-la. Embora Ana afirme que Mônica não sabia dessa promessa, tudo sugere que há um saber, um saber inconsciente, recalcado, e nesse saber parece que Mônica lê o desejo da mãe e oferece seu corpo como objeto para que a mãe pague essa promessa.

A avó de Mônica, mãe de Ana, também possuía uma doença inflamatória no intestino bem semelhante à retocolite ulcerativa, o que faz com que surja uma questão: Essa promessa que Ana fez seria uma forma de punir-se por alguma culpa presente na relação com a mãe? Essa pergunta fica sem resposta em função da impossibilidade de ouvir esse sujeito.

Ana sempre desejou que as filhas estudassem, fizessem faculdade e deixassem para namorar quando estivessem formadas. Mônica não se submete ao desejo da mãe, deixando de fazer faculdade por ter engravidado de um rapaz considerado de uma classe “inferior” para os padrões familiares. Depois se casa com alguém que também não é considerado “digno” por sua mãe, segundo Mônica ele não tem o dinheiro que a mãe desejava.

Essa mãe, além das duas filhas e da neta, possui um filho, mas faz pouca referência a ele, assim como ao marido que afirma estar sempre viajando, não podendo “contar com ele”. Deixa claro que a culpa era do marido por perder o dinheiro da família em uma transação que ela havia avisado que não deveria ser feita. Parece ter solicitado o atendimento psicológico

para justificar suas atitudes, numa tentativa de vitimizar-se, não aceitando nenhuma intervenção em seu relato.

Ao receber alta hospitalar, Mônica é encaminhada para o ambulatório médico para fazer acompanhamento com o gastroenterologista e com o médico vascular. É ofertado a ela o atendimento psicológico que passa a realizar com uma frequência mensal.

Começa a fazer o acompanhamento médico e psicológico, chega sempre alegre e bem disposta, em uma das sessões, logo após sair do atendimento com o médico vascular, afirma que ele “paquerou-a”, mas repetia “Deus me livre, sou casada”. A paciente não se apresentava espontaneamente para o atendimento, era necessário que a analista a chamasse enquanto esperava o atendimento médico. Não havia uma demanda espontânea para o atendimento, mas também não recusava quando era chamada. Diante da gravidade do caso, optou-se por buscá-la na sala de espera do médico. A analista lança mão dessa estratégia para ofertar a escuta esse sujeito, oferta que Mônica aceita ao falar.

Nas sessões de análise, percebe a dificuldade no relacionamento com a mãe. Ao concluir que a situação provavelmente não mudaria, Mônica decide alugar uma kitinet e passa a morar sozinha, o marido vem visitá-la com uma frequência quinzenal. A paciente resolve que vai melhorar para trazer o filho para junto dela, demonstra ainda o desejo de ter com ela a filha. Após uma tentativa, reconhece que o desejo da menina é viver com os avós. Seu relacionamento com essa filha era difícil, cheio de cobranças e acusações, uma repetição de sua relação com a mãe.

As sequelas deixadas pela doença melhoram e a paciente consegue cuidar-se sozinha, em consequência disso traz o filho junto dela. Simpática, fez amizade com algumas vizinhas e consegue ajuda sempre que necessita. Após dez meses em recuperação, Mônica resolve viajar para a fazenda com o marido se ausentando dos atendimentos ambulatoriais.

Em dois meses, retorna para atendimento, decepcionada com sua estada na fazenda, triste faz várias queixas: do marido que não lhe dá atenção que gostaria de receber, da suspeita de que ele tem uma amante, das vizinhas que não possuem cultura e conhecimento suficiente para fazer amizade e do filho que lhe dá muito trabalho.

Alguns dias depois desse último atendimento, Mônica foi internada no hospital com novas crises. Nesse momento o hospital estava lotado de pacientes. Ela é internada na clínica médica em um quarto com mais quatro pacientes que reclamam do cheiro fétido de suas fezes. Depois de um final de semana seguido por um feriado, a analista a encontra transferida para um quarto isolado, que não tinha condições de uso, com vazamentos e mofo nas paredes, foi encontrada nua na cama, a enfermagem já não trocava sua roupa em função da diarreia

constante. Reclama da situação em que se encontra e pede ajuda para transferir-se para outro lugar. Diante do quadro de abandono, a analista questiona o enfermeiro sobre as condições de internação, conseguiu a garantia de que seriam colocadas roupas nela, e uma auxiliar de enfermagem ficaria responsável por visitá-la com mais frequência. A transferência para outro quarto aconteceu naquela mesma tarde, após a visita da vigilância sanitária que considerou o quarto sem condições de uso.

O médico considera o caso grave, Mônica aceita a presença da analista, mas sob a alegação de estar cansada e com dores não consegue falar. A analista fazia visitas diárias; a paciente queixava-se das dores e dizia que só queria morrer. Seu filho já havia voltado para a casa dos avós paternos e seu desejo de tê-lo por perto foi sendo aniquilado. Ela dizia que o filho estava melhor com os avós do que com ela. A mãe e a irmã eram presenças diárias, mas com o mesmo padrão de queixas. As figuras masculinas de sua família, da mesma forma, raramente apareciam nas visitas.

O pai, sempre viajando, poucos dias antes da internação da filha, foi solicitado por sua esposa para que intervisse e ajudasse a paciente, que a mandasse comer, sair da cama, fazer pequenas caminhadas que haviam sido recomendadas pelos médicos. Ele não se posiciona dizendo que a filha está doente e não consegue. Inicia, então, outra viagem que, segundo Ana, foi feita para evitar ver a filha gravemente enferma.

Transferida para o isolamento da UTI, em função do seu quadro fragilizado e do risco de contrair infecção, Mônica queixa-se, durante as visitas que realizo, de estar sentindo-se muito só, e repete com frequência que seu desejo é de morrer. Após dois meses de internação, Mônica falece.

Durante as internações da paciente, o que chamava a atenção de todos que trabalhavam no hospital era a agressividade da mãe dirigida à Mônica. Essa agressividade era claramente demonstrada através da forma como Ana se referia à filha nos momentos de internações. Palavras que a desclassificavam, diminuían e humilhavam eram sempre ditas, ainda que na presença de outras pessoas. Brousse (2003) afirma que a devastação está ligada ao modo como a linguagem desponta para o sujeito. Vemos aqui como Mônica é nomeada no discurso materno através do insulto e parece ser designada como um objeto rebotalho, ou seja, aquilo que sobra depois de ter sido retirado dali o que há de melhor.

Pode-se pensar que a agressividade da mãe dirigida a essa filha é originada na recusa desta última em ocupar o lugar idealizado pela mãe. A filha “rebelde” que experimenta a relação sexual engravida e recusa a possibilidade de fazer uma faculdade. A agressividade apresentada por Mônica também demonstra como está difícil separar-se dessa mãe. Suas

escolhas parecem ser orientadas para agredir e ferir o Outro materno em uma vã tentativa de separação. Sendo assim, pode-se pensar que essas escolhas demonstram que Mônica encontra-se submetida ao desejo deste Outro.

Ana parece reeditar com a filha primogênita os conflitos vivenciados na relação com a sua mãe, uma mulher admirada pela neta e que também possuía uma doença crônica no intestino chamada Diverticulite. Mônica parece identificar-se com esse traço da avó amada, uma ferida que sangra. Durante os primeiros atendimentos, Mônica falou várias vezes do medo de morrer como a avó, e afirmava que a Diverticulite era mais grave que a Retocolite Ulcerativa.

A informação de que a mãe de Ana possuía uma doença no intestino que também provocava diarreias estabelece uma ligação com a promessa não cumprida feita por Ana quando ficou presa às ferragens de um caminhão: limpar a “bunda” de idosas no asilo. E fica uma questão: essas idosas do asilo representariam uma possibilidade para Ana redimir-se de algum cuidado que deixou de ter com a mãe? Embora Ana tenha relatado que a promessa era um segredo, que não havia comentado com ninguém, a coincidência de uma doença na filha que exige que o outro cuide e limpe suas fezes faz pensar em um saber inconsciente. Algo se transmite desta promessa e ela responde com seu corpo. Algo de um gozo da mãe que não é regulado pelo falo. Esse campo do gozo não regulado pelo falo, no para além do falo, é onde está situada a devastação.

Essa mãe para Mônica é uma devastação. Na devastação, há uma face que não se reduz ao desejo e à demanda, mas que aponta para um gozo desconhecido, que não está sob a lei fálica, um gozo suplementar não redutível ao desejo, e que não é simbolizado.

Pode-se pensar que o surgimento da doença em Mônica seria uma tentativa de buscar o olhar da mãe para seu corpo, uma forma de receber o cuidado da mãe através da identificação com a doença da avó. Estaria aqui o x do desejo da mãe, que Mônica interpeta e se posiciona de forma a ocupar esse lugar. Para Lacan (1957), no primeiro tempo lógico do Édipo, a questão que se coloca para a criança é ser ou não o falo para a mãe. Para a criança, não se trata de receber os cuidados da mãe simplesmente; o que importa é o desejo.

O que a criança deseja é o desejo da mãe, o que se deseja é o desejo do Outro. Pode-se pensar que se Mônica decifra que o desejo de sua mãe está em limpar as fezes do outro convalescido, ela se coloca como objeto para realização desse desejo. Mônica parece interpretar o desejo da mãe como “quero você doente”, ou “quero outro de quem cuidar”, ela se coloca como objeto para realização desse desejo. E consegue, pois, mesmo sendo cuidada com agressividade por essa mãe, a mãe lança sobre ela o seu olhar, um olhar que devasta.

Nesta família e durante todas as internações de Mônica no hospital, os homens não apareciam. Ela fez referência à sua avó, mas não menciona o avô. O pai faz uma única visita à filha em sua última internação, embora ela se referisse a esse pai como amoroso, ele raramente estava presente. Seu marido, que recebia muitas queixas de sua mãe, também raramente compareceu ao hospital, e o filho de Mônica foi enviado para outro estado, enquanto a menina era cuidada por Ana. Parece ser uma família em que os homens, embora presentes, não conseguem impor-se às mulheres.

Ana se queixa de ter que cuidar de Mônica sozinha, o marido sempre viajando não está em casa para ajudá-la e “ver o que a filha faz comigo. É só o pai sair que ela deita na cama e não faz mais nada” (sic). Mãe e filha, em alguns momentos, disputam a atenção desse pai que, ao ser convocado, viaja. Não se pode dizer que não houve a metáfora paterna, ela ocorreu, caso contrário, poderia se falar em psicose. Mas o pai parece não fazer valer sua mediação, seu corte, e ela fica à mercê do gozo materno não mediado pelo falo.

Para a menina, a lei do pai não faz desaparecer o primeiro Outro materno, e as meninas, como afirma Freud, reeditam nas relações com os maridos as vivências conflituosas com suas mães. Embora, de certa forma, Mônica tente buscar sua história pessoal, recusando os planos que a mãe fez para sua vida, ela não consegue sustentá-la, repetindo sempre um retorno para perto dessa mãe.

Mônica foi atendida pela analista em ambulatório depois da segunda internação. Os atendimentos ocorriam sempre nos dias marcados pelo gastroenterologista ou pelo cirurgião vascular. Nunca se apresentou espontaneamente às consultas marcadas com a analista. Era sempre a analista quem a procurava na sala de espera e a chamava para atendimento. Ao ser chamada, respondia com um sorriso. Se não se apresentava espontaneamente, também nunca recusava o atendimento. Esclarecia que tinha medo de perder a consulta médica, por isso, não procurava a analista. Diante da gravidade do quadro, a analista sempre optou por chamá-la.

Durante os atendimentos, demonstrou o desejo de trazer seu filho para morar com ela. Para isso, teria que recuperar a saúde e percebe a necessidade de separar-se da mãe. Ela aluga uma “kitnet”¹¹ e consegue viver só, traz seu filho e demonstra estar feliz com as conquistas de sua vida. O investimento na maternidade, no filho, foi uma tentativa de saída para o conflito edípico vivido com a mãe, mas que não consegue sustentar por muito tempo. Durante todo o seu tratamento, esse é o período que goza de maior saúde, consegue autonomia, cuida-se

¹¹ Como são chamados os pequenos apartamentos, geralmente mais baratos e destinados a pessoas que moram sozinhas.

sozinha, e consegue cuidar do filho, vive esse momento feliz e com expectativa de superar a doença. Até o momento em que decide viver com o marido.

Ao aceitar o chamado de seu marido para viver com ele em uma fazenda, Mônica repete nessa relação a hostilidade que tem com sua mãe. Faz pensar que busca um significante que possa nomeá-la – mãe, esposa –, mas parece que eles não sustentam os semblantes, e é no romper do semblante que surge o real da devastação, no romper do semblante algo do gozo, suplementar e não mediado pela lógica fálica, se evoca como um desgaste, uma erosão. No caso de Mônica, esse gozo marcou seu território no corpo, a doença é, portanto, uma devastação para a paciente. É a manifestação da doença de uma forma mais aguda e agressiva que leva a uma nova internação, dessa vez sem retorno.

O infans, ao perceber as ausências da mãe, percebe que essa mãe deseja algo para além dela, e questiona o que será que essa mãe quer? O que ela deseja? Percebe que além dela há outra coisa que mexe com essa mãe, é o x, o significado. Segundo Lacan (1957), o significado das idas e vindas da mãe é o falo. Lembrando Brousse (2004), o sujeito pode fazer uma leitura do X do desejo materno atribuindo a ele um valor de morte. Assim, a leitura é: “O que o Outro deseja para o filho é a morte”.

É o que se constata nos casos de devastação: a função paterna demonstra-se incapaz de apaziguar. Trata-se de um gozo Outro para o qual a metáfora paterna não faz barreira. Esse gozo, que não é complementar, mas suplementar, está fora do registro f lico, e faz com que o desejo da mãe esteja longe de ser inteiramente saturado pelo significante. É o gozo feminino desconhecido que faz enigma para o sujeito. A devastação diz respeito ao sujeito feminino confrontado ao gozo feminino da mãe.

Mas o que acontece com Mônica na presença desse gozo feminino, mortífero e sem limites que marca e fere seu próprio corpo?

Mônica está com a mãe em uma relação de devastação, e a devastação para Brousse (2004), está presa ao arrebatamento. Esse termo tem o sentido de raptar ou transportar-se em êxtase mítico. O arrebatamento é uma forma de perda corporal não simboliz vel pelo significante f lico, pois o gozo aqui   o feminino, não delimitado pelo falo. Aqui o sujeito   despossuído do seu lugar, um lugar que não existe, mas que é formado pela fala. Nesse caso, o sujeito é reduzido ao silêncio, e o corpo, a uma carne desfalicizada. Como Brousse (2004) afirma, essas modalidades são provavelmente determinadas pela maneira como a linguagem deixou as marcas no corpo. Para Brousse (2004), a mãe estaria aqui como uma arrebatadora de corpos, essa perda corporal não pode ser simbolizada pelo significante f lico, não há

palavras que recubra, pois se trata do real, e na clínica, com Mônica, a isso era observado através da dificuldade em falar da doença.

4.3 A filha doente e sua mãe

Luciana é uma paciente de 32 anos que com a perda da função renal depende da hemodiálise para viver. Com 20, mudou-se da casa dos pais para a capital do estado com a finalidade de estudar. Ao término do curso de arquitetura, casou-se e mudou-se com o marido para uma cidade no estado do Pará.

Durante o parto do seu filho, sofreu eclampsia, uma grave complicação associada ao descontrole da pressão arterial. Como consequência, seus rins ficaram vulneráveis, necessitando de cuidados medicamentosos e alimentares para funcionar corretamente. Após um ano do nascimento do filho, seu pai morre, e Luciana perde completamente a função renal tendo que submeter-se à hemodiálise.

Como na cidade que mora não há estrutura hospitalar para tratar-se, ela se muda com o filho para a casa da mãe. Uma das opções para continuar vivendo em sua casa com o marido seria a de submeter-se a sessões diárias de diálise peritoneal, opção que lhe foi proposta e negada. O marido insiste para que se submeta a um transplante renal, como é jovem e clinicamente saudável, a possibilidade de sucesso é grande, a resposta de Luciana para essa operação é a recusa ou a indecisão afirmando estar com medo.

Ela comparece às sessões de hemodiálise três vezes por semana, chega sempre com o limite de peso indicado, poucas vezes ultrapassou a quantidade de líquidos prescrita pelos médicos. Esse controle costuma ser muito difícil em função do clima da região ser muito quente, poucos pacientes conseguem beber somente os 1000 litros que geralmente são indicados. A paciente cuida da alimentação, procurando seguir sempre as recomendações da equipe de saúde. Aceita a doença como um “destino”, a doença para ela é um desígnio de Deus que deve enfrentar e aceitar: “Essa é a vida que Deus me deu, tenho que viver com ela” (sic).

É alegre e educada com a equipe de enfermagem. Não trabalha, apesar de ter qualificação para isso. Alega que não consegue utilizar o braço em função da fístula¹² que

¹² Pacientes em hemodiálise são submetidos a uma pequena cirurgia vascular para que se possa ligar uma artéria a uma veia criando um vaso periférico que possui a vantagem de ser superficial com a veia, mas com um fluxo maior de sangue e resistente às repetidas punções.

possuí, no entanto, não se dispõe a procurar nenhuma ocupação que poderia realizar sem que houvesse uma exigência maior do braço.

Como mora com a mãe, Maria, que é quem cuida de seu filho, Luciana parece estar deixando a criança sob responsabilidade dessa mãe. Diminuiu os cuidados com ele e aceita todas as intervenções que ela faz, justifica que por a mãe ser uma pedagoga conhece bem o desenvolvimento das crianças.

Luciana, embora seja vista pelos médicos como modelo para os outros pacientes, por seguir o tratamento conforme o especificado, demonstra também uma passividade, uma entrega para a doença que a paralisa e a impede de investir no trabalho, na relação com o filho, ou na busca de procedimento médico que lhe propicie uma vida com menos impedimentos. O silêncio da paciente diante da gravidade de sua saúde faz pensar no silêncio em que opera a pulsão de morte.

Os atendimentos a Luciana eram sempre feitos durante as sessões de hemodiálise, quando a analista fazia uma visita a todos os pacientes da clínica e os convidava para o atendimento individual. Muitas vezes, durante essas visitas, Luciana estava chorando, dizia-se “angustiado” com o tratamento e com medo de morrer, sabia que as sessões de hemodiálise iam diminuindo a resistência do corpo, uma vez que a máquina retira não somente o líquido em excesso mas também vitaminas e sais minerais importantes para a saúde. Sabe que esse tratamento deve ser temporário, paliativo enquanto espera por um transplante, mas não consegue se decidir por fazê-lo.

Filha única, possui mais dois irmãos, ambos mais velhos. Relatava um grande amor que sentia pelo pai e um sofrimento por sua morte. Algumas vezes a analista a encontrou chorando enquanto realizava a sessão de hemodiálise. A paciente relatou que tinha medo de morrer, nessas ocasiões sempre fazia referências à morte do pai. Ele sofreu um ataque cardíaco, foi transferido por UTI aérea para um grande centro, fez uma intervenção cirúrgica bem sucedida, e, enquanto esperava a recuperação, teve um acesso de tosse e em razão desse esforço um novo ataque cardíaco que o levou ao óbito. A morte inesperada, depois de ter passado o momento mais crítico do tratamento, segundo ela, é o que mais a assusta. Parece associar a morte do pai depois da cirurgia com complicações que poderiam advir em seu transplante.

Luciana raramente procurava atendimento psicológico, marcava horário e não comparecia, mas sempre que encontrava a analista na clínica de nefrologia ou na rua fazia os seguintes comentários: “preciso marcar um horário com você”; “estou precisando muito falar com você” ao que a analista sempre respondia que a estava aguardando. Aceitar o

atendimento durante a sessão de hemodiálise pode ser pensada como uma forma de obter a atenção da analista, mas também como uma resistência à análise, uma vez que na sala de hemodiálise não era possível permitir que ela falasse muito, pois havia a proximidade da equipe de enfermagem, médicos e auxiliar de serviços gerais. As visitas na sala branca (como é chamada a sala de hemodiálise) eram feitas com a finalidade de oferecer o atendimento individual ao paciente em um horário distinto da sessão de hemodiálise.

Em uma das vezes em que aceitou o convite para o atendimento individual, Luciana chega ansiosa com uma visita feita pelo marido. Ele insistia para que ela fizesse o transplante, para que aceitasse o rim ofertado pelo seu irmão, e cobrava sua presença na fazenda ao lado dele e do filho. Luciana afirmava que não queria ir para a fazenda, não se sentia segura longe de um centro de tratamento, percebe os riscos que essa decisão de manter-se distante coloca para seu casamento. Diante da possibilidade de uma separação, Luciana analisa a ideia do transplante, mas desiste, à medida em que os exames vão sendo realizados.

Em um determinado momento de sua análise, afirma que não poderia voltar para a fazenda e deixar a mãe sozinha. Os irmãos são casados e moram em outra cidade. Ela é a única filha e por isso não tem coragem de abandonar a mãe. A respeito do casamento, Luciana não fala muito, afirma que tinha um bom casamento dizendo entender as exigências que o marido faz.

Não faz planos para o futuro, e somente em uma sessão relata a viagem de uma amiga para Paris e do seu desejo de realizar uma viagem para o exterior. Ainda assim, refuta a possibilidade de um transplante. Luciana é uma pessoa bem informada, com condições de avaliar os riscos de permanecer por muitos anos em hemodiálise, sabe e fala desses riscos, mas, ainda assim, adia o transplante.

Em função do aumento de número de pacientes e mudanças na rotina da clínica, ela foi obrigada a mudar seu horário de hemodiálise. Sua sessão foi transferida do período matutino para o noturno, iniciando às 21:00 e terminando aproximadamente à 1:00 da manhã. Queixou-se e novamente pensou em fazer hemodiálise, fez exames, confirmou a possibilidade e depois desistiu. A analista saiu da clínica pouco tempo depois, não tendo mais contato com Luciana.

Por algum motivo, parece que primeiramente o nascimento do filho e depois a morte do pai fizeram com que Luciana retornasse para a casa materna e se posicionasse na relação familiar como filha, deixando de ocupar o lugar de mãe e mulher. Luciana transfere esses cuidados de seu filho para sua mãe não questionando ou contestando as decisões que Maria toma em relação ao filho. Talvez, diante da possibilidade da morte, presente sempre na sala de

hemodiálise e vivida através da ausência de outros pacientes, ou mesmo pelos desgastes físicos impostos pelo tratamento, ela já esteja preparando uma substituta para assumir o seu lugar na vida do filho.

Luciana estaria usufruindo dessa doença para manter-se na posição de filha, “menina” da mãe? Uma relação que essa mãe acolhe e mantém, cuida do neto e da filha, é a única da família que não incentiva Luciana a submeter-se à cirurgia, mantendo a filha dependente de seus cuidados.

Há uma grande dificuldade em abandonar o sintoma, manter-se na hemodiálise traz um ganho que faz com que essa paciente mantenha seu estado de paciente renal, assim consegue manter-se no lugar de filha. Com uma mãe que é sedutora, ao manter os cuidados com essa filha, o retorno ao lugar de filha parece ser o lucro da doença para Luciana.

A entrada no complexo de Édipo implica a separação do filho com o Outro materno primordial. Essa separação ocorre com a entrada da figura simbólica do pai. Ao perceber que o desejo da mãe é o falo, a criança se dirige para a busca desse objeto agalmático, deslizando de um objeto para outro. Essa entrada no complexo de Édipo deixa na menina um resto, pois atribui a essa mãe, primeiramente, o objeto fálico. Ao perceber que a mãe não o possui, acredita que a mãe conhece o caminho para esse encontro e não lhe ensina.

A metáfora paterna, portanto, mostra-se não totalmente operante no caso da menina. A identificação com o falo, que é a marca deixada em ambos os sexos da passagem pelo processo edípico, dá a filha a condição de sujeito, isto é, liberta da alienação no campo do Outro, mas não lhe dá a condição de mulher. Cabendo a cada uma inventar os seus caminhos para encontrar a feminilidade. Luciana parece apresentar uma dificuldade em abandonar a mãe, mantém-se como a “menina” da mãe na busca de um saber sobre a sexualidade que acredita que sua mãe possui, por isso a admira tanto. O que faz supor que se manter em hemodiálise lhe possibilita continuar nessa posição; sendo seu filho, assim, entregue aos cuidados da mãe.

Durante o atendimento, a analista procurava referir-se sempre à Luciana utilizando o significante “mulher”, utilizando-se, sempre que fazia alusão ao marido ou à sua posição diante do casamento, o termo “mulher”, em uma tentativa de que sob efeito do significante Luciana pudesse pensar na posição que ocupa na relação com o marido.

Os atendimentos a essa paciente ocorreram em um setor que é o Centro de Nefrologia, com funcionários qualificados para o atendimento aos pacientes com insuficiência renal, e que consistia de nefrologistas, clínico geral, nutricionista, assistente social, psicóloga e a equipe de enfermagem composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares. Geralmente, quando

os pacientes se queixavam de angústia, os médicos prescreviam ansiolíticos. Uma delas indicava o centro espírita incentivando a oração para encontrar o bem estar, outros membros da equipe aconselham e indicam igrejas para acabar com o sofrimento.

Esse funcionamento da clínica de hemodiálise favorece a resistência dos pacientes e a recusa no atendimento psicológico. A angústia é tratada com medicação e com espiritualidade. A partir desse atendimento, uma questão foi colocada: como desenvolver um atendimento em um local no qual há a interferência direta de outros profissionais?

A primeira tentativa feita pela analista foi marcar uma reunião com a equipe de saúde para discussão dos casos no hospital. A reunião foi realizada, mas compareceram também, além da equipe de saúde (enfermeiros, nutricionista, assistente social e médicos), servidores da área administrativa, não sendo possível discutir casos clínicos. Ainda assim, pôde-se apresentar o setor de Psicologia, e a analista ofertar uma colaboração à equipe através um trabalho com os pacientes voltado para a escuta individual em ambulatório. Nesse momento, foi possível pedir a diminuição da medicação e que os pacientes fossem encaminhados para o setor de Psicologia ao iniciarem o tratamento de hemodiálise. A partir dessa reunião, um dos médicos começou a levar o paciente na sala de Psicologia solicitando atendimento sempre que havia queixas de ansiedade ou dificuldade em controlar pressão arterial.

Para Tourinho (1994), o pedido do médico é basicamente o de fazer com que o paciente se adapte à ordem médica. A escuta analítica muitas vezes pode fazer com que o paciente fique mais tranquilo e aceite melhor as sessões de hemodiálise ou o tratamento. Mas esse não é o objetivo do psicanalista, aliás, “um objetivo do analista” é o que não pode haver, seu compromisso é possibilitar um espaço para a fala do paciente, permitir um espaço para que se cumpra a única regra da Psicanálise: a associação livre. Para isso, o analista não pode estar a serviço da ordem médica, como de nenhuma outra ordem. Ele deve ser guiado por uma ética, a ética da psicanálise.

A equipe muitas vezes busca um sentido para as questões que surgem. É essa demanda que o analista deve recusar. Para Camargo (2003), juntamente com a equipe, o analista deve partir do lugar do não saber para que se possa construir algo em conjunto, inventar a partir dos impasses dos imprevistos. É importante um lugar do vazio de saber como necessidade preliminar a um tratamento.

Poder intervir e ter efeitos segundo a ética psicanalítica, fazendo parte de uma equipe, é algo que pode ser sustentado por um analista, quando este se situa no lugar de objeto *a*, e não de *SI*. O lugar de objeto *a* é vazio, lugar de semblante, é esse o lugar que o analista ocupa. Isso significa não ter um saber a priori, mas um saber em suspensão, disponível,

reconhecendo que a política lacaniana vai em direção ao real, na direção do gozo, e não do sentido.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação surgiu do encontro, na minha prática clínica, com pacientes que apresentavam histórias de repetidas internações em um hospital geral. Uma primeira questão se apresentou: se o paciente considera sua doença um mal, por que evita cuidados relativamente simples como, por exemplo, deixar de consumir um alimento ou tomar os medicamentos na hora certa?

O início das minhas atividades no hospital fez pensar na “força demoníaca” apresentada por Freud (1920) no texto “Além do Princípio do Prazer”. Parecia haver uma força muito poderosa nesses pacientes que os mantinha em um quadro de doença e mal-estar. Acreditar na ação da pulsão e em seus efeitos no corpo motivou o desenvolvimento desse trabalho.

Ao iniciar essa pesquisa, percebeu-se a necessidade de pensar a psicanálise e a medicina no hospital geral, afinal, a forma como o analista se posiciona no ambiente hospitalar facilita ou dificulta seu trabalho. Nos comentários do dia a dia no hospital, nota-se um antagonismo entre a figura do médico e dos demais profissionais de saúde. Muitas vezes, os médicos são acusados de serem arrogantes, insensíveis e autoritários nas relações com outros profissionais ou pacientes. Mas, ao escutá-los, o que se manifesta, muitas vezes, é a impotência desse profissional diante do real da morte, ou do fracasso na tentativa de cura de um paciente.

O discurso médico está muito próximo do discurso do mestre, embora em alguns momentos ocupe o lugar de outros discursos como o do universitário ou mesmo o do quinto discurso, que não faz laço social, o discurso do capitalista. O discurso médico “[...] exclui a subjetividade tanto daquele que o enuncia como daquele que o escuta” (Jorge, in CLAVREUL, 1983, p. 11). O médico fala enquanto funcionário, intervém e fala através da instituição médica, ele só existe em sua referência constante ao saber médico, à instituição médica. Suas decisões são feitas a partir de um protocolo médico. Portanto, para cada situação que exige a intervenção do médico, existe uma conduta estipulada no protocolo médico.

É nesse sentido que Clavreul afirma que o médico é refém de seu discurso, afinal, não é somente o doente que tem sua subjetividade excluída, mas o próprio médico, ao falar do lugar de um saber. Se o médico, ao relacionar-se com o doente, tem como mediador dessa relação a instituição médica, se sua subjetividade é excluída, nesse discurso, um médico pode substituir o outro, utilizando como referência somente as anotações de prontuário.

A utilização do prontuário traz outro elemento para pensar o discurso médico. Antes de ir ao leito do doente, o médico lê o prontuário e, ao entrar em contato com o paciente, o médico apresenta-se com um saber a priori. As questões que faz ao doente são somente para confirmar a hipótese que ele já formulou. Muitas vezes, se o doente acrescenta uma informação nova, diferente da esperada, é refutada. O médico assume o lugar do saber, e é desse lugar que ele fala ao doente.

Percebemos presentes no ambiente hospitalar todos os discursos e também o discurso capitalista. Ainda que essa pesquisa se refira a um hospital público, a presença do discurso capitalista está cada vez mais presente. A ilusão de que o objeto tampona a falta faz com que os pacientes solicitem medicamentos que resolvam suas angústias e os curem “para sempre”. Ao serem frustrados em suas expectativas, respondem o médico com cobranças e acusações. A cobrança feita pela administração e pelos órgãos da sociedade para que as filas de espera para atendimento sejam eliminadas ou reduzidas faz com que o médico diminua seu tempo com o paciente. O exame físico é substituído pelos exames laboratoriais e de imagem, essa redução de tempo faz com que o paciente não consiga falar sobre suas queixas. Em função do discurso capitalista, o médico tem sido destituído, aos poucos, do lugar do mestre.

Para Alberti (2000), o psicanalista na instituição de saúde pode ajudar o médico a encontrar seu discurso, reconhecendo sua capacidade de tratar o doente, mas também reconhecendo seus limites. O psicanalista pode ajudar primeiramente no contato diário com o médico, interpretando a fala e o desejo do doente para o médico e toda a equipe de saúde.

Outra possibilidade são as reuniões de caso clínico que já ocorrem em outros hospitais como no centro de nefrologia do Hospital das Clínicas em São Paulo, ou no Hospital Mater Dei em Belo Horizonte, como afirma Moura (2000). Embasada em anos de prática na instituição hospitalar, Moura (2000) afirma que

o psicanalista não pode esperar que médicos e pacientes identifiquem o que podem dele esperar. É preciso responder ao chamado para que saibam que o que o psicanalista pode oferecer é um espaço para que o sujeito fale e possa ser escutado de um lugar outro onde ele não é só aquele paciente, doente ou o número do leito (MOURA, 2000, p. 14).

É nesse contexto hospitalar que a analista pode ouvir do paciente outra relação com a doença e o corpo, diferente daquela postulada pela ordem médica. Além de um corpo que pode ser radiografado e lido, para além desse corpo que é o objeto da medicina, há outro que encontra lugar no discurso analítico, é o corpo pulsional. A doença crônica nesse corpo pulsional nem sempre pode ser curada com o uso de medicações ou cirurgias, ao contrário, ela

pode não ser um mal do qual o doente queira se livrar. A descoberta freudiana demonstrou que o sintoma para a psicanálise pode ser um bem, um objeto precioso, na medida em que surge como uma resposta à dor de existir. Nesse sentido, a doença crônica pode estar no lugar do sintoma para o sujeito.

Desta forma, a doença crônica, nos casos clínicos apresentados neste trabalho, demonstra como o corpo pode ser usado pelo sujeito para manter-se em uma relação de assujeitamento ao desejo do Outro. As duas pacientes receberam tratamentos médicos que não curaram o corpo. Em Mônica porque o sujeito não respondia ao tratamento médico da forma como era esperado; em Luciana porque há uma recusa da intervenção cirúrgica que poderia resultar em um corte na relação com a mãe e em ter que assumir-se como mulher para um homem.

Nos momentos em que, com seu saber, o médico não consegue explicar a doença do paciente, a resposta clínica do doente não é aquela esperada. Ou mesmo quando o paciente não adere ao tratamento proposto, o analista é convocado e encontra espaço para a construção de um lugar marcado pela ética. Assim, o psicanalista pode escutar pacientes, familiares e profissionais, “sabendo que a palavra pode ajudar o ser falante a suportar melhor a condição humana” (MOURA, 2000, p. 14).

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

ALBERTI, Sônia; ELIA, Luciano. **Clínica e Pesquisa em Psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

ANDRÉ, Serge. **O que quer uma mulher**. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

ASSOUN, Paul – Laurent. **Metapsicologia Freudiana: uma introdução**. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

BATISTA, Glauco; CARVALHO, Simone Borges de; MOURA, Marisa Decat (org.). **Psicanálise e Hospital: A responsabilidade da psicanálise diante da ciência médica**. Rio de Janeiro: Wak editora, 2011.

BENOIT, Pierre. **Psicanálise e medicina: Teoria e casos clínicos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.

BIRMAN, Joel. **As pulsões e seus destinos: do corporal ao psíquico**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

BROUSSE, Marie-Helène. Uma dificuldade na análise das mulheres. In: **Ornicar?**. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

CANGUILHEM, Georges. **Escritos Sobre a Medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CARVALHO, Simone Borges de. **Hospital Geral: Dos impasses às demandas ao saber psicanalítico. Como opera o psicanalista? Articulação Teórica a partir da experiência da clínica de psicologia e psicanálise do hospital Mater Dei**. 2008. Dissertação (Mestrado Psicologia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. Disponível em: http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest_drogas/ansioliticos.htm . Acesso em 10/10/2012

CASTRO, Julio Eduardo. O método psicanalítico e o estudo de caso. In: **Pesquisa em psicanálise: transmissão na universidade**. Barbacena: EdUEMG, 2010.

CLAVREUL, Jean. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

ELIA, Luciano. A letra na ciência e na psicanálise. **Estilos da Clínica**. São Paulo, v. 14, dez. 2008. Disponível em: HTTP://www.revistasusp.sibi.usp.br.php?script=sci_arttext&pid=S141. Acessos em 10/10/2012.

ELIA, Luciano. **Corpo e sexualidade em Freud e Lacan**. Rio de Janeiro: Uape, 1995.

ELIA, Luciano. Psicanálise: clínica & pesquisa. In: ALBERTI, Sonia; ELIA, Luciano (Orgs). **Clínica e Pesquisa em Psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

FIGUEIREDO, Ana Cristina (org.). Pesquisa Clínica em Psicanálise: a elaboração de um método. In: **Psicanálise – Pesquisa e Clínica**. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2001.

ELIAS, Norbert. A solidão dos moribundos. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. A Construção do Caso Clínico: Uma Contribuição à psicanálise e à saúde mental. In: **Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental**, ano VIII, n.01, p. 75-86, mar. 2004.

FIGUEIREDO, Ana Cristina e outros. A prática entre vários: um aplicação da psicanálise ao trabalho em equipe na atenção psicossocial. In: BASTOS, Angélica (org.). **Psicanalisar hoje**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2006.

FREUD, Sigmund. Algumas Considerações para um Estudo Comparativo das Paralisias Motoras Orgânicas e Histéricas (1893). In: **Obras Psicológicas Completas – Edição Standart Brasileira** (ESB), Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

FREUD, Sigmund. Comunicação Preliminar (1893-1895). In: **Obras Psicológicas Completas – Edição Standart Brasileira** (ESB), Vol. II. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. Fragmento da Análise de um Caso de Histeria (1905). In: **Obras Psicológicas Completas – Edição Standart Brasileira** (ESB), Vol.VII. Rio de Janeiro: Imago, 1989.

FREUD, Sigmund. Três Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade (1905). In: **Obras Psicológicas Completas – Edição Standart Brasileira** (ESB), Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1989.

FREUD, Sigmund. Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise (1912). In: **Obras Psicológicas Completas – Edição Standart Brasileira** (ESB), Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, Sigmund. Sobre o Início do Tratamento (1913). In: **Obras Psicológicas Completas – Edição Standart Brasileira** (ESB), Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, Sigmund. Recordar, Repetir e Elaborar (1914). In: **Obras Psicológicas Completas – Edição Standart Brasileira** (ESB), Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, Sigmund. A Guisa de Introdução ao Narcisismo (1914). In: **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Trad. Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

FREUD, Sigmund. O Inconsciente (1915). In: **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Trad. Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

FREUD, Sigmund. Pulsões e Destinos da Pulsão (1915). In: **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Trad. Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

FREUD, Sigmund. O Estranho (1919). In: **Obras Psicológicas Completas – Edição Standart Brasileira** (ESB), Vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, Sigmund. Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica (1919a). In: **Obras Psicológicas Completas – Edição Standart Brasileira** (ESB), Vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. Além do Princípio do Prazer (1920). In: **Obras Psicológicas Completas – Edição Standart Brasileira** (ESB), Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, Sigmund. Além do Princípio do Prazer (1920). In: **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Trad. Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

FREUD, Sigmund. O Ego e o Id (1923). In: **Obras Psicológicas Completas – Edição Standart Brasileira** (ESB), Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. O problema econômico do masoquismo (1924). In: **Obras Psicológicas Completas – Edição Standart Brasileira** (ESB), Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos (1925). In: **Obras Psicológicas Completas – Edição Standart Brasileira** (ESB), Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, Sigmund. O Mal Estar na Civilização (1930). In: **Obras Psicológicas Completas – Edição Standart Brasileira** (ESB), Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, Sigmund. Sexualidade Feminina (1931). In: **Obras Psicológicas Completas – Edição Standart Brasileira** (ESB), Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. Conferência XXXIII Feminilidade (1932). In: **Obras Psicológicas Completas – Edição Standart Brasileira** (ESB), Vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, Sigmund. Conferência XXXV A questão da Weltanschauung (1932). In: **Obras Psicológicas Completas – Edição Standart Brasileira** (ESB), Vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, Sigmund. Análise Terminável e Interminável (1937). In: **Obras Psicológicas Completas – Edição Standart Brasileira** (ESB), Vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Acaso e Repetição em Psicanálise**: uma introdução à teoria das pulsões. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **O Mal Radical em Freud**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Introdução à metapsicologia Freudiana**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

JORGE, Marco Antonio Coutinho. **Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan**: a clínica da fantasia. Rio de Janeiro: Zahar, 2010, v.2.

LACAN, Jacques. O Estádio do Espelho. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1949/1998.

LACAN, Jacques. **O Seminário- Livro 1**- os escritos técnicos de Freud. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1954/1986.

LACAN, Jacques. **O Seminário- Livro 4** – a relação de objeto. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1957/1986.

LACAN, Jacques. A Instância da Letra no Inconsciente. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1957/1998.

LACAN, Jacques. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1958/1998.

LACAN, Jacques. A Direção do Tratamento e os Princípios de seu poder. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1958/1998.

LACAN, Jacques. Psicoanálisis y Medicina. In: **Intervenciones y textos**. Buenos Aires: Manantial, 1966/1986.

LACAN, Jacques. Ato de Fundação. In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1971/2003.

LACAN, Jacques. **O Seminário- Livro 11**- Os quatro conceitos fundamentais da análise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

LACAN, Jacques. **O Seminário – Livro 17** – O avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1970/1992.

LACAN, Jacques. Radiofonia. In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

LACAN, Jacques. O Aturdido. In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1972/2003.

MARCOS, Cristina. Mãe e filha: da devastação e do amor. In: **Tempo psicanalítico**. Rio de Janeiro, v. 42, n.2, dez. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid. Acesso em: março, 2013.

MELO, Carla Borim Mirachi. **A questão do discurso na instituição hospitalar a partir de psicanálise lacaniana**. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte.

MILLER, Jacques-Alain. **Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia**. 2001. Disponível em: http://www.capsnet.com.ar/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=35. Acesso: junho, 2012.

MILLER, Jacques-Alain. Uma partilha sexual. In: **Clique** – Revista dos Institutos Brasileiros de Psicanálise do Campo Freudiano, n.2, p. 12-29, 2003.

MOURA, Marisa Decat (org.). **Psicanálise e Hospital**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

NOVARTIS BIOCÊNCIAS. Disponível em: <http://www.novartis.com.br/doencascronicas/index.shtml> . Acesso: fevereiro/2013.

QUINET, Antonio. **Um olhar a mais: ver e ser visto na psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

QUINET, Antonio. **Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia**. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

RODRIGUES, Gilda Vaz. **A Psicanálise pelo Averso**. Belo Horizonte: Ophicina de arte & prosa, 2010.

SANTOS, Lúcia Grossi dos. **O Conceito de Repetição em Freud**. São Paulo: Escuta, Belo Horizonte: Fumec, 2002.

SOLER, Colette. **Variáveis do Fim de Análise**. Campinas: Papirus, 1995.

SOUZA, Aurélio. **Os Discursos na Psicanálise**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2008.

TOURINHO, Maria Lúcia. **O que pode um analista no hospital?**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 1994.

VALAS, Patrick. El cuerpo en la biología, la medicina y el psicoanálisis. In: **Vectores del acontecer analítico: especial psicossomática**. Buenos Aires: Anáfora editora, Nov. 1998, pg. 5-9.

VIVIANI, Alejandro. Lacan e o Édipo Freudiano. In: **Textura Revista de Psicanálise**. Disponível em: <http://www.revistatextura.com/leia/lacaneopdf> . Acesso março de 2013.

VORCARO, Angela. Psicanálise e método científico: o lugar do caso clínico. In: **Pesquisa em Psicanálise: Transmissão na Universidade**. Barbacena: EdUEMG, 2010.

ANEXO A: Parecer Consubstanciado do CEP