

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Julio Cesar Mello D'Amato

**SINTOMA, COMPULSÃO E FENÔMENO EPILÉPTICO
UMA CONTRIBUIÇÃO À CLÍNICA**

Rio de Janeiro
2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

JULIO CESAR MELLO D`AMATO

**SINTOMA, COMPULSÃO E FENÔMENO EPILÉPTICO
UMA CONTRIBUIÇÃO À CLÍNICA**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Orientadora: Maria Luiza Teixeira Assumpção
Lo Presti Seminério

Rio de Janeiro
2006

D`AMATO, Julio Cesar Mello

Sintoma, Compulsão e Fenômeno Epiléptico: Uma contribuição à clínica/ Julio Cesar Mello D´Amato. Rio de Janeiro, 200. x.137 f.: il.

Tese (Doutorado em Psicologia)

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, 2006.

Orientador: Maria Luiza Teixeira Assumpção Lo Presti Seminério

1.Sintoma. 2. Compulsão 3.Fenômeno epiléptico - Teses

I. Seminério, Maria Luiza Teixeira Assumpção Lo Presti (Orient.)

II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia.

III.Título.

JULIO CESAR MELLO D'AMATO

SINTOMA, COMPULSÃO E FENÔMENO EPILÉTICO
UMA CONTRIBUIÇÃO À CLÍNICA

Rio de Janeiro,.....de.....de 2006

Profª Drª Maria Luiza Teixeira Assumpção Lo Presti Seminério
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Prof. Dr. Ued Martins Maluf
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Prof Dr. Francisco Ramos de Farias
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Profª. Drª. Rita Maria Manso de Barros
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

Profª Drª Josaida de Oliveira Gondar
Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro - UNIRIO

Profª Drª Cristina Monteiro Barbosa
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Prof. Dr. Carlos Américo Alves Pereira
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

AGRADECIMENTOS

Nós, profissionais do comportamento, voltamo-nos todo o tempo para a noção de subjetividade. Concordamos que esse processo se dá, a partir de tantos elementos, que não poderia elencá-los neste rápido agradecimento. De qualquer maneira, posso dizer que vou sempre agradecer a todos aqueles que, de alguma maneira, fizeram parte da minha história.

Tentando nomear algumas destas pessoas, gostaria de agradecer aos meus pais, irmã, sobrinhos e afilhados(Rebeca, Ugo e Catarina), pelo estímulo, trocas e a possibilidade de experienciar uma família.

A Maria Luiza Assumpção Lo Presti Seminério e Franco Lo Presti Seminério (in memoriam) pela oportunidade, dedicação. Estou certo de não conseguir agradecer, suficientemente, pelo tanto que fizeram.

Aos professores do Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia da UFRJ, meu agradecimento pela generosidade.

Aos colegas do Doutorado e, em especial, à colega Dirce Ferreira da Cunha, por compartilhar este espaço tão importante para nossa formação.

A Claudio França de Ferreira, companheiro em todos os momentos, há tantos anos.

**“Cego às culpas o destino poder ser
desapiedado com as mínimas distrações”.**

(Jorge Luis Borges)

D'AMATO. Julio Cesar Mello. Sintoma, Compulsão e Fenômeno Epiléptico: uma contribuição à clínica. Rio de Janeiro, 2006. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia. Pós Graduação em Psicologia, Rio de Janeiro, 2006.

RESUMO

Apresentamos, nesta tese, uma articulação entre o sintoma, a compulsão e o fenômeno epilético. As três entidades clínicas recebem um tratamento teórico a partir do pensamento freudiano e do ensinamento lacaniano, além da contribuição de outros autores que colaboraram de forma decisiva na construção do trabalho. O objetivo central do texto diz respeito à necessidade de pensar a clínica e seu papel em cada uma das situações apresentadas. Nesse sentido, foi defendida a tese de que a atuação clínica de Freud, no início de seu trabalho, com as histéricas e com a primazia da interpretação, adequado ao trabalho junto ao sintoma, tornou-se não tão suficiente para trabalhar outras situações da clínica. A compulsão representa, exatamente, um desses impasses à clínica da interpretação, principalmente quando nos referimos, na atualidade, às patologias do ato, exigindo um fazer clínico que encerre outros elementos na realização do trabalho. O mesmo é defendido, quando se trata do fenômeno epilético. Nesse, defendemos a questão do significante paterno, como elemento fundamental para o surgimento das muitas crises epiléticas, aqui defendidas como da ordem da histeria. A noção de transferência está presente, ao longo de todo o trabalho, com a intenção de mostrá-la decisiva, em cada um dos processos de subjetivação, embora receba um tratamento específico, em cada uma das situações, onde ocupa uma função particular.

D'AMATO. Julio Cesar Mello. Symptom, Compulsion and Epileptic Phenomenon: a contribution to the clinic. Rio de Janeiro, 2006. Thesis (Doctorate in Psychology). Federal University of Rio de Janeiro, Institute of Psychology. Powders Graduation in Psychology, Rio de Janeiro, 2006.

ABSTRACT

We present in this thesis an articulation among the symptom, the compulsion and the epileptic phenomenon. The three clinical entities receive a theoretical treatment from the freudian thought and from the teaching of Lacan, besides the others authors' contribution that collaborated to the construction of the work. The central objective of the text concerns the need of thinking the clinic in each one of the presented situations. In this sense, it was defended the Freud's clinical performance, in the beginning of his work with the hysterical ones and with the primacy of the interpretation, appropriated to the work close to the symptom, however the interpretation clinic became insufficient to the work in others situations. The compulsion represents exactly one of the difficulties to the clinic of the interpretation, mainly when we make a reference, at the present time, to the pathologies of the action, demanding to the clinic others elements in the accomplishment of the work. The same happens when the subject is the epileptic phenomenon. In this, we defended the paternal significant as a fundamental element for the appearance of a lot of epileptic crises, here defended as of the order of the hystery. The transfer notion is sprayed along the work with the intention of showing her decisive participation in each one of the subjection processes, although it receives a specific treatment in each one of them, where occupies a private function.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	10
2. Considerações sobre o sintoma.....	14
3. Variantes clínicas da compulsão.....	35
4. O fenômeno epilético.....	59
4.1 A abordagem psiquiátrica da epilepsia.....	63
4.2 A dimensão psicanalítica do fenômeno epilético.....	69
4.2.1. Três incidências clínicas sobre a epilepsia.....	83
5. Articulações clínicas.....	96
6. Conclusão.....	124
Referências.	132

1. Introdução

“As pessoas tendem a colocar palavras onde faltam idéias”. (Goethe)

Este estudo assume o compromisso de articular três entidades que atravessam a teoria e a clínica psicanalíticas. Nomeadamente, referimo-nos ao sintoma, à compulsão e ao fenômeno epiléptico.

Em um primeiro momento, fica-nos a sensação de que nada mais, efetivamente inédito, ou que promova mais consistência à literatura e à clínica da psicanálise, possa ter lugar nesta empreitada.

É preciso, no entanto, considerar que, apesar dessa impressão inicial, é possível perceber que os conceitos utilizados no trabalho, com o inconsciente, acolhem sempre novas chances de articulação e, quem sabe, seja passível, a partir daí, abrir novas possibilidades que poderão oferecer outras vias de reflexão. Na medida em que se opta por um trabalho, com um endereço preciso, que diz respeito ao inconsciente e a todos os múltiplos vieses que pertençam ao universo subjetivo, diferentes construções parecem sempre pertinentes. Essa é a sensação mais evidente que alimenta nossa proposta.

Considerando a dinâmica psíquica, a questão a ser abordada concerne ao estabelecimento dos balizadores teóricos próprios de cada uma dessas entidades

clínicas, ou seja, pretende-se traçar a circunscrição conceitual entre o sintoma, a compulsão e o fenômeno epiléptico.

Esse estudo, orientado pelas ocorrências, especialmente pela da compulsão e pela do fenômeno epiléptico, que são limites à ação clínica, meramente interpretativa, visa a um aprofundamento sobre as determinações inconscientes, em termos de processos defensivos, fracasso da defesa, irrupção imediata, decorrente do excedente de excitação, e mau funcionamento de determinadas estruturas neurofisiológicas.

O sintoma será abordado, no contexto da formação do inconsciente, como a expressão de uma representação recalçada que ganhou o acesso ao consciente. Como enigma, o sintoma é passível de ser decifrado pela interpretação que incide sobre a realidade sexual recalçada; já a compulsão resulta da posição do sujeito em obedecer a mandatos contraditórios da instância superegóica. Essa primeira acepção de compulsão indica a presença de ações substitutivas que são o material clínico ideal para a interpretação. Há outra vertente da compulsão, pensada no contexto da teoria pulsional, como a descarga que causa angústia, levando o sujeito a agir de forma impulsiva. Nessas condições, o trabalho interpretativo esbarra em obstáculos nem sempre contornáveis. Por fim, o fenômeno epiléptico, em suas restrições motoras, causa prejuízos consideráveis que tem repercussões na esfera psíquica, mas a ação clínica tem que considerar também outros parâmetros, além da interpretação, já que, para o mau funcionamento fisiológico, o progresso científico dos fármacos tem produzido bons resultados.

O eixo matricial, suporte desta tese, assenta-se na seguinte diretriz: o sintoma, a compulsão e o fenômeno epiléptico são respostas subjetivas, frente aos impasses com os quais o sujeito se defronta, em razão das condições traumáticas.

No entanto, cada realidade clínica configura um circuito diferenciado, propiciando leituras e ações clínicas específicas.

O sintoma será objeto a ser abordado no segundo capítulo, como anunciado anteriormente, na qualidade de suporte que, junto aos dois outros conceitos principais que aqui serão levantados, concorrerá para o sucesso da articulação proposta.

O terceiro capítulo trará considerações sobre a compulsão, considerando os dois momentos em que essa entidade clínica é abordada no texto freudiano: no contexto da primeira tópica e após a formulação da pulsão de morte.

O quarto capítulo deter-se-á em estudos acerca do fenômeno epiléptico, remontando às primeiras observações da clínica charcotiana, no que concerne à delimitação entre este fenômeno e a histeria. A aproximação ao texto freudiano será feita, mediante a articulação entre paralisias motoras e histéricas, sendo este fundamental para circunscrever tal fenômeno.

As considerações dos capítulos anteriores serão objeto de reflexões, para atender o principal compromisso do trabalho, que caminhará na direção de uma articulação de conceitos, contando com o desejo de alcançar uma aproximação e, ao mesmo tempo, uma separação destes, pretendendo contribuir, teórico-clinicamente, para a dimensão psicanalítica. Para tanto, contaremos, nesse momento, com um capítulo que tentará tratar, mais especificamente, da clínica, com os desdobramentos em relação aos quais nos deparamos, no exercício cotidiano da escuta relativa à experiência com o inconsciente.

A conclusão não deverá ser pretensiosa, supondo ser capaz de eliminar qualquer divergência entre termos, no entanto, a ousadia estará em contribuir com algum entendimento, que porte consistência e que suscite interesses naqueles que

apostam em um inconsciente, como aval à condição de sujeito, objeto de interesse de qualquer produção de tal natureza.

Nesse sentido, podemos considerar a pesquisa como bibliográfica, apresentando um caráter qualitativo e com uma leitura que conta com o referencial teórico da psicanálise, embora não pretenda negligenciar, em relação à clínica, como produtora de inquietações.

2. Considerações sobre o sintoma

O discurso acerca do sintoma é contemporâneo à existência do homem. A busca pela compreensão do por que sentirmos determinadas sensações e, imediatamente, buscamos associá-las a alguma situação, confunde-se com a história do próprio homem. Podemos dizer que o sintoma sempre implicou a questão do sentido, deflagrando a necessidade de se querer entender aquilo que nem sempre era prontamente explicável, causando-nos um certo estranhamento.

Neste capítulo, buscamos nos debruçar sobre aquilo, que seria adequado chamar de um entendimento para o sintoma que abarque um percurso, que conte com uma perspectiva atravessada, principalmente pela psicanálise. Pretendemos valer-nos, igualmente, da visão da medicina, em uma pretensão de reunir elementos para, em uma aposta interdisciplinar, tecer e construir um texto, que possa contribuir, de forma substancial, para o entendimento em relação ao sintoma, entendido como via, para comunicar algo da ordem de um funcionamento psíquico, mas não desprezando o corpo, como grande cenário de tantas situações.

Preliminarmente, podemos afirmar que, para a psicanálise, o sintoma se apresenta como uma defesa contra o desejo. Essa é uma premissa abordada pela literatura do assunto e aqui apresentada para subsidiar considerações e desdobramentos posteriores.

Para a psicanálise, a escuta do inconsciente é a via para a compreensão e produção de sentidos, frente àquilo que categorizamos como um enigma a ser

decifrado. Este pode ser o caminho a ser tomado diante do desconhecido. Devemos ouvir o sintoma, nas entrelinhas do discurso produzido pelo sofrimento, na tentativa de buscar uma compreensão. Instalamos, assim, a questão do tratamento psicanalítico, lembrando, por exemplo, a eleição de parte do corpo, lugar de investimento com caráter sexual, como pressuposto utilizado, desde sempre, para discutir a histeria na psicanálise, com toda uma tipicidade somática tão presente em certos quadros que, salvo melhor juízo, permitiram, há muito, uma comunhão definitiva e essencial entre o corpo orgânico e o corpo psíquico (pulsional - inconsciente). Podemos perceber que já adentramos o caminho do conhecimento psicanalítico, servindo-nos da figura da histérica, com toda a riqueza de possibilidades que ela proporcionou a Freud para promover aquilo que, efetivamente, funcionou como uma “ferida narcísica”, para o universo do conhecimento sobre o homem. Assim, a histeria funcionou como ponto de partida, para a aposta em um inconsciente, presentificando-se, desde o início da história da psicanálise, como um verdadeiro “pontapé” inicial para o estudo.

Tomando nossas primeiras palavras sobre o sintoma, o soma e a já inserção da histeria, nesse percurso que visa a um entendimento para o primeiro, lembramos Hipócrates *apud* Trillat (1991, p.19), quando se refere ao sintoma histérico e à relação com o corpo, ao mesmo tempo em que anuncia uma aproximação com a epilepsia, o que será debatido em capítulo próprio:

Esta afecção sobrevém, sobretudo às mulheres que não têm relações sexuais e às mulheres de certa idade, mais do que às jovens: com efeito sua matriz é mais leve. Eis como isso ocorre; a mulher, tendo os vasos mais vazios que de costume e estando mais cansada, a matriz ressecada pela fadiga se desloca, visto que ela está vazia e leve; a vacuidade do ventre faz com que haja lugar para que ela se desloque. Estando deslocada, ela se joga sobre o fígado, adere a ele e se dirige para os hipocôndrios. Com efeito, ela corre e vai para o alto

em direção ao fluido, visto que ela foi demasiado ressecada pela fadiga. Ora, o fígado está cheio de fluido. Quando ela se joga sobre o fígado, ela causa uma sufocação súbita, interceptando a via respiratória que está no ventre. Por vezes, ao mesmo tempo em que a matriz começa a se jogar sobre o fígado, desce fleuma da cabeça para os hipocôndrios, dado a mulher está sufocada; e por vezes, com essa descida do fleuma (ou pituíta, humor frio), a matriz deixa o fígado, retorna a seu lugar e a sufocação cessa... Quando a matriz está no fígado e nos hipocôndrios e produz a sufocação, o branco dos olhos revira, a mulher fica fria e mesmo, por vezes, lívida. Ela range os dentes, a saliva aflui à boca e ela se assemelha aos epiléticos. Se a matriz fica muito tempo fixada no fígado e nos hipocôndrios, a mulher sucumbe, asfixiada.

A histeria, desde as primeiras idéias freudianas, sinalizou uma impotência, uma incapacidade do sujeito de falar daquilo que é seu efetivamente. Genericamente, a histérica sempre apresentou uma série de ações, ou sintomas, que convocavam, principalmente, o soma, tratando-se aí das conversões, para fazer acontecer grandes espetáculos, como temos notícia desde Charcot (FARIAS, 1999), e que continuamos acompanhando, de muitas maneiras, ainda na atualidade. Essa histeria, ou esses sintomas histéricos, que começamos a perseguir, como caminho para compreender os sintomas e que, hoje, não necessariamente, são os mesmos, por terem sofrido algum tipo de atualização, preservam a mesma importância, em relação à direção trilhada por toda a proposta psicanalítica.

Como sabemos, o sintoma comunica nossa relação com o que é da ordem do sexual, ou, dizendo de outro modo, o acesso ao inconsciente, com seu traço maior que é o de ser um “sujeito sexuado”, e, tomando uma das mais simples lições de Lacan, acrescentamos que esse inconsciente deve ser pensado, como uma linguagem, conforme descreve, em vários momentos de sua obra, como, por exemplo, no seminário *Mais, ainda* (1985, p.25).

De modo geral, sabemos que a relação histeria e neurose obsessiva exigiu estatutos que pudessem dar conta de uma etiologia para cada situação. Comenta-se

que, desde sempre, as histéricas sofriam de amnésia, com uma demanda muito mais claramente endereçada ao Outro. Não podemos supor que, na neurose obsessiva, não haja esse endereçamento, embora nesta, o paciente tenha sempre substituído aquilo que, na histérica, aparece na forma de um grande evento a ser compartilhado com uma “platéia”, por uma atuação ritualística e mais silenciosa. Este silêncio é preenchido por labirintos por ele criado, no qual se perde, nas idas e vindas que, para nada mais serve do que para o surgimento de tortuosas práticas, ou rituais, termo mais consagrado, quando se trata destes pacientes. Estes rituais que o ocupam, submetendo-o, cada vez mais, enredando-o a ponto de empobrecer sua própria existência. É interessante pensar que, enquanto assistimos a um esquecimento por parte das histéricas(cos), em relação ao conteúdo responsável pela formação de seus sintomas, encontramos o neurótico obsessivo mais próximo deste conteúdo, mesmo que de forma indireta, tentando se organizar, através de seu comportamento mais rígido, cheio de compromissos com o administrar situações aparentemente carentes de sentido, mas cujo entendimento, poderíamos supor, estaria, exatamente, na produção de sentidos, em relação aos elementos deflagradores desses comportamentos. Em poucas palavras, funciona como uma busca pela via dos rituais, para defender-se e, ao mesmo tempo, tentar encontrar um sentido para algum significante. É nesse caminho que ele se perde em uma profusão de idéias, que são investidas sem qualquer critério lógico-consciente, mas assim o é, para afastá-lo do sentido mais verdadeiro que é da ordem do seu desejo, da sua sexualidade.

Falar de sintoma é colocar em prova o dispositivo psicanalítico, é dar oportunidade, pela via do inconsciente, de produzir trabalho.

O sintoma é essencialmente simbólico, marcado pelo recalque, busca satisfação e efetiva a exigência inconsciente. Cabe, neste momento, introduzir um outro conceito que é o de pulsão, cuja explicação estará sempre presente, ao longo de toda a tese, na qualidade de subsídio essencial, para diversas explicações e merece destaque, de igual modo, nesta etapa do trabalho.

A pulsão representa um conceito limite entre o psíquico e o somático, assim sendo, ocupa o lugar de uma carga de energia com origem motora, atravessando todo o funcionamento psíquico inconsciente do sujeito. Sem grande preocupação etimológica, ou relativa à escolha do termo, cabe registrar que pulsão é a tradução do termo da língua alemã *trieb* e nos remete à noção de impulso. A teoria das pulsões deu lugar àquilo que foi conhecido como o primeiro dualismo pulsional (FREUD, 1910/1988), onde, de um lado, a pulsão esteve ligada à noção de pulsão sexual, fazendo um contraponto à pulsão de autopreservação (o que foi entendido por Freud como via para a preservação da espécie e de si próprio respectivamente). A partir de *Além do princípio do prazer* (1920/1988), Freud estabelece seu segundo dualismo, quando traz a idéia de uma pulsão de vida em contraponto com a pulsão de morte.

Detendo-nos um pouco no texto, *Além do princípio do prazer*, cabe ressaltar que o que é aí colocado, como além do prazer, é o gozo. Freud fala desse gozo, a partir da repetição, que se desdobramos, leva-nos a pensar nos jogos infantis, nos sonhos, nas formações do inconsciente.

Assim, sem nos adiantar, é possível afiançar, desde este momento, que o sintoma deve ser percebido como uma satisfação pulsional não realizada. Embasados Roudinesco, quando nos esclarece:

...sabemos que Friedrich Nietzsche (1844-1900) concebia o espírito como um sistema de pulsões suscetíveis de entrarem em colisão ou se fundirem umas com as outras, e que também ele atribuía um papel essencial aos instintos sexuais, os quais distinguia dos instintos de agressividade e de autodestruição.

Freud nunca fez mistério desses antecedentes. Em sua autobiografia de 1925, referiu-se a Nietzsche e confessou só haver lido muito tardiamente, por medo de lhe sofrer a influência.(ROUDINESCO, 1998, p.628)

A dimensão da pulsão esteve, desde sempre, ligada à noção de libido e à de narcisismo; pulsão, na sua qualidade de impulso de “levar a”, de mover, ou, redundantemente, de pulsar, aliás, poder-se-ia dizer que ela existe, porque se representa. A libido, em uma definição inicial, é representada pela energia sexual que, em um aspecto narcísico, considera a própria pessoa como objeto; no sentido objetual, toma um objeto do exterior. Ambas pertencentes às pulsões sexuais, em um contraponto com as pulsões do ego, denominadas de interesse. Nessa interdependência de conceitos, somos levados à dificuldade, em distinguir um estatuto, entre essas pulsões, considerando que Freud (1914/1988) se refere, em alguns momentos, à libido do ego. De qualquer maneira, podemos falar da libido, como energia da ordem da pulsão, com origem nas zonas erógenas; o ego, como aquele que guarda a energia e a socializa com todos os investimentos do sujeito. Tratando-se de investimentos, vale ressaltar que a palavra alimenta esses investimentos na qualidade de representação.

Sabemos, pois, que a descoberta de formações substitutivas, o entendimento da relação do sintoma, com o inconsciente, não constituiu tarefa fácil para Freud (1896/1987), até que este pudesse asseverar que o sintoma detinha a função de atender à realização de desejo. Nesse sentido, tornou-se possível equivaler os sonhos, por exemplo, às grandes *performances* das pacientes histéricas. Equivaler significa dizer que esses acontecimentos pertenciam ao campo das formações do

inconsciente, o que muito contribuiu para o entendimento do neurótico. Na *Interpretação dos Sonhos* (1900/1988), Freud reitera essa não diferença entre sintoma e sonho.

Fazendo uma comparação entre o conhecimento da medicina e o da psicanálise, consideramos importante perceber que, se, na primeira, o sintoma é o anúncio de uma doença, ou, mais exatamente, expõe uma linha reta entre sintoma e doença (aliás, cabe registrar que noção de saúde está associada ao silêncio do corpo orgânico, à ausência de doença); na segunda, o sintoma substitui, com brilhantismo, a doença, assumindo, ainda, a função de promotor de satisfação do desejo do sujeito. Podemos pensar que, na psicanálise, o que se busca não é a doença, mas a própria verdade, ou sentido do sintoma. Se o sintoma é um enigma, ou, dizendo melhor, um significante, assim o é de um não sentido; as patologias figuram como suportes circunstanciais de uma determinada configuração psíquica. Dessa forma, o que se revela não é uma doença, mas o sintoma; e quem está atrás deste é o sujeito do inconsciente. Em uma linguagem lacaniana, a partir do *Seminário sobre "A carta roubada"* (LACAN, 1966/1998), diríamos que, na verdade, o que determina o sujeito não é um único significante solitário. Havemos de pensar que haverá sempre um feixe de significantes articulados, ligados, associados, remetidos uns aos outros, dando vez a um grande aglomerado de possibilidades.

Pensar o sintoma, na psicanálise, como da ordem de um inconsciente articulado à linguagem, favorece-nos a compreensão. Sua origem em nada difere de tantas outras formações inconscientes, além de estar sempre reeditando sua relação com a ordem do sexual. É interessante não negligenciarmos, em relação ao sofrimento do sujeito, ao atribuirmos à doença um papel coadjuvante, ou um desempenho figurativo em relação ao sintoma. O viés psicanalítico nos permite

reconhecer o lugar ocupado pelo sintoma, desprezando, ou reconhecendo que ali está o sujeito que, efetivamente, padece com suas idéias, anestésias, ou quaisquer outras manifestações nas quais o soma seja convocado. Não percamos de vista que esse sofrimento é real, embora seu entendimento conte com possibilidades de compreensões diferentes, além de uma afecção somática com características muito particulares.

Em poucas palavras, existirá o mesmo nível de padecimento, seja em uma patologia orgânica, propriamente dita, ou algo da ordem do psíquico, invadindo esse mesmo soma, no entanto, se de um lado, o que protagoniza é uma doença real, que precisa ser atacada, para resgatar a saúde do indivíduo, por outro, temos um percurso que conta com a linguagem e essa linguagem vai se voltar para o desejo, para a sexualidade do sujeito, que não a experienciou de uma maneira que pudesse, minimamente, permitir uma existência sem a presença de sintomas mais graves e que produzem tanto sofrimento. Tais sofrimentos impedem os sujeitos de deslizarem, de uma forma menos penosa, na cadeia significativa e na produção de sentidos. Por mais que tentemos inovar, o sentimento de redundância, em relação à compreensão do sentido, é patente, considerando que tecer qualquer reflexão sobre o assunto, sempre remeterá ao sexual do sujeito.

Em se tratando do sintoma, em uma reflexão acerca do comparecimento do soma, é sem dúvida, pertinente lembrar da histérica e daquilo que fica a cargo de seu corpo. Parece interessante aproveitar esta oportunidade, para traçar uma comparação, entre o corpo histérico e aquilo que o impõe, o fenômeno psicossomático. Nesse sentido, registramos as palavras de Colette Soler:

Certamente a cena de sedução fantasiada pelo sujeito histérico também é um corpo a corpo. Mas é um corpo a corpo que responde à

pergunta do desejo para a evocação do prazer fálico. Em oposição, pode-se dizer que o que se inscreve no fenômeno psicossomático é um rasgo de gozo do Outro, o que nos conduziria a uma distinção entre sintoma e o fenômeno psicossomático: um como insígnia do sujeito, o outro como insígnia do Outro, no corpo como o Outro. Trata-se de um “gozo imposto” que Patrick Valas comentava esta manhã, essa presença opaca deste objeto conservado no fenômeno psicossomático diria respeito a um eixo que faz o fenômeno psicossomático ser encontrado nas diferentes estruturas - psicótica, perversa ou neurótica - (..)(1994, p. 59, tradução nossa)¹

Levando em conta sempre o caráter sexual, o desejo e a linguagem, em relação a esta última, logo somos levados a pensar nos seus tropeços, sendo, a partir deles, que podemos encontrar a possibilidade clínica buscada pela psicanálise, o que faz toda a diferença em relação à clínica médica. Se não podemos associar sintoma-doença, como se costuma apresentar na clínica médica, fica à clínica da psicanálise uma empreitada complicada que é a de se dar conta de que cada paciente, apesar de todas as eventuais semelhanças de sintomas verbalizados por eles, exige do analista a posição de um arqueólogo, que busca algo singular, jamais suposto e muito menos encontrado.

Uma queixa ouvida na clínica, por mais “calejados” que possam estar nossos ouvidos, considerando que um mesmo discurso pode ser tantas vezes repetido, não deve contaminar a escuta profissional e nem implicar diagnósticos prévios, a partir do que é facilmente apresentado nas primeiras sessões; não sejamos tentados pela sedução de pacientes, nem venhamos a cair no engodo de encarnar esse lugar de

¹ Ciertamente la escena de seducción fantaseada por el sujeto histérico es también un cuerpo a cuerpo. Pero es un cuerpo a cuerpo que, aun realizado, responde a la cuestion del deseo por la evocación del goce fálico. En oposición se puede decir que lo que el fenómeno psicossomático inscribe es un rasgo del goce Otro, los que nos conduciría a una distinción entre síntoma y fenómeno psicossomático: uno como insignia del sujeto, el otro como insignia, digamos más bien con la expresión “goce impuesto” que recordaba Patrick Valas esta mañana, así como con la presencia opaca de este objeto conservado en el fenómeno psicossomático y esto iría bien con el hecho de que el fenómeno se encuentra en las distintas estructuras – psicóticas, perversas o neuróticas - (..)

“suposto saber”; na verdade, é imposto ao analista paciência, perseverança e sua escuta. Talvez, possamos comparar a sensação do analista com a do médico que, pela primeira vez, ouve o relato de um paciente e não consegue fechar um diagnóstico, porque esse relato não atende a nenhuma situação da clínica antes experimentada por ele. Obviamente que se trata de um exercício de difícil realização, porém necessário, pois é através desse endereçamento do paciente, como disséramos antes, que poderá ser acolhido o sujeito. É a exigência de uma escuta exclusiva do que traz o paciente e, nessa qualidade, cheio de não-ditos, de nuances em que o dispositivo analítico encontrará lugar. O analista terá que ouvi-lo, servindo-se do expediente transferencial, para a realização de sua clínica.

Atender a modelos cientificistas se torna tarefa cada vez mais distante para a proposta psicanalítica. O máximo que conseguimos, em psicanálise, é descrever configurações, determinados comportamentos que, na verdade, para nada servem. Qualquer generalização, ou apreensão de pacientes, em uma classificação da nosográfica, configura uma conduta pretenciosa e, clinicamente, sem qualquer efeito terapêutico. Pelo contrário, corre-se o risco de, confortavelmente, instalarmos, ou encerrarmos o paciente, fornecendo-lhe um nome para o seu sofrimento o que, talvez, contribua para a resistência, submetendo-o, mais facilmente, às imposições inconscientes do gozo.

Uma questão que se coloca, diz respeito à literatura psicanalítica, quando menciona uma classificação que inclui: histerias, neuroses obsessivas, além de outras entidades clínicas pertencentes a estruturas diferentes. O que está em questão é que se, de um lado, não podemos negar alguma classificação, que integra o discurso psicanalítico, por outro, estes “nomes” (ou classificações) não passam de significantes que serão desvelados em cada experiência clínica. O perigo de uma

fixação, em qualquer tipo de classificação, é a ameaça à produção, dentro do processo analítico, por impregnar a escuta do analista, que não poderá estar em uma posição de poder dispor de sua atenção, de forma flutuante, como se espera dele, contaminando sua função de facilitador da “associação livre”.

A histérica sempre representou um bom exemplo de como um sintoma pode ser experimentado por outros, tendo em vista sua facilidade, para capturar o sintoma do Outro e reproduzi-lo. A sedução histérica, reiteradamente, deve ser lembrada, como um perigo iminente à escuta do analista.

Freud *apud* Quinet (1998, p.86), tentou oferecer à psicanálise uma posição confortável, como ciência, e, para tanto, buscou, o mais possível, localizar, mais precisamente, o ponto crucial do trauma, tentando oferecer um caráter menos etéreo à psicanálise e provê-la com um caráter mais científico, capaz de prever, capaz de ser reproduzido com a intenção de se aproximar do saber da medicina, naquilo que esta oferecia mais concretamente. Esta tentativa não logrou o sucesso esperado, graças à singularidade típica do inconsciente, conforme nos atesta Quinet.

Freud acabou vendo que esse trauma, nós só poderíamos inferi-lo ou supô-lo e que ele acabou desenvolvendo a teoria da fantasia. Essas cenas traumáticas não deixam de ser traumáticas porque são da ordem da fantasia, pois fazem parte da realidade psíquica do sujeito. Então, por aí Freud abandonou essa busca de um real, digamos histórico, que pudesse realmente mostrar “eis aí donde tudo vem”. (...) Freud sempre guardou uma referência dentro de sua teoria do sintoma, algo realmente de um real traumático inapreensível cuja decifração do sintoma não dá conta, por mais que se decifre e que podemos encontrar apontando numa fantasia. Numa fantasia, por exemplo, de um encontro traumático do sujeito, tem algo que aponta um real, e que o sujeito vai ter que se virar com aquilo. O sujeito vai ter que se virar com o real do sexo e, porque não quer saber disso, faz o sintoma. (QUINET, 1998, p.86)

O sintoma é, claramente, a matéria-prima para se pensar o inconsciente. É a ferramenta primeira do trabalho psicanalítico, a começar pelo próprio analista (na

qualidade de sintoma), que, mesmo antes, quando não conhece seu paciente, já ocupa uma posição significativa, mesmo que seja, simplesmente, um nome para seu futuro analisando, indicado por alguém. Desde o primeiro rasgo de aproximação do analisando com esse Outro, a posição deste começa a ser delineada. É sabido que, em uma sessão de análise, solicitamos ao analisando que informe tudo o que lhe passa pela cabeça, sem preocupação com algum ordenamento, alguma lógica, algum julgamento do que é ou não importante. Tarefa difícil de ser cumprida pelo analisando, que conta com todo o seu arsenal defensivo, ficando impedido de atender, com prontidão, ao dispositivo proposto, dando vez a uma empreitada difícil, na qualidade de uma clínica psicanalítica, em direção à superação de resistências impostas pela instância consciente do sujeito. Essa consciência acaba se erguendo, em prol de uma defesa, tantas vezes reeditada contra o desejo.

Não podemos, no entanto, supor que a resistência tenha um aspecto puramente negativo. A resistência se faz presente e, sem se dar conta, revela ao analista um ponto importante para o trabalho, um ponto disparador. Damos-nos conta de que, onde há resistência, há recalque e esse recalque proporciona trabalho, exige a escuta do analista, para que se possibilite o levantamento desse *modus operandi* da defesa. Em relação às resistências a serem vencidas, em um processo analítico, devemos de atentar para as resistências do ego, que se apresentam como: resistência de regressão, resistência de transferência, a compulsão à repetição, não esquecendo o benefício inconsciente trazido pela própria doença, através dos ganhos secundários, e a resistência do superego com o sentimento de culpa demandando castigo. Desse modo, encontramos o ego que, frente ao perigo, dá vez à angústia.

O sintoma é conseqüência do processo de recalçamento, emanado do ego, que se recusou a uma associação com um investimento pulsional com origem no id. Recalcando, o ego impede que a idéia, que porta o impulso, chegue à consciência. A consciência busca auxílio junto ao princípio do prazer, para se impor junto ao id.

A anulação retroativa e o isolamento constituem atividades do ego na qualidade de substitutos do recalçamento. Visam a anular o que foi feito e isolá-lo. A primeira busca apagar o acontecimento e suas conseqüências. Tratando-se dos neuróticos obsessivos, encontramos uma preocupação racional, para evitar o surgimento de determinado evento recalçado, tentando anulá-lo retroativamente. Devemos lembrar que, para o neurótico obsessivo, por exemplo, render-se ao processo analítico não é tarefa fácil, pois aí encontramos um ego sempre em prontidão, responsável pelos isolamentos mais radicais, como resultado de um duelo acirrado entre o id e o superego. Ao dificultar o trabalho com a “associação livre”, o neurótico obsessivo se mantém obediente ao tabu, que remete ao horror, ao incesto representado pelo totem que tem toda uma relação com um clã. Lembremos que toda violação das regras do clã é punida, severamente, por todo o grupo, o que o faz, por exemplo, racionalizar, maniacamente, para não se confrontar com seu desejo insatisfeito.

O neurótico obsessivo se submete a exigências que lhe são impostas. Todos os caminhos nos levam à descrição de seu sintoma, como aquilo que tem lugar na relação com a evitação de uma situação perigosa, o que é amplamente discutido por Freud em *Inibição, Sintoma e Angústia*, quando registra a relação entre sintoma e ansiedade:

O que nos resta agora é considerar a relação entre a formação de sintomas e a geração de ansiedade.

Parece haver duas opiniões amplamente sustentadas sobre esse assunto. Uma é que a ansiedade é um sintoma de neurose. A outra é que existe uma relação muito mais ampla entre as duas. De acordo com a segunda opinião, os sintomas só se formam a fim de evitar a ansiedade: reúnem a energia psíquica que de outra forma seria descarregada como ansiedade. Assim este seria o fenômeno fundamental e o principal problema da neurose.

Que esta segunda opinião é pelo menos em parte verdadeira é demonstrado por alguns exemplos marcantes. Se um paciente agorafóbico que tenha sido acompanhado até a rua por ali deixado sozinho, ele produzirá um ataque de ansiedade. Ou se um neurótico obsessivo for impedido de lavar as mãos após ter tocado em algo, ele se tornará preso de uma ansiedade quase insuportável.(...) Nesse sentido, toda inibição que o ego impõe a si próprio pode ser denominada de sintoma. (FREUD, 1926/ 1980, p.168)

As palavras de Freud reiteram que os sintomas surgem, para salvaguardar o ego de situações, quando o perigo se avizinha. É, graças ao surgimento do sintoma, que o perigo não se concretiza. É a manutenção da barreira do sujeito.

Encontra-se, no ensino lacaniano, uma equivalência entre o sintoma e o significante, ligado a um significado, que foi recalcado da consciência, integrando a linguagem que se faz aparente, embora esta não tenha a menor intenção de deixar parecer que alguma outra coisa, da ordem do desejo, ficou imersa, em outras palavras, qualquer leitura superficial do discurso leva o tratamento ao vazio. Observemos uma vez mais , a afirmação de Quinet:

Isso significa que a verdade só aparece ao ser desvelada no processo e, segundo ela mesma comporta ainda algo de um desvelamento. Daí Heidegger dizer que a verdade sempre participa do enigma. A verdade participa do enigma, da dissimulação, da esquiva e que, nesses termos que ele usa, Lacan vai dizer que a verdade é como um pássaro que tentamos pegar com sal e que está sempre voando, fugindo, escapando. A verdade do sintoma tem algo que, ao mesmo tempo, revela, desvela, não vela. E quando algo dessa verdade vai ser produzida, passada no seu deciframento, ou seja, na própria linguagem, nós não vamos apreendê-la toda. O que faz Abel dizer que a verdade tem uma estrutura de ficção. O sintoma também é uma ficção. (QUINET, 1998, p.88)

Quinet chama nossa atenção para o uso do significante “ficção”, no sentido de “fixão”, grafado com a letra “x”, em uma referência à fixação ao gozo.

Dessa forma, pensamos o sintoma como um rasgo, ou, simplesmente, como um representante nada translúcido da verdade. Reconhecemos que ela não está à disposição, para ela não caminhamos com facilidade. Na qualidade de integrante da estrutura de uma linguagem imperfeita, cheia de lacunas e que tudo faz para manter no limbo o desejo do sujeito, o sintoma pretende, exatamente, proteger o sujeito (do inconsciente). À análise, resta se contentar e trabalhar com essas palavras, que estão longe de constituírem um discurso fidedigno, em relação à verdade do sujeito. Essas palavras, que pretendem enganar, e, quando, para a sorte do trabalho analítico, claudicam, tornam possíveis pontuações do analista, na tentativa de desfazer algum “nó” que, até aquele momento, tenha mantido, prisioneiro a ele, todo um conteúdo sexual, ou toda uma condensação de cenas. Nesse ponto, quem sabe, possa ser produzido algum progresso no tratamento. Para tanto, esclarece-nos Farias:

Em suma, a defesa, atuando sobre as representações inaceitáveis, faz com que o sintoma seja uma via de descarga. Deste modo, o sintoma mantém uma ligação com a representação expulsa da consciência e com a força psíquica que responde por tal expulsão. (FARIAS, 1993, p.60).

Muitos mecanismos de defesa merecem registro: a) as formações reativas que tudo fazem para afastar o desejo de certa direção, fazendo o sujeito adotar uma posição oposta a seu desejo. Exemplificando, lembraríamos as manifestações excessivas de ternura e superproteção que eclipsam desejos agressivos bastante intensos de mães em relação aos seus filhos; b) as projeções que implicam distorções em relação ao mundo externo e interno. Em tais distorções, localiza-se,

no Outro, todo um material que é do próprio sujeito, chegando ele a acreditar, sem desconfiar, que aquilo que é atribuído a esse Outro não cabe, ou pertence a si próprio, com toda a justeza. A projeção oferece um elaborado tratamento àquilo que não reconhecemos como nosso, permitindo-nos considerar esse material deslocado, condenável, sem nenhuma implicação pessoal com a questão; c) nas regressões, verificamos uma primariedade de comportamentos. Nelas, o que está em questão é a dificuldade de “bançar” uma situação mais adulta, que proporcionaria alguma perda, que, até então, garantia ganhos importantes para o sujeito, e d) a racionalização, como defesa, encontra, em muitas situações da clínica, um lugar bastante destacado, por permitir que o analisando possa se servir de uma argumentação bem construída, com toda uma roupagem intelectual, que se presta a uma análise explicativa de seu padecimento, afastando-o da proposta da associação livre de idéias. Constatamos em tal mecanismo, a submissão do irracional em relação ao racional. Os discursos morais e científicos servem como bons exemplos para esse expediente defensivo.

Freud, na Conferência XXXI, *A Dissecação da Personalidade Psíquica*, ensina-nos:

No id, não existe nada que corresponda à idéia de tempo; não há reconhecimento da passagem do tempo, e – coisa muito notável e merecedora de estudo no pensamento filosófico – nenhuma alteração em seus processos mentais é produzida pela passagem do tempo. Impulsos plenos de desejos, que foram mergulhadas no id pelas repressões, são virtualmente imortais; depois de se passarem décadas, comportam-se como se tivessem ocorrido há pouco. (FREUD, 1933/ 1988, p.95)

Assim, defendendo a atemporalidade desse id e, portanto, abolindo a dimensão temporal desse contexto, estabelece-se uma relação entre o tempo e o sintoma, na clínica, tornando possível pensar que o tempo, na análise, está bastante

próximo da transferência. No *a posteriori* do trabalho analítico, é que se pode construir a ficção do tempo do sujeito, trata-se da subjetividade, não só do sujeito, mas do tempo. Consoante com tal idéia, explicita-nos Clastres:

O que a psicanálise oferece ao sujeito, na transferência, é medir pela palavra seu estar no tempo. O tempo, nas diferentes estruturas clínicas, é o tempo em que se constitui o ser do sintoma. Assim, uma histérica pode dizer: sou ou serei? Momento em que o ser se divide ante a questão do sujeito. Ao que faz eco o obsessivo que afirma: eu já estou morto, abolindo todo o futuro por achar o desejo impossível e manter este ser na nostalgia de um passado que ele mantém. O fóbico congela o tempo frente à ameaça de ser devorado pelo Outro quando ele aproxima o limite que protege o imaginário de seu ser, logo ele crê que ele não se fragmenta neste momento quando a angústia o agarra. Na perversão, a repetição da cena do fantasma fixa o desejo do sujeito à vontade do gozo. Este o encontra com o desejo do Outro podendo turvar a repetição do cenário pela angústia que ela deflagra(...) Na psicose o tempo é abolido ou projetado num futuro irreal, mas redentor(...). (CLASTRES, 1994, p.27, tradução nossa)²

A transferência, como dispositivo analítico (eixo construtor do campo de trabalho junto ao inconsciente), aquela que, de obstáculo, passa a motor do trabalho analítico, não se restringe ao *setting* analítico, mas tem a ver com a estrutura libidinal do sujeito, que concerne à transferência de saber.

² Ce que la psychanalyse offre au sujet, dans le transfert, c'est de mesurer par la parole son être au temps. Le temps, dans les différentes structures cliniques, c'est le temps où se constitue l'être du symptôme. Ainsi, une hystérique peut-elle dire: Est-ce que je suis déjà ou est-ce que je vais être? Moment où l'être se divise devant la question du sujet. A quoi fait écho l'obsessionnel qui affirme, lui: Moi, Je suis déjà mort, abolissant tout futur pour rendre le désir impossible et maintenir cet être dans la nostalgie d'un passé qu'il retient. Le phobique, lui ou elle, fige le temps devant la menace d'une dévoration par l'Autre quand il approche la limite que protège l'imaginaire de son être dont il craint qu'il ne se morcelle dans ce moment où l'angoisse le saisit. Dans la perversion, la répétition de la scène du fantôme fixe le désir du sujet à sa volonté du jouissance. Seule, la rencontre avec le désir de l'Autre peut venir troubler la répétition du scénario par l'angoisse qu'elle déclenche(...) Dans la psychose, le temps est aboli ou bien projeté dans un futur irréel mais rédempteur(...).

Tomando a transferência, a partir da composição do seu termo (HANS, 1996, p.412), encontramos o prefixo *über*, da língua alemã, traduzido como o movimento em direção a algo, ou, como uma indicação de uma ação excessiva, bem como a repetição/revisão da ação anterior; o radical *trag* que pode ser traduzido por “carregar”, “sustentar”, “portar” e finalmente, *ung* que, na qualidade de sufixo, corresponde, de certa maneira, a “ção”, o que nos permite reunir em torno do conceito, entre outras possibilidades, termos como: movimento em direção ao objeto, à repetição e sustentação.

Tratar do assunto transferência, na análise, é voltar-se para um jogo entre desejo e defesa, representação e não representação, uma vez que transferência e resistência caminham lado a lado. Na direção da clínica, busca-se a ferramenta da “associação livre”, que não é livre, na medida em que esbarra na impossibilidade de dizer tudo, na compulsão à repetição e no insuportável para o sujeito. De qualquer maneira, é a partir da transferência que, em um trabalho analítico, surge um sujeito construído de marcas pulsionais mediatizadas pela ordem simbólica. Quando tratarmos, em capítulo posterior, de questões da clínica, voltaremos à reflexão sobre a transferência que, se não mencionada, inviabiliza qualquer discussão desse tipo.

Voltando à questão do sintoma, podemos pensá-lo como a emergência do simbólico no Real. O Real, esse buraco equivalente ao recalcado. Quando falamos do sintoma, como essa emergência, referimo-nos, por exemplo, à entrada na clínica. Quando o paciente começa a falar, é o sintoma que toma a cena, na qualidade de uma queixa dirigida ao Outro. O sintoma carrega todo um caráter produtivo para o trabalho. Nele, o papel desempenhado pelo eu é ativo. O sintoma, desde a elaboração freudiana de 1895, na correspondência a Fliess, era entendido como a atividade sexual do neurótico (FREUD, 1895/1987). Essa atividade sexual,

carregada de dificuldades, para ser exercida, dá lugar a formações de compromisso que surgem no lugar do desejo inconsciente. Essas formações vêm ao encontro da defesa, que tenta manter o recalçado. É, nesse sentido, que podemos afirmar que desejo e defesa estão expressos no sintoma. A formação substituta aparece, como uma solução, no contexto de um conflito psíquico.

Kompromißbildung é traduzido por “conciliação”, ou “formação de compromisso” (HANS, 1996, p. 246). De modo geral, consideram-se, assim, as formas assumidas pelo conteúdo recalçado, para ser integrado ao consciente, fazendo-se presente nos sintomas, nos sonhos, nos lapsos, nos chistes, seja qual for a formação inconsciente. Vale dizer que esse material recalçado passa a não ser reconhecido. Nas formações de compromisso, podem conviver o desejo inconsciente e as exigências defensivas e, para tanto, servem-se de deslocamentos, de condensações e de conversões.

Lacan (1953, 1998, p.237), no texto *Função e campo da palavra e da linguagem na psicanálise*, afirma que “o sintoma é palavra dirigida ao outro, enigma em busca do seu deciframento, hieróglifo à procura de um sujeito suposto saber ouvi-lo e dar-lhe uma interpretação”. A questão que se impõe é que o sintoma se disfarça, para se dirigir em relação ao reconhecimento do desejo recalçado. Atentemos para as palavras de Neuter:

Onde situar o sintoma nesta estrutura? É a pergunta que Lacan se faz em seu segundo “*Discurso de Roma*” (1974). Trabalhando sobre a planificação do nó borromeu com três aros, ele situou o sintoma essencialmente no Simbólico, parcialmente no Imaginário e marginalmente no Real. (...) o sintoma representa o sujeito para outro significante, e na medida em que ele é pleno de sentido. Neste segundo Discurso de Roma, Lacan acrescenta contudo uma dimensão nova ao sintoma, sua relação com o Real. “*Chamo sintoma, diz ele então, o que vem do Real*” e ainda “*o sentido do sintoma, é o Real*”. (...) escrita a partir do seminário RSI, ele situa desta vez o sintoma no

Real(...) “ *sintoma é o efeito do Simbólico no Real*”. Por ocasião das conferências nas americanas, em 1975, ele acrescentou que o sintoma era: “*o que as pessoas têm de mais real*” e também “*a nota própria da realidade humana*”. No mesmo ano, 1975, Lacan definia o sintoma como sendo “*o modo como cada um goza do inconsciente enquanto que o inconsciente o determina*”.(NEUTER, 1994, p. 248-249)

O sintoma é pensado por Lacan, como o quarto aro do nó borromeu, como integrante da estrutura. Segundo ele, “A ex-sistência do sintoma é implicada pela própria posição, pelo laço do Imaginário, do Simbólico e do Real. Sem este quarto aro(...) é a perversão”. (NEUTER, 1994, pp. 248-249)

Finalmente, quando pensamos na análise e no que se espera desse tipo de percurso, podemos concluir que o que se busca, nesse tratamento, não é a erradicação de sintomas do universo psíquico do sujeito, mas uma possível eliminação daqueles sintomas que, de muitas maneiras, causam sofrimento ao analisando. O que é possível fazer é, talvez, tornar a existência do paciente mais possível, mais produtiva e menos penosa, ainda que outros sintomas persistam, ou mesmo surjam, mas, desta vez, serão encarados como sintomas que fazem parte da estrutura de qualquer sujeito, a partir de uma perspectiva analítica, que considera a convivência pouco amistosa entre as instâncias psíquicas.

Por último, torna-se importante registrar que a psicanálise não é uma psicologia do ser, volta-se para uma epistemologia, onde o ser não consegue o que deseja, contentando-se com satisfações secundárias. A posição da teoria freudiana é que o desejo é inatingível, inacessível, pois, para ele, o sujeito deseja, porque inicialmente, anterior a ele, há uma falta. Na trilha de uma falta, de um desejo e, principalmente, de um desejo insatisfeito, encontramos o sintoma, que motivou o presente capítulo.

3. Variantes clínicas da compulsão

No presente trabalho, focaliza-se a noção de compulsão, em uma articulação com a clínica. Para tanto, parece-nos útil recorrer, inicialmente, à definição do termo, fornecida por Hans (1996, p.101) no *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise*, assim apresentada:

“Compulsão, Obsessão, Pressão: *Zwang*
 E: compulsión
 F: censure, compulsion, obsession, contrainte
 I: compulsion

Tomado isoladamente e apenas no sentido coloquial, *Zwang* tem um significado diverso de “obsessão” e “compulsão”. Não remete nem aos aspectos de fixação, mania e perseguição da palavra “obsessão”, nem ao aspecto de uma ação irrefreável e incontrolada, que brota no sujeito e o faz agir, contido na palavra “compulsão”.

Apesar de na linguagem psiquiátrica os termos terem sentido próprio, autônomo em relação ao uso coloquial, e designarem quadros sintomatológicos determinados, do ponto de vista lingüístico as composições com *Zwang* evocam a imagem de um sujeito sendo obrigado, contra a sua vontade, a agir ou pensar de determinada forma (HANS,1996, p.101).

O termo *Zwang* é apresentado, como ato de compelir, obrigar, de uma coação contra a qual o sujeito não pode se insurgir, algo efetuado com violência, encurralando-o, deixando-lhe, apenas, uma única direção a seguir. Relacionar os sentidos de comprimir, ou de espremer, como a uma fruta, são explicações do texto

transcrito acima, que trata, ainda, da reação de algo exterior que nos impele à ação, mesmo que este algo exterior seja de origem interna, investido de certa autonomia.

Encontramos em *O estranho* (1919/1988) e em *Mais além do princípio do prazer* (1920/1988), momentos nos quais Freud se interroga sobre a repetição, servindo-se de exemplos bastante conhecidos, como a brincadeira do seu neto (Ernst), quando sua mãe se ausentava. Nessas ocasiões, o menino atirava para longe objetos, que estavam ao seu alcance, ao mesmo tempo em que pronunciava um “o-o-o” que nos remete ao significado alemão *Fort* (fora). Depois de um tempo, a brincadeira foi sofisticada e, com um carretel, o menino acrescentou-lhe uma segunda parte. Assim, arremessava o carretel e puxava-o, ao mesmo tempo, pronunciando um “da” (aqui). A brincadeira do Fort/Da levou Freud (1920/1988) a afirmações pertinentes a este capítulo. Esta representação da separação da mãe, com sentimento de desprazer, situação repetida inúmeras vezes, reitera a noção de repetição, no sentido de verificar, ainda, que esta tomou o lugar de ganho, para que a criança suportasse a dor da separação. A repetição se tornou portadora de um prazer, que passa a estar ligado, em um circuito reduzido, ao próprio ato repetitivo. Dizendo, de outra maneira, o prazer está na repetição.

Talvez pareça prematuro, mas importante, solicitarmos, desde já, uma atenção especial, para um grande desafio da clínica, a ser discutido mais adiante, que caminhará na direção do rompimento deste circuito. Outros exemplos, como a necessidade de voltar a determinados lugares, a repetir determinadas situações, serviriam para ilustrar episódios de repetição. A repetição foi sempre uma preocupação e um conceito, com raízes na psicanálise, chegando a ser descrita como a “pulsção da teoria” (KAUFFMANN,1996, p.448), aproximando-a da noção

de inconsciente que, pelo seu lado, está dinamicamente alimentado pela repetição, vulnerabilizando o sujeito.

O termo compulsão esteve presente em muitos dos textos freudianos, entre os quais destacamos: os *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905/1988), *Atos obsessivos e práticas religiosas* (1907/1988), *Notas sobre um caso de neurose obsessiva* (1909/1988), *Reflexões para os tempos de guerra e morte* (1915/1988) e *O futuro de uma ilusão* (1927/1988). Seu sentido, nestes textos, passa pela noção de imposição ou coação, seja para o agir, ou para não fazê-lo.

Uma discussão não original, mas aconselhável nesta tese, é a reflexão acerca da questão do por que repetir e, principalmente, se esta repetição está, necessariamente, dirigida ao fracasso. Pode-se, por exemplo, encontrar, no texto de Freud de 1930, *Mal estar na civilização*, uma atribuição, de certa ordem, a um determinado conjunto de elementos.

O termo “compulsão à repetição” aparece no *Mal estar na civilização* (1930/1988), embora desde 1894, em *As psiconeuroses de defesa*, Freud (1894/1988) tenha empregado o termo “representação coercitiva” (Zwangsvorstellung) e, em 1895, desta vez, no *Projeto para uma psicologia científica*, tenha apresentado uma reflexão sobre a facilitação (Bahnung), que traz a possibilidade de pensar a repetição, atendendo ao princípio do prazer, como uma economia de energia psíquica, traduzida por uma tendência a percorrer uma trilha já aberta. Resumidamente, o que se busca, na repetição, é encontrar o objeto perdido, mas que é sabido que não poderá ser jamais encontrado. Encontram-se, assim, substitutos, compondo o mundo dos objetos. Na clínica, sabemos que o que se repete é o sintoma, intimamente articulado à linguagem, através da qual se persegue a chance de produção de trabalho.

É importante pensar que, pela via do sintoma, o paciente comunica seu sofrimento. A repetição parece comparecer, como insistência, para fazer presente e vivo o sintoma, o não sentido, dando vez ao campo da repetição, pela falha da defesa e fazendo o caminho do retorno do recalçado.

Até que ponto a repetição é superável? Pode-se pensar a questão da repetição, sob a égide da estrutura, com o *status* de insuperável, estrutural, confundida com a própria estruturação do sujeito, impondo à psicanálise uma contingência, que é a de algo da ordem de uma outra subjetivação e, como tal, com maus prognósticos para o tratamento? Até que ponto o ganho ofertado pela repetição pode caminhar para uma cronificação, chegando a confundir-se, como já foi enunciado, com a própria estrutura.

Neste momento, talvez seja possível retomar a noção de compulsão, crendo que, no que se refere à repetição, esta tem um papel importante, promovendo um distanciamento, no que tange à repetição, na dimensão do sintoma e sua função, no terreno do que nomeamos de patologias contemporâneas, ou patologias do ato. Nestas últimas, a compulsão, mais e mais, vem-se tornando, salvo melhor juízo, o suporte do funcionamento psíquico, chegando a representar o próprio motor da sobrevivência psíquica do sujeito.

As noções de compulsão e repetição foram unidas, desde cedo, para tentarem responder ao processo inconsciente que leva o sujeito a uma infinita reedição de atos, pensamentos e idéias que estão intimamente ligadas ao campo das pulsões.

Lembrando, sempre, da literatura psicanalítica, para melhor subsidiar nossas ponderações, encontramos, no *Projeto para uma psicologia científica* (Freud, 1895/1988), o registro dos pacientes histéricos submetidos à compulsão, a partir de idéias excessivamente intensas. Considerando que no referido texto, é discutida a existência de partículas materiais diferentes e classificadas em três sistemas *phi*, *psi* e *ômega* (o primeiro deles, com toda a sua permeabilidade, o segundo, impermeável e, finalmente, o terceiro, como um sistema perceptual), observamos a preocupação com a inter-relação - mundo interno e externo - e, por conseguinte, a impossibilidade de um desvelamento capaz de dar conta das influências intra e interpessoais. A idéia de repetição, com todo um caráter inexorável, foi apresentada por Freud a Fliess, na carta 71, quando afirma:

Verifiquei, também no meu caso, a paixão pela mãe e o ciúme do meu pai, e agora considero isso como evento universal no início da infância (...). Mas a lenda grega capta a compulsão que toda pessoa conhece (...). Cada pessoa da platéia foi, um dia, em germe ou na fantasia, exatamente um Édipo como esse, e cada qual recua, horrorizada diante da realização do sonho aqui transposta para a realidade(...).(FREUD, 1897/1988, p.365).

Em *Recordar, repetir, elaborar*, Freud (1914/1988) registra que o esquecimento, seja de cenas, ou de experiências, pode ser pensado como um bloqueio destas e, assim, o paciente não se lembra do que bloqueou, ou recalcou, mas produz atos ou numa linguagem que nos é próxima, dá vez a uma “passagem ao ato”, como forma encontrada pelo sujeito para passar inconscientemente ao ato, não permitindo a verbalização da lembrança recalcada. Uma vez mais, deparamo-nos com a repetição representada pela atuação com o objetivo de fugir de uma compulsão que possa promover qualquer aproximação com a lembrança.

O que se vê, portanto, não é uma lembrança, mas uma ação que tenta substituir uma situação anterior. Assim, o paciente se submete à compulsão de repetir, para não lembrar. Nesta dimensão, a transferência é formulada, como fragmento desta repetição, cabendo ao analista a importância de promover o seu manejo, em direção a um tratamento. Tal transferência vai colaborar, no processo terapêutico, considerando que ali existe resistência, na medida em que uma rememoração implica um aspecto sexual do qual o paciente sentiria vergonha. Nela, será circunscrito um campo, onde a compulsão se torna útil, quando a resistência poderá ser revelada, como primeiro passo para vencê-la, dando vez ao tratamento. Vale registrar que, quando nos encontramos frente a uma resistência, no seu máximo de atuação, o analista pode promover uma aproximação com os impulsos pulsionais, permitindo à elaboração associar-se com a ab-reação das cotas de afeto estranguladas pelo recalçamento.

Em *Mais-além do princípio do prazer*, Freud (1920/1988) dá à compulsão a repetição, o *status* de fenômeno clínico, atribuindo-lhe, ainda, as características da pulsão e mostrando que algo desagradável pode ser acolhido e trabalhado, particularmente pela mente, dando vez a uma compulsão. Essa compulsão que, pela via da pulsão, faz repetir a dor, impondo uma regressão. Seja qual for o conteúdo recalçado, Freud supõe uma tendência à origem, a um estado de não vida que passou pela morte.

Tentemos, aqui, um recorte em relação à literatura psicanalítica, que se dedica à compulsão e que a inclui em uma dimensão bastante ampla, no que diz respeito ao funcionamento psíquico (a neurose obsessiva é um grande exemplo), para nos permitir uma dedicação, como anunciado, anteriormente, às patologias

contemporâneas. Nossa intenção é demonstrá-la (compulsão), como representante único de determinados comportamentos.

Assim sendo, referindo-nos ao exemplo tirado da ficção, onde o personagem Bartleby reduziu seu verbo à expressão “preferiria não”, o que o levou a um processo de recusa, em relação a qualquer dialetização possível, no entrosamento com outras pessoas e, principalmente, no tocante ao seu desejo, processo que denunciava uma destruição, alcançando a morte; o personagem, apresentado por Gondar, justifica as palavras da Autora:

Não aparece em seu “preferiria não” o colorido de um desejo, de uma fantasia ou de um conflito, capazes de situar esta recusa como afirmação de um território subjetivo. Na verdade, Bartleby parece vazio de subjetividade: uma figura de homem genérico e tão próximo de uma universalidade nua que se recusa, na ausência de qualquer colorido desejante, só pode conduzi-lo à autodestruição, ao invés de tornar-se uma alternativa singular e viável (GONDAR, 2001, p.26)

O trecho anterior integra o artigo, onde sua autora se volta à compulsão e às patologias do ato, declarando o quanto, nessas situações, é recusado um lugar ao desejo e, nesse sentido, remete-nos a um questionamento sobre o sujeito. Afinal, que sujeito é esse que tem estrangulado seu próprio desejo? Se assim o é, o que restaria e o que o manteria no *status* de sujeito?

O artigo se refere a um imperativo categórico que inflige uma não vez à fantasia, ao próprio desejo, aos prazeres, às inclinações singulares. O que faz surgir uma atividade, ou passividade, com a mesma intensidade de um ato compulsivo? Compulsivo e pobre, destrutivo, suicida.

Neste sentido, pensar a compulsão, naquilo que poderíamos chamar de seu processo, é contrapô-la a um romance, com caminhos sinuosos, expectativas, sonhos, esperanças, desesperanças. É compará-la a uma manchete, a uma matéria

fria, redigida em um papel, com o objetivo único de informar, faticamente, sobre algum acontecido, sem qualquer poesia.

Servindo-nos, ainda, do artigo mencionado e, ao mesmo tempo, reiterando e tecendo considerações, que pertencem ao cotidiano da clínica, não podemos duvidar da freqüência alarmante de patologias do ato, presentes entre nossos pacientes, o que nos remete, sem dúvida, a uma dinâmica particular do inconsciente, ao social, no que se refere à subjetividade da sociedade na modernidade, ou pós-modernidade, como preferem muitos. A que se poderia atribuir a incidência constante e crescente dessas patologias?

Não é pretensão fazer uma preleção de natureza sociológica, mas, sim, psicanalítica; a pluralidade de faces tomadas por essas atuações, ou patologias do ato, obriga-nos a considerar que, na condição de apostadores em um saber psicanalítico e, conseqüentemente, na existência de um inconsciente, crentes em um processo de subjetivação, pelo qual todos passamos e que tem, na infância, um momento capital, algo da ordem dos vínculos estabelecidos deve ser pensado, como uma ligação importante, na produção de comportamentos, gerando muitos questionamentos.

Introduzimos, aqui, a sugestão de um circuito, para a compulsão, nas patologias modernas, supondo-o menos elaborado do que os sintomas propriamente ditos. Pode nos parecer redundante refletir sobre a família moderna, no entanto, aquilo que acreditamos ser um empobrecimento, um encurtamento, nesse percurso psíquico, referindo-se ao circuito da compulsão, não pode prescindir desse grupo, ou, dizendo mais diretamente, prescindir de uma reflexão acerca desta experiência inicial da vida do sujeito. Não parece prudente negligenciar, em relação ao perfil dos

grupos, dos quais, nós, sujeitos, fazemos parte. Uma alusão poderia ser feita às históricas, do final do século XIX, que contavam com uma determinada realidade familiar que atendia àquele momento da sociedade e, possivelmente, atendida a sintomatologia encontrada por Freud. Podemos considerar que a histeria respondia ao funcionamento daquele grupo. Quando nos preocupamos, hoje, com patologias reduzidas a comportamentos menos sinuosos, não parece heresia supor que estas, possivelmente, atendem à configuração encontrada, na atualidade, pelo ser humano, candidato a sujeito, desde o seu nascimento. Não podemos perder de vista a certeza de que ocupamos um lugar no mundo que nos é destinado, pelos que nos recebem, e que, de alguma maneira, estes adultos, que nos recebem, ocuparão funções determinantes em nosso processo de subjetivação.

É, sem dúvida, insuficiente e precário, para o sujeito, creditar à falta de tempo, às dificuldades de tantas ordens vivenciadas pela sociedade moderna, as patologias que afligem o homem moderno. Por outro lado, é suficiente supor que as relações tenham perdido um pouco do seu aspecto sinuoso, como temos chamado ao longo do texto; sem muitas reticências, dúvidas, suposições, indagações, fantasias e imaginário. Ousaríamos supor uma articulação entre tempos modernos (quem sabe com alguma alusão ao filme de Chaplin) e esses processos de subjetivação. O que deve ser pensado, no nível da crueza, do real da vivência psíquica típica do nosso tempo?

Não é intenção do texto fazer alguma apologia, em favor da configuração da família, ou dos grupos organizados em outros momentos, uma vez que, atenderam positiva, ou negativamente, àquele período da história do homem (sujeito). O que nos interessa é pensar que as relações sofreram grandes modificações e, como não

poderia ser de outro modo, impuseram um preço a ser pago. Essa conta implica, ou inclui, o processo de surgimento do indivíduo (sujeito).

Quando concordamos que, na compulsão, parece haver a ausência do Outro, fazendo erguer um vínculo forte com o ato, esta solidez do vínculo sujeito-ato nos leva a pensar uma não referência ao Outro, o que nos permite ensaiar uma reflexão acerca da questão. Com o intuito de embasar nossa assertiva consideremos as palavras de Freud:

A característica mais notável da melancolia, e aquela que mais precisa de explicação, é sua tendência a se transformar em mania - estado este que é o oposto dela em seus sintomas. Como sabemos, isso não acontece a toda melancolia. Alguns casos seguem seu curso em recaídas periódicas, entre cujos intervalos sinais de mania talvez estejam inteiramente ausentes ou sejam apenas muito leves. Outros revelam a alteração regular das fases melancólicas e maníacas que leva à hipótese de uma insanidade circular. (...) Não é apenas permissível, portanto, mas imperioso, estender uma explanação analítica da melancolia também à mania.(FREUD, 1917/1915/1988, p.286)

Quando se refere ao luto, Freud o atribui à perda de pessoa amada, embora reconheça que, em algumas pessoas, o luto seja substituído pela melancolia. O que justifica o fragmento anterior e que parece mais importante, nesta problematização acerca da compulsão, é que, na melancolia, há o sentimento de um esvaziamento externo e o surgimento da mania. Na melancolia, o investimento no objeto é substituído por uma identificação, com todo um investimento represado que, quando libertado do período propriamente melancólico, dá vez à mania, devendo ser ligado à regressão da libido, chegando ao narcisismo.

Remetendo-nos, ainda, às chamadas patologias do ato, entre elas: a bulimia, anorexia, alcoolismo, pânico, toxicomania, é possível, com algum conforto, reiterar o

que vimos discutindo, nos últimos parágrafos, e que diz respeito ao contexto da sociedade, ou, como fora dito, da família, ou, quem sabe, poder-se-ia dizer da esfera da cultura, para acolher uma dimensão mais abrangente. Observemos o posicionamento de Tonelli para problema em questão:

O estudo das anamneses dos casos de anorexia e bulimia considerados curados no plano sintomático, mostram os limites dos critérios médicos e psiquiátricos de avaliação e forçam a levar em consideração a realidade psíquica de Freud. Uma realidade, não redutível a qualquer outra realidade, seja física, psicológica ou social.

É certo que nos transtornos da linguagem, como em outras manifestações de anomalia da conduta, por exemplo, as toxicomanias, não se trata, na maioria dos casos, de sintomas que podem ser qualificados de "sintomas analíticos" com os significados implícitos na mensagem, metáfora e gozo. Em primeiro lugar, é um protesto freqüentemente ego-sintônico pelo qual o sintoma só indica um mal-estar social e familiar, o que não significa que seja impossível um tratamento analítico. (TONELLI, 1995, p.148, tradução nossa)³

Lembrando que a proibição do incesto representa a passagem da natureza à cultura, exemplo importante, no que subverte a divisão natural/cultural, até que ponto não seria viável supor que, na contemporaneidade, de alguma maneira, o sintoma venha perdendo espaço considerável, em relação à compulsão, que parece atender à frouxidão das referências, que deixa o sujeito no centro da cena, à busca de um caminho para sobreviver, sem o requinte necessário à subjetivação, como

³ Los estudios sobre las anamnesis de los casos de anorexia y bulimia considerados curados en el plano sintomático, muestran los límites de los criterios médicos y psiquiátricos de evaluación y obligan a tomar en consideración la realidad psíquica de Freud. Una realidad, no reductible a ninguna otra realidad, ya sea física, psicológica o social.

Es cierto que en los trastornos del lenguaje, como en otras manifestaciones de anomalía de la conduta – por ejemplo, las toxicomanías – no se trata, en la mayoría de los casos, de síntomas que puedan calificarse de “síntomas analíticos” con las acepciones implícitas de mensaje, metáfora y goce. En primer lugar, es una protesta frecuentemente ego-sintónica por la cual el sintoma indica sólo un lamentar en el plan social y familiar, lo que no significa que sea imposible un tratamiento analítico.

vimos em outros momentos marcados por uma profusão de caminhos possíveis a percorrer, para produzir compulsões. Trata-se, desta vez, de defender a passagem do sintoma à compulsão, como uma entidade distinta, como não integrante dos sintomas, como defendido até então.

Neste contexto, a compulsão é o que resta, ou o que ainda é possível, aquilo que deve ser entendido como garante da condição de sujeito. Mais uma vez, podemos estar experimentando uma nova relação cultura-subjetivação. Nesta relação, mais do que partilhar terrenos entre os sintomas mais elaborados e a crueza das compulsões, quem sabe, dirigimo-nos, em uma mão única, consoante com a segunda, pelo menos nas patologias ditas atuais.

Declarar que fenômenos da atualidade, como a falta de tempo, a violência e tantas outras razões sejam responsáveis pelo “empobrecimento” Eu-Outro, como já mencionamos, remete-nos a jargões do senso comum e de uma ordem consciente pouco capaz de acrescentar elementos à discussão, no entanto, na relação Eu-Outro, passeando pelo viés psicanalítico, não se há de desconsiderar que esse Outro, talvez, não seja reconhecido e acolhido, em função de uma atuação típica, hoje, condizente à cultura dos nossos tempos.

Retomando o texto de Gondar, merece destaque o seguinte trecho:

São discursos nos quais também se nota a ausência de um semelhante reconhecido enquanto tal, com o qual o paciente é capaz de identificar-se; trata-se, na verdade, de indivíduos com pouca disposição para a rivalidade, inveja ou competição, ou seja, indivíduos que não se encontram capturados pelos jogos de dualidade narcísica, pela lógica do “ou eu ou o outro”. Essa ausência de coordenadas imaginárias se ancora numa relação com a lei bastante singular, fomentando uma constante sensação de estranheza e de não pertencimento, nem sempre claramente enunciada: uma das grandes fontes de sofrimento para esses pacientes reside no fato de sua própria realidade e a do mundo lhe parece em profundamente

discordantes, como se houvesse um hiato irreduzível entre as regras que fazem o mundo funcionar e aquelas que organizam o seu próprio funcionamento. (GONDAR, 1998, p.30-31)

Analisando o final da transcrição, quando afirma a existência de “um hiato irreduzível entre as regras que fazem o mundo funcionar e aquelas que organizam o seu próprio funcionamento”, caberia uma reflexão sobre a existência de um hiato, considerando que, talvez, o funcionamento do sujeito atenda à realidade do mundo. Resta-nos perceber, com toda hesitação, em conformidade com o novo, que esse sujeito vai necessitar ser recebido, na clínica, como sujeito-conseqüência, ou subjetivado no seu tempo. A psicanálise terá algo a oferecer que, podemos supor, deverá ser da ordem de um trabalho que visa a fazer trincar essa compulsão, levando-a a encontrar novas fontes de gozo, considerando que o que consistiu a compulsão, até então, foi a causa do sofrimento.

Romildo Barros, fazendo um percurso didático, defende três sentidos para a compulsão, correspondendo a três momentos da psicanálise:

A compulsão é um sintoma, no sentido de que é a realização de uma fantasia ou de um desejo, sob a forma de um compromisso entre moções contrárias, que caracteriza, sobretudo, a neurose obsessiva. Há nela uma separação temporal entre duas representações.

A compulsão, como repetição automática, se diferencia do sintoma, uma vez que não se pode traduzi-la através do enunciado de uma fantasia. Há uma separação entre ato e sujeito.

A compulsão é um sintoma, mas, este deve ser entendido como repetição, e já não como formação de compromisso, isto é, como resposta ao desejo do Outro. Há uma separação entre sintoma e mensagem.(BARROS, 2002, p.95).

Estabelece o Autor, no primeiro momento, uma relação com a neurose obsessiva, através de uma representação, na origem das obsessões, ficando o

analista com o trabalho de religar afeto e representação. No segundo momento, constata-se uma separação do sujeito em relação à compulsão a repetir. Finalmente, no terceiro momento, encontramos aquilo que vem sendo discutido, no presente capítulo, acerca de novos sintomas contemporâneos marcados por uma unidade precária dos significantes-mestres.

A fragilidade de significantes-mestres, para Barros, remete-nos àquilo que já fora discutido, em referência ao estabelecimento da relação Eu-Outro, incluindo-se, nesse âmbito, a não chance de se historiar o percurso psíquico. É de ato que se trata. É de uma precariedade subjetiva que se deve ocupar a psicanálise, quando se pretende pensar a compulsão, nos moldes ora discutidos. É de uma outra posição de sujeito que se coloca este ser e, conseqüentemente, é de outra maneira que, talvez, precisemos pensar a transferência.

Considerando o sujeito como aquele que responde e a ausência do desejo do Outro, na compulsão contemporânea, faz-se necessário reiterar a preocupação com o rumo que se deve dar ao manejo da transferência, conceito que, juntamente com o de pulsão e o de tantos outros, tem estado presente ao longo do trabalho, uma vez que a tarefa de ligação do ato a uma idéia inicial parece estar longe de atender à demanda dos novos pacientes, com suas novas patologias do escopo do ato. Referimo-nos a um real que, talvez, não deixe lugar para uma posição mais enigmática, a ser atribuída ao analista, como sinônimo, não simplesmente de isenção, mas, principalmente, para permitir que o analisando lhe ofereça algum lugar na sua história. No que vem sendo discutido, o silêncio do analista parece, hoje, poder ser sentido, pelo analisando, como algo que vai reforçar, confirmar uma ausência. Cabe, no entanto, pensar, com bastante cuidado, no como resolver a

questão, levando-se em conta que qualquer posição diferente tomada pelo analista no seu fazer clínico, colocaria em questão a psicanálise como teoria e como clínica. Na medida em que esse analista venha a se mostrar, de alguma maneira, ocupando a posição de um Outro presente e capaz de aceitar demandas, negando o que até aqui o sustentava e representava o trabalho com o quilate psicanalítico, aproximamo-nos de um atendimento psicológico.

É, nesse sentido, que o texto de Gondar (2002) sugere uma clínica que vá além da escuta, incluindo uma detida atenção, para o olhar, na direção do analisando, na tentativa de flagrar gestos, todo tipo de movimento que escape à fala, mas se presentifique no paciente, no nível do seu comportamento, algo da ordem do desejo.

O que o que caracteriza estas patologias? Eu me atreveria chamá-las de patologias do ato, não no sentido do ato falho, mas nesse outro sentido de Lacan quando diz que o ato, como tal, implica que o sujeito aposte sem o Outro. Isso quer dizer, que só há ato com um Outro barrado com um Outro - não digo isto ao acaso - inconsciente.

O que se pode observar nesses pacientes? Que há uma certa satisfação, às vezes direta, visível, a qual não podem renunciar. Seja qualquer das formas que isto possa se apresentar desde a bulimia e o tabagismo até as substâncias químicas ilícitas. Estas patologias do ato insinuam uma pergunta que será um dos problemas a serem resolvidos nessas sessões: são elas idênticas à patologia do fantasma? São variantes da mesma?

Estas patologias parecem basicamente vinculadas ao ato em qualquer das duas matrizes: passagem para o ato e acting-out e, obviamente, o fantasma atribui-lhes um papel fundamental. Estão do lado do fantasma e remetem ao auto-erotismo, não se localizam no lado do sintoma (RABINOVICH, 1989. p.19-20, tradução nossa)⁴

⁴ ¿Qué es lo que caracteriza a estas patologías? Yo casi me atrevería a llamarlas patologías del acto, no en el sentido del acto logrado como el acto fallido, sino en ese otro sentido que da Lacan cuando dice que el acto como tal implica que el sujeto apueste sin Otro. Es decir, que solo hay acto con un Otro barrado, con un Otro – no lo digo al azar – inconsciente.

A autora inclui a noção de fantasma que, *a priori*, vai falar da busca de satisfação de um desejo, servindo-se de um imaginário, embora não se possa negligenciar que, na compulsão, de acordo com o que vem sendo exposto até aqui, tanto esse imaginário, quanto o investimento no desejo, tenham assumido um estatuto com características muito particulares. De qualquer modo, Rabinovich reconhece a regressão, como uma possibilidade bastante viável, para a compreensão das compulsões, nas patologias do ato, articulando-a com o autoerotismo.

Passemos, então, a buscar, no processo identificatório, elementos que ajudem a sustentar nossa indagação. Tratar deste processo pode servir como argumento importante nesta discussão. A identificação nos remete à chance de assimilar, tal seja: um aspecto, um traço, ou, de maneira geral, algum nível de internalização, a partir do Outro, o que suscitará uma forma de subjetivação, contando, evidentemente, com toda uma singularidade do sujeito e de sua experiência, o que acaba, assim, por particularizar cada situação ou cada processo de organização psíquica.

¿Qué es lo que puede observarse en esos pacientes? Que hay cierta satisfacción, a veces directa, visible, a la cual no pueden renunciar. Tomen cualquiera de las formas en que esto puede presentarse que van desde la bulimia o el tabaquismo a las drogas mas grandes. Estas patologías del acto plantean una pregunta que será uno de los ejes que intentaré desarrollar en estas reuniones: ¿son idénticas a la patología del fantasma¿son una variante de ella? Estas patologías aparecen basicamente vinculadas al acto en cualquiera de dos matrices: pasaje al acto, acto y acting-out y, obviamente, el fantasma juega en ellas un papel fundamental. Están al lado del fantasma y remiten al autoerotismo, no se ubican al lado del síntoma.

Genericamente, em uma reflexão psicanalítica, a identificação designa um processo central, a partir do qual o sujeito se constitui e se transforma, apropriando-se, ao longo do seu desenvolvimento, de aspectos daqueles que o cercam e, assim, nessa internalização do Outro, ou de parte dele, sente-se, finalmente, um pouco como ele. Podemos considerar, então, esse mecanismo, como indispensável no desenvolvimento, considerando-se, aí embutido, em uma visão mais abrangente, o processo de assimilação do mundo pela criança. Embora possamos admitir que a identificação seja algo da condição de humanos (sujeitos), podemos afirmar, sem dúvida, que esta encontrará, em determinados momentos da vida, períodos profícuos, quando esse processo é mais claramente detectado, pleno em uma perspectiva identificacional.

Na obra freudiana, é conveniente lembrar que a importância do processo de identificação nos remete à tentativa de entender a sintomatologia histérica, ponto de partida de sua obra, paralelamente com desenvolvimento sexual do indivíduo. Nesse sentido, encontramos todo um colorido de imitação que esconde a tentativa de uma incorporação do Outro. Freud (1896/1988) se serve do termo, em sua correspondência com Wilhelm Fliess, ao falar-lhe das fobias, ou, especialmente, da agorafobia em mulheres, defendendo que esta identificação pode ser pensada como um desejo recalcado de “agir como” ,ou , de “ser como” alguém.

Falar de identificação, em uma preocupação, quanto ao desenvolvimento, é tratar do Complexo de Édipo, como responsável por esse interjogo de relações ambivalentes (amor e ódio) que promoverá uma organização subjetiva que vai situar o sujeito na cultura. Ao que parece, na literatura freudiana e psicanalítica em geral, a identificação tornou-se motor do sujeito. Em *Totem e Tabu* (1912/1988) e *Luto e Melancolia* (1917/1988), surge a noção de “incorporação”, quando Freud vai

defender que o sujeito se identifica, no modo oral, com o objeto perdido, em uma regressão à relação de objeto típica da fase oral. Em *Sobre o narcisismo: uma Introdução* (1914/1988), Freud diferencia entre uma escolha narcísica de objeto, tendo como modelo a própria pessoa, ou a identificação, na qual haverá uma escolha entre seus objetos anteriores.

No texto, *A Interpretação dos Sonhos* (1900/1988), a identificação recebe um tratamento teórico, a partir da interpretação do sonho da “bela açougueira”, onde se verifica um caso de identificação histérica, quando a sonhadora vê, na sua vida real, a realização daquilo que sonhara para a amiga, ou seja, o desejo de que esta não engorde, para não seduzir seu marido que apreciava mulheres com mais peso. Freud diferencia a identificação e a imitação histérica, dizendo que a primeira apresenta um alcance muito maior, exprimindo um “como se”, obviamente se dando no inconsciente e representando uma comunhão sexual. No VI capítulo da obra em tela, Freud defende que a semelhança é uma relação lógica mantida no sonho pela condensação, surgindo como aproximação, ou fusão, em referência às pessoas. Fala, ainda, da aproximação que diz respeito a um sujeito, que representa a totalidade do grupo (pessoa compósita), ou da pluralidade de sujeitos psíquicos, representados por uma outra pessoa irreal que representa as primeiras.

Em a *Psicologia das massas e análise do eu*, precisamente no sétimo capítulo, dedicado à identificação, Freud (1921/1988) define a identificação, como expressão primária de uma ligação afetiva com outra pessoa; distinguindo três fases na identificação: a primeira, que fala de um desempenho na pré-história do complexo de Édipo, ligada à fase oral de incorporação do modelo com caráter canibalesco e que, mais tarde, em, o *Eu e o isso*, faz com que Freud comente a dificuldade em distinguir identificação de investimento, ou, de diferenciar a modalidade *do ser* e

do ter; em segundo lugar, fala da identificação regressiva, tipicamente histórica, constituída da imitação de um sintoma da pessoa amada, exemplificando, então, com o caso Dora, ao imitar a tosse do pai, fazendo a identificação tomar o lugar da escolha de objeto e esta escolha de objeto regredindo para a identificação, podendo aí tomar um único traço da pessoa; a terceira forma de pensar a identificação fica por conta daquela efetivada sem investimento sexual, falando da “capacidade, ou vontade de colocar-se em uma situação idêntica”, visível nas comunidades afetivas, onde existirá um líder, na posição de Ideal do Eu, assim considerado pelos elementos da comunidade.

Vale ressaltar, igualmente, a possibilidade de diferenciar termos, tais como: interiorização, que pressuporia uma questão intersubjetiva, transformada em intrasubjetiva, como no caso da interiorização de um conflito; a incorporação próxima da introjeção, com uma operação que porta um caráter corporal, na sua simbolização, e que faz passar de fora para dentro, sejam os objetos, ou certas qualidades desses.

Podemos dizer que a identificação primária está próxima de uma incorporação oral, configurando uma forma mais originária da fase oral primitiva do indivíduo, no laço afetivo com o objeto.

No texto, *A dissolução do complexo de Édipo*, é estabelecida, por Freud, (1924/1988) a distinção entre investimento do objeto e identificação. O complexo de Édipo fornece à criança dois caminhos, um ativo e outro passivo, seja colocando-se no lugar do pai, para ter relações sexuais com a mãe, ou, colocando-se no lugar dela. Em uma impossibilidade de efetivar qualquer uma dessas vias, em função do obstáculo representado pela castração, os investimentos são substituídos por uma identificação, dando lugar ao supereu, a partir da introjeção da lei paterna, além da dessexualização das tendências libidinais existentes até então.

Jacques Lacan, no *Estádio do espelho como formador do eu* (1949, 1998, p.96), localiza a identificação, inicialmente no imaginário, durante a fase do estádio do espelho. Pontua três tempos do Édipo: primeiro, colocando a identificação como aquilo que se presume ser o desejo da mãe; em segundo lugar, como decorrente da descoberta da lei paterna; e, em terceiro lugar, a simbolização da lei, atribuindo ao desejo da mãe seu verdadeiro lugar, permitindo futuras identificações. Em 1961-62, no Seminário “A identificação”, Lacan comenta seu entendimento sobre traço unário, servindo-se de um entendimento sobre identificação e defende a identificação inaugural de um sujeito distinto, no traço unário, falando, ainda, de duas identificações freudianas: a identificação primária ao pai simbólico e a identificação histórica, que tem como vetor, o desejo do desejo do Outro.

Melannie Klein, apud Roudinesco (1998, p.366), introduziu o termo “identificação projetiva”, nas *Notas sobre alguns mecanismos esquizóides, no desenvolvimento*, para tratar, exatamente, de um mecanismo que vai suscitar a introdução da sua própria pessoa, total, ou, parcialmente, no objeto, para, assim, possuí-lo; é uma atribuição ao Outro de certos traços de si próprio. Considerando a posição esquizo-paranóide da Autora, esse mecanismo vai promover uma projeção, para o interior do corpo materno, de partes, ou, da totalidade da própria pessoa, para, então, pretender controlar a mãe. Este processo é fonte de angústia de ficar preso, no corpo da mãe ou, de ser castigado pela invasão do exterior para o interior desta, podendo, ainda, em relação ao ego, vê-lo enfraquecido, por perderem-se, aí, “partes boas” do próprio sujeito.

Parece-nos importante, na dinâmica histórica, como disséramos anteriormente, valorizar essa passagem do ser ao ter, como via de se pensar, inclusive sobre o lugar paterno convocado à posição de portador de uma atribuição

fálica desejada pela mãe e não meramente alguma coisa negada ao filho. Somos de opinião que alguma coisa da ordem da rivalidade começa a ceder lugar a uma posição neurótica de organização, a uma submissão à condição de castrado e à interrogação ininterrupta de uma atribuição fálica paterna, este, não como falo, mas como aquele que o tem. Podemos pensar que o Pai, como depositário único do falo, privou a mãe de uma posição possuidora deste, forçando o filho a colocar-se em um lugar identificatório e reivindicatório na relação parental, e, por extensão, sentindo-se merecedor desse direito ao falo. Esta situação denota a existência de uma atmosfera ambivalente. Assim, a reivindicação *do ter* submete o sujeito ao desejo do Outro que, supostamente, vai tê-lo e que sabe sobre o desejo, em um sentido mais absoluto, o que vai sustentar a identificação histórica, pela via de um assujeitamento, equacionando uma forma ativa, ou passiva de desejante daquilo a que tem direito, contando com a chance de um dia vir a ter o falo, ou, ainda, pela sensação de ter resolvido, adequadamente, sua falta, desejando esse falo.

Torna-se viável registrar que essa atribuição histórica deverá permanecer, no terreno fantasístico, na condição de um suposto ter, caso contrário, estaria anunciado um fracasso, levando-se em conta que uma prova definitiva de uma realidade fálica esbarraria na condição de castrado do pai, fazendo desmoronar, inclusive, o que a histórica presumia saber sobre o investimento e o desejo materno. O fato de o pai castrado querer mostrar ter um falo, na realidade, remete-nos, por um lado, ao questionamento, em relação a sua própria castração e, por outro, à negação da existência de uma falta, o que nos faria pensar não se tratar das duas faces de uma mesma moeda. Assim, se acreditássemos que, a todos falta, forçosamente, poderíamos pensar que não há falta, somente semelhanças, ou igualdades, e, assim, tomariam atribuições, suposições de qualquer posição fálica,

comprometendo, em última análise, a possibilidade de uma organização neurótica. Dispor-se à prova de ter falo acaba, talvez, por denunciar que este pai se insurge contra a castração.

Ao longo desta reflexão sobre a identificação, gostaríamos de dar um relevo à necessidade de se valorizar, todo o tempo, a questão da ambigüidade da função paterna, no desenrolar do desenvolvimento do sujeito.

Ainda, e, relativamente à identificação histérica, poderíamos supor que é, na medida em que o pai ensaia uma representação material de ter o pênis, impedindo uma designação simbólica, que dialetize esta função, permitindo, assim, uma metaforização, é que vai ser produzida, no filho, uma certeza maior de não conseguilo. De modo geral, é possível, portanto pensarmos que uma dificuldade relativa à questão da lei poderá, minimamente, comprometer a organização psíquica de um homem histérico, podendo fazê-lo sentir-se, parcialmente homem, incapaz de supor seu próprio falo, uma vez que homem de verdade só quem um dia provou a posse deste, ou seja, seu pai, o que reitera uma rejeição definitiva à castração pelo pai e, assim, configura-se a posição de ser e não de ter o falo. Dor nos afirma que:

A economia desejante do histérico é atingida por uma ambivalência fundamental, da qual podemos especificar as duas vertentes antagonistas pela seguinte alternativa; existir por si mesmo ou desejar à própria revelia, isto é, em vista daquilo que o outro é suposto esperar em seu desejo (DOR, 1995, p.77).

Tomando o final da transcrição, mais exatamente quando fala de um desejar “em vista daquilo que o outro é suposto esperar em seu desejo”, encontramos algo que nos remete ao risco de desempenhar personagens que o Outro impõe ao desejo do histérico e, nesse ponto, talvez sejam abertas as comportas da impossibilidade,

em muitas situações, levando ao surgimento de um “estranho”, talvez traduzido por um impossível de simbolizar.

Para finalizar estes registros e ponderações acerca da identificação, vale lembrar do colorido perverso, eventualmente apreciado no comportamento dos histéricos, que, por uma impossibilidade de assumir seu desejo, ou, por não poderem fazer gozar a parceira feminina, acabam por se valerem de feitos, sejam da ordem de uma homossexualidade aparente, seja mesmo através de um comportamento perverso, que não deve ser confundido com uma estrutura deste tipo, por se tratar de uma mera tentativa de sobrevivência em relação ao desejo. Estes sujeitos, sem dúvida, poderão estar ensaiando um ultrapassar limites do universo neurótico, por não encontrarem, neste, uma via, para exercitarem seu direito ao *status* de sujeito que também deseja.

Resumidamente, poderíamos, embora signifique redundância, registrar que a identificação comparece, como via privilegiada de questionamento, em consonância com o que acontece no sintoma, mas, de igual modo, permite pensar a compulsão. Quando aqui dedicamos um certo detalhamento às identificações, pretendemos atender às palavras do primeiro capítulo sobre o sintoma, bem como, oferecer a chance de pensar naquilo com que, talvez, não possamos contar, atualmente, na constituição subjetiva e que justifique outras relações com o Outro, ou um distanciamento em relação a este.

O presente trabalho contou, no capítulo anterior, com uma produção preocupada com o universo do sintoma. Nele, entre outros, abriu-se lugar para um percurso, que começou com Charcot, com suas demonstrações, oferecendo uma grande *performance*, profícua para o âmbito do olhar, com a utilização da hipnose, ferramenta utilizada por Freud, no início de sua clínica, e que acaba cedendo lugar à

escuta. Neste capítulo sobre a compulsão, a defesa de uma impotência da escuta, reivindicando um repensar sobre a clínica psicanalítica, principalmente, quando o que está em pauta é a compulsão e as novas demandas clínicas, servimo-nos bastante do texto de Gondar, que trata de um caráter flutuante, que transcende a escuta e defende, em tais casos, a importância do olhar.

Na presente abordagem, torna-se interessante, portanto, passarmos para o capítulo seguinte, quando serão apresentadas considerações, acerca do fenômeno epiléptico que, pelo seu lado, subverte, mais uma vez, a clínica, requerendo novas reflexões sobre a sua prática.

Para finalizar, ainda relativamente à compulsão, não parece excessivo reiterar a questão do não reconhecer, ou do não atribuir ao Outro um lugar mais consistente, como se pode verificar, no sintoma propriamente dito, o que fora tantas vezes registrado. Para ilustrar e propor uma continuação desta reflexão, cremos ser uma boa sugestão lembrar de Freud, no texto *Psicologia do ego e a análise do eu* (1921/1988), quando trata, ao longo de todo o trabalho, de uma máxima, que se refere a uma vida mental integrada, efetivamente, ao Outro, seja este ocupante da função de um modelo, objeto, auxiliar, ou adversário, reiterando que a psicologia individual foi, desde sempre, uma psicologia social, em um sentido mais abrangente: o que nos reforça a preocupação referente à compulsão, nos nossos dias, e à clínica da psicanálise, no que deve oferecer em seu exercício.

O estabelecimento de um laço afetivo com outra pessoa contribui, enormemente, para se pensar o sentido da identificação. Mais precisamente em se tratando do sintoma, a dinâmica histórica pode ser um bom exemplo, quando esta se apropria de um traço de outra pessoa, neste caso, a identificação emerge, fundamentalmente, da relação com o Outro. Um impasse que se impõe, no entanto,

é o como pensar a identificação, na compulsão, ou, mais exatamente, na clínica que se volta às compulsões. Nestas situações, observamos o Outro alijado do processo, uma vez que a existência do sujeito se confunde com o ato. É um Eu-ato que rejeita outras interferências. Vemo-nos frente a uma indiferenciação. À clínica fica o desafio de rachar, ou de fazer trincar, como disséramos anteriormente, essa relação com o ato, mesmo que o sujeito venha a se unir a outro ato; acreditando, no entanto, que, dessa vez, um vínculo menos penoso para o sujeito possa ter lugar. Ao analista, próximo ao sujeito, cabe a necessidade de poder, pacientemente, esperar, observar e em uma atuação, digamos, “cirúrgica”, poder contribuir para o rompimento do vínculo estabelecido e responsável pelo sofrimento.

4 - O fenômeno epiléptico

No séc. IV a.C., Hipócrates, retomando algumas crenças, ainda muito mais antigas (2000 a.C.), defendia que o útero era um organismo vivo, que lembrava um animal autônomo, com toda uma possibilidade de deslocamento no corpo da mulher. As migrações do útero, no corpo, suscitavam práticas, como a tentativa de atraí-lo para a parte inferior deste, utilizando-se de odores agradáveis aplicados sobre a vulva e, repelindo-o, pela inalação de odores, desta vez, desagradáveis. Data daquele século, um esquema terapêutico, para tentar dar conta daquilo que fora batizado como “sufocação da matriz”; sufocação que anunciava o que passaria, mais tarde, a ser conhecido como histeria e que reforçava a idéia inicial de que a histeria seria algo privativo das mulheres. De tal ordem foi a força da noção de uma matriz, ou útero, nas condições descritas acima, que este pensamento parece ter resistido até o começo da era cristã.

Quanto à sufocação uterina, Hipócrates defendia que esta sobreviria, principalmente, às mulheres sem uma vida sexual ativa e àquelas com mais idade, restando uma incidência menor em mulheres jovens, pois, nestas, a matriz seria mais leve. Este estudioso tentou estabelecer toda uma fisiologia da matriz (útero) que passaria por ressecamentos internos, fluidos do fígado e, assim por diante, até afirmar que, quando a matriz está no fígado e nos hipocôndrios, produzindo a sufocação, o branco dos olhos revira, a mulher fica fria, range os dentes, a saliva aflui à boca, assemelhando-se, então, aos epiléticos, podendo até asfixiar-se, ou sucumbir.

Nesta reflexão, compartilhada com tantos interessados no assunto, surge Arétée, afirmando, então, que:

A mulher se acha sufocada como num ataque epiléptico, menos pelas convulsões, pois a compressão subitamente causada pela matriz sobre o fígado, o diafragma, o pulmão e o coração faz com que a doente pareça, sem fôlego e não possa falar. A mesma compressão exercida sobre as artérias soníferas ou carótidas em consequência de sua simpatia com o coração, ocasiona o peso na cabeça, a perda de consciência e o novo estado comatoso que sobrevém (ARÉTÉE DE CAPPADOCE, 1834, p.66-68)

É importante mencionar que estes e outros estudiosos nos fazem observar que era comum, depois das chamadas crises de sufocação, a presença de convulsões; além disso, muitas mulheres falavam em estado de delírio e, simplesmente, não se lembravam do acontecido. Acreditava-se que a histeria não poderia ser confundida com a epilepsia, pois, neste caso, o útero permanecia no seu estado normal. Defendia-se que o diagnóstico diferencial se dava pelo exame da pulsação que, em cada caso, teria um ritmo característico: pleno, forte, fraco. Afirmava-se, ainda, que não havia febre na histeria, característica comum nas letargias e catalepsia.

De qualquer maneira, é possível concluir que, há muito mais tempo do que se poderia supor, histeria e epilepsia desconcertam o saber científico. A epilepsia, inicialmente, era atribuída aos deuses, cabendo a Hipócrates fazê-la parte do universo da medicina. Ocupou igualmente, em um certo momento, o *status* de alguma anomalia exclusiva do universo masculino, como em um contraponto, equivalente à histeria, pertencente ao universo feminino. Observemos a descrição minuciosa a que procedem Celso e Effeso, apud, Trillat:

Nas mulheres, a matriz é sujeita a uma doença. Esse órgão é, depois do estômago, o mais propenso a se afetar ou a afetar o corpo. Esse mal tira por vezes a consciência e provoca a queda, como a epilepsia. Ele difere desta por não haver nem reviravolta dos olhos, nem espuma na boca, sem convulsões, mas somente adormecimento (CELSO *apud* TRILLAT, 1991, p.25).

As doentes são atingidas subitamente e caem no chão sem voz, com uma respiração difícil e perda dos sentidos. Os dentes entrechocam-se e se tornam estridentes: algumas vezes há convulsões nos membros, outras vezes, um estado de resolução; a região precordial é erguida, o útero subiu e o tórax está inchado; os vasos da face estão turgidos e distendidos, frios, cobertos de suor, o pulso quase pára de bater, ou é muito lento... Essa afecção uterina tem uma grande afinidade com a epilepsia por causa da perda da voz e dos sentidos (SORANOS DE EFFESO *apud* TRILLAT, 1991, p.29).

Relativamente à histeria, no fim do império romano, isolavam-se muitos aspectos clínicos, tais como: alterações respiratórias, convulsões sem perda da consciência, letargias e delírios. Finalmente, parece-nos que podemos localizar, aí, a partir do exposto, o lugar de um “mal sagrado” que passou a ser ocupado, tanto pela histeria, como pela epilepsia, e que, até hoje, não perderam o caráter de contemporaneidade.

Registramos, até o presente momento, algumas notícias da história do saber que tratam da relação histeria/epilepsia. Partimos, agora, para um recorte, que nos permita caminhar, de forma menos sinuosa, em nosso estudo. Quando nos referimos ao nosso recorte, referimo-nos a um entendimento psicanalítico, sobre aquilo que está sendo nomeado de fenômeno epilético.

Este capítulo quer se ocupar, exatamente, desse universo do inconsciente, desse lugar possibilitador de uma posição subjetiva no mundo. Especificamente, é nossa intenção penetrar naquilo que diz respeito a uma sintomatologia específica e sobre a qual Freud (1888/1988) debruçou-se, batizando-a de “histeroepilepsia”. Uma sintomatologia repousada sobre uma estrutura histórica, com um sintoma submetido

às exigências de satisfação, com procedência defendida, como já afirmado, do inconsciente.

O interesse e o tratamento dado e que justificam o presente capítulo tiveram, como ponto de partida, a demanda surgida na clínica, em especial, devido aos impasses, que colocam em xeque o que é, efetivamente, pertencente ao campo do orgânico, ou, ao campo do psiquismo. É importante ressaltar que não se deve desconsiderar qualquer caráter fisiológico dos sujeitos, quando se toca na questão da epilepsia. Por outro lado, o alcance das formações psíquicas merece destaque. O que pretendemos, aqui, é exatamente uma articulação que, de alguma maneira, contribua para uma aproximação de dimensões que, sem dúvida, poderão contribuir, em muitas considerações que se fizerem necessárias, ao longo do texto. Considerar a existência de um inconsciente e de suas formações deu ao homem o *status* de sujeito: sujeito de um desejo, um desejo que traz em si um caráter de tragicidade, além de um sentimento de impotência, mas que, nem por isso, deixa de se movimentar, de ser representado, de produzir impasses.

No capítulo segundo, quando tratamos do sintoma, tentamos registrar todo um percurso que, observadas a clínica e a literatura psicanalítica, permitiu-nos apreciar, com certa admiração, a possibilidade das produções do inconsciente, no máximo de sua elaboração e sofisticação. Em seguida, detivemo-nos, em aspectos da compulsão e, naquela oportunidade, observamos e registramos que muito do que nos encantava fora transformado em um grande desafio, que inclui um repensar sobre o lugar do desejo e do Outro, motores do psiquismo, demandando à clínica um novo fazer. Naquela ocasião, adentramos o campo da articulação epilepsia e histeria, lembrando, mais uma vez, que, em diversos momentos da obra freudiana, a articulação histeria/epilepsia teve um peso considerável.

4.1 A abordagem médica da epilepsia

A epilepsia apresenta um perfil, que permite uma definição fisiológica apontada, a partir de uma descarga de neurônios, que são afetados por uma *sincronia excessiva*. Aspectos de uma desordem da consciência fazem relação com as crises e, ainda, levam a modificações, no funcionamento psíquico das mesmas. O campo do saber médico defende que o traçado da atividade cerebral, observado pelo eletroencefalograma, permite precisar muitas características clínicas deste quadro.

As crises epiléticas trazem, fundamentalmente, ou um caráter de inesperado, generalizado de início súbito (forma ictomical) ou, em muitos outros casos, formas parciais, com generalização consecutiva (forma graduocomical). A doença é reconhecida por seus paroxismos e conta com crises acompanhadas de episódios muito diversificados.

As formas ictomiais de epilepsia encerram as crises de “grande e pequeno mal” (EY, pp.330-331). Aquela de “grande mal” conta com quadros de coma brutal e caídas súbitas com perigo de lesões. Aparece um espasmo tônico, por segundos, que pode levar a mordidas de língua e lábios, um quadro de apnéia com cianose progressiva. Vê-se, ainda, uma enorme contratura, sacudidelas musculares que promovem convulsões. Ao final da crise, vemos o sujeito, com a retomada da

respiração acompanhada de ruídos, uma certa flacidez, relaxamento esfíncteriano, além de muitas outras características. É gradativa a retomada da consciência e o sono acaba acontecendo, para esses padecedores de uma crise que não durou mais que alguns instantes, já que estas não levam em média mais de um minuto. Sem lembrança do acontecido, o sujeito é capaz de sentir cefaléias, ou algum outro mal-estar em consequência do episódio.

Sabe-se de alguns quadros em que o doente não sai do coma, com crises que se repetem em intervalos pequenos. Em tal situação, o doente pode não ser reconhecido como epilético e trazer, em seu acometimento, alguma síndrome neurológica, com acidentes vasculares, hipoglicemia e outros sintomas. Em condições normais, esses acontecimentos podem ser verificados, quando da interrupção da medicação.

As crises ictomiais são marcadas por uma descarga que tem início com a perda da consciência. Estas descargas são representadas, em um traçado eletroencefalográfico, com o aparecimento de pontas súbitas, ao longo da linha do traçado, representando um desencadeamento fisiológico do cérebro.

As crises de “pequeno mal”, marcadas pelas ausências, crises atônicas e mioclonias bilaterais, têm início no tálamo e na região subtalâmica. É a ausência, talvez, o marco maior deste tipo de crise dita de “pequeno mal”. Nela podemos observar um olhar fixo e vago, a face lívida, a fala interrompida, o tônus muscular discretamente alterado, podendo haver a suspensão da respiração e alguma saliva foge da boca. Pode ocorrer uma ausência que não seja absoluta, ou, mesmo, proporcionar ao doente uma conduta automática e estereotipada durante a crise. Em muitos casos, essas ausências podem acontecer várias vezes no mesmo dia, recebendo o nome de *picnolepsia*.

Algumas epilepsias apresentam caráter *parcial* que, como o nome indica, acabam por se localizarem em regiões do organismo e, de acordo com o saber médico, podem ser passíveis de cirurgia. Parecem ser menos atraentes aos olhos dos médicos, já que, em tais casos, em geral, não promovem uma desintegração psíquica (KAUFMANN, 1996).

As crises epiléticas, na maioria das vezes, são precedidas de episódios conhecidos como *aura*, cujo significado é, exatamente, a experiência vivida no início de uma crise e que podem se constituir de acessos de calor, ou frio, palpitações, febre, alteração do sono, náuseas, gostos, odores, dor epigástrica, que anunciam o deflagrar da crise, a partir desses anúncios motores, sensitivos, sensoriais.

Após a vivência da *aura*, tem início, então, a crise propriamente dita que, por sua vez, contará com intensidades e manifestações diferenciadas, como já mencionado, e poderá ser reconhecida como de *grande e de pequeno mal*. Passados os instantes de crise, verifica-se que esta é, na maioria das vezes, substituída por uma desestruturação da consciência, uma despersonalização, acompanhada de uma estereotipia de movimentos, que bem mostram um automatismo dos recém egressos da crise epilética. Alguns episódios breves, com alteração da consciência, podem ser chamados de ausência temporal, ou equivalente psicomotor.

Segundo o entendimento do saber médico, especialmente o da psiquiatria, o epilético pode desfrutar de uma vida normal, embora seja fundamental levar em consideração toda a experiência pregressa do indivíduo, no que se refere à sua relação com a doença e com seus laços familiares, mais especificamente ainda, essa relação doença-sujeito-família. Dessa forma, a questão subjetiva do epilético será um elemento decisivo no processo da doença. Assim, uma orientação

psicossomática fez, invariavelmente, parte deste quadro, tendo, desta maneira, de isolar características epilépticas e neuróticas nos mais variados quadros da doença.

Especificamente no tocante ao psiquismo, em muitos casos, a crise epiléptica pode servir para dar fim a um estado de tensão, valendo-se de uma via catártica. A crise, desta maneira, pode ser suscitada, circunstancialmente, a partir de elementos da própria história do sujeito. Havemos de conceber, assim, a chance de vias diferentes de manifestações neuróticas e epilépticas em um aspecto organicista.

De modo geral, a irrupção da doença acontece nos primeiros anos de vida, podendo apresentar algumas variâncias de acordo com a idade. Em relação à vida adulta, alterações lesionais podem acompanhar as crises, com episódios ditos de *grande mal*, na maioria das vezes, embora a forma mais comum ainda seja a epilepsia parcial. Finalmente, na velhice, o *grande mal* pode se tornar bastante freqüente.

A grande dificuldade médica, frente a um diagnóstico, é representada por acontecimentos, ou fatores de ordem psíquica, apresentados por pacientes e que fogem de uma simples queixa de paroxismos. Assim, os aspectos neurológicos e psicossociais devem ser considerados, para se pretender um diagnóstico mais fidedigno. Neurologicamente, aspectos metabólicos de afecção cerebral não podem ser esquecidos, além de doenças degenerativas e vasculares muito comuns na fase do indivíduo idoso. A história anterior e familiar importa, no aparecimento da epilepsia, visto que o valor hereditário tem demonstrado merecer atenção já que, estatisticamente, defende-se a idéia de uma possibilidade dez vezes maior de aparecimento da doença na descendência de um epiléptico.

Relativamente ao traçado eletroencefalográfico, vale lembrar que, apesar de importante, não detectará todos os casos de epilepsia, uma vez que, em muitos

doentes desta patologia, esse traçado apresenta resultado normal, sendo necessários alguns subsídios técnicos, para melhor se utilizar a aplicação e resultado deste exame.

Aos médicos, em geral, tem sido importante a relação que o indivíduo estabeleceu com a doença. Relação que é estendida ao grupo familiar, quando se trata de um início na infância. Neste grupo familiar, poderão ser observados sentimentos de culpa, rejeição, negação, superproteção, ansiedade, em relação ao quadro epiléptico com o qual devem conviver.

O adulto, por seu lado, mostra-se, por vezes, irritado, instável e se utiliza da situação, para algum tipo de ganho pessoal, relativamente ao grupo, tornando comuns os conflitos familiares e profissionais. Constata-se, neste breve percurso, a grande preocupação da psiquiatria, em valorizar os aspectos fisiológicos e psíquicos, que são observados nos quadros de epilepsia, e da enorme necessidade de fornecer uma atenção multidisciplinar aos portadores de quadros epilépticos, uma vez que tem sido demonstrada, desde a Antigüidade, a complexidade etiológica desta patologia e a forma profícua como esta denuncia o caráter tênue da relação do soma com o psiquismo humano (NATHAN e STENGERS, 1995).

Os ataques epilépticos representam sintomas que fazem parte de quase todos os quadros de alteração cerebral. Para que se considere, portanto, este entendimento, é necessária uma situação de recidiva crônica. Uma causação multifatorial fará parte da irrupção epiléptica.

A causação multifatorial encontra subsídios, em boa parte da literatura psiquiátrica, o que nos leva a constatar estados convulsivos, a partir de um leque de possibilidades difícil de circunscrever. Exemplo disso são os trabalhos de Siefert, Bonhoeffer e Birnbaum (BERCHERIE, 1989, p.228), quando se voltaram para a

descrição de estados agudos, a partir de uma perspectiva psicogenicista, referindo-se a choques psicológicos representados pelo aprisionamento e às precárias condições da vida carcerária. De acordo com estes estudiosos, uma pluralidade de ocorrências clínicas pode ser produzida, frente a condições adversas do sujeito, como se pode observar na transcrição abaixo:

— estados excitativos, confusionais, crepusculares, estuporosos ou realizando a síndrome “pseudodemencial” (Wernicke), descrita por Ganser em 1898 nos prisioneiros, análogos, salvo por sua duração, às perturbações histéricas e ocasionalmente acompanhados por ataques convulsivos...

O fator social vai acompanhar todo o desenrolar de um processo epilético, que mais soa como injúria, do que como mero participante de uma classificação nosográfica. Os sintomas mórbidos desta afecção produzem desespero nos assistentes das crises. Os impasses familiares e profissionais são causa de dificuldades particulares.

Relativamente à relação epilepsia-histeria, a psiquiatria defende que algumas convulsões psicogênicas simulam, fenomenologicamente, uma crise de *grande mal*, ou, mesmo, uma crise tônica. Assim, torna-se decisivo o cuidado com a anamnese. Podem-se observar as condições físicas do paciente que, nestes casos, apresentam ausência de ferimentos por quedas, de cianose, hipersalivação, enurese, encompresse, perda da consciência, rigidez pupilar. É interessante notar que, nos ataques psicogênicos, vêem-se tempestades de movimentos intensos, sacudidelas, tremores ritmados e não, necessariamente, contrações.

Ao que parece, a teatralização e a premeditação marcam a convulsão histérica, embora não se possa considerar simples a diferenciação de diversos quadros da crise. Exemplo disto é o diagnóstico diferencial, entre um quadro de

estupor psicogênico e um estado crepuscular epiléptico, ou ainda, um tique psicogênico, que pode se confundir com uma crise mioclônica, embora esta dúvida possa ser dirimida pela inconstância topográfica desses mesmos tiques.

Torna-se fundamental o cuidado no diagnóstico, sob pena de se efetivar uma avaliação errada que promoverá, não só uma medicação indevida, mas todo um processo desnecessário da doença, chegando a causar sérios distúrbios de desenvolvimento psíquico de crianças, o que será fomentado sem que as crises propriamente ditas sejam eliminadas.

4.2 A dimensão psicanalítica do fenômeno epiléptico

A literatura, sobre as enfermidades que acometem o homem, deixando ao saber científico alguma inquietação, aponta uma classificação nosográfica que reserva um lugar de certa preocupação àquilo que se refere à epilepsia. Os registros da Antigüidade já se detinham nas manifestações desta patologia, como mencionado anteriormente, bastante peculiar em sua apresentação e com características estarrecedoras que sempre causaram horror àqueles que se confrontaram com tal situação. O desconhecimento de tal enfermidade que, no mínimo, mostrou-se desconcertante ao contexto social, criou, de igual modo, uma enorme especulação acerca da questão. Por séculos, assistiu-se à execração de indivíduos acometidos por esses quadros, ou crises epiléticas, sem que muito fosse pesquisado sobre o assunto, já que era entendido como a presença do Mal no homem (PORTER, 1990).

Outro modo de compreensão se deu, com o advento da psicanálise que, desde sempre, tentou pensar a epilepsia, principalmente em alguns casos da doença, quando uma psicogenia parecia ser anunciada, ou, quando se admitia que algo além do fisiológico podia estar sendo sintomatizado, ou estar em jogo.

Nessa atmosfera, a histeria aparece como motor de tantas discussões, em consequência de seus sintomas tão variados. Admitia-se, igualmente, a reflexão sobre o aparecimento de quadros de epilepsias parciais. Estas eram agrupadas, a partir dos vários tipos de ataques, anestésias, distúrbios de visão. O caráter multiforme já denunciava, então, uma primeira tentativa de pensar a relação entre a epilepsia e a histeria.

Em muitos dos escritos freudianos, a questão da histeroepilepsia foi lembrada, principalmente no início de sua obra, como se encontra em *Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim* (1886/1988); *Histeria* (1888/1988), um apêndice de nome "Histeroepilepsia". Ao que tudo indica, as similaridades entre epilepsia e histeria estiveram presentes, desde sempre, e fomentadas, a partir da estigmatização desta patologia. De outra maneira não se poderia proceder, a não ser tentando uma diferenciação entre as duas entidades. Freud começa, então, a pensar na atuação de sujeitos com esse tipo de atuação. É claro que alguns dados puderam ser observados. No apêndice *Histeroepilepsia*, Freud afirma que os comportamentos talvez não sejam os mesmos: alguns epiléticos poderiam chegar a cair dentro do fogo, o que, possivelmente, não aconteceria com os histéricos. A perda da consciência no histérico é mais improvável; no *a posteriori* das crises, parece que o histérico pode não apresentar sonolência, automatismos, estereotípias. Essas e outras especulações, apesar de insuficientes e, até com certo tom de

primariedade, não foram e não devem ser desconsideradas, por constituírem vias que possibilitam uma reflexão sobre o assunto.

Uma considerável referência é encontrada no *Rascunho K*, quando Freud (1899/1988) diz, em relação à histeria, que o primeiro quadro desta pode ser qualificado como *histeria de susto*, acompanhado por uma lacuna psíquica, depois do que o recalçamento e a formação de sintomas defensivos vêm, em conexão com a lembrança e, daí em diante, defesa e subjugação. Sob esse prisma, estaríamos falando de crise epiléptica, ou de um fenômeno epiléptico em uma estrutura histérica? A presente discussão norteia este trabalho que, embora não tenha qualquer intenção de dirimir dúvidas, ou encerrar questões, pretende trazer, claramente, a proposta de se pensar o tema, que pode admitir novas trilhas, reforçadas pelas inquietações clínicas surgidas e que de, alguma forma, podem mobilizar estudos sobre o assunto.

A literatura psicanalítica, através do trabalho de Freud, desde seus primeiros anos, cunhou o termo histeroepilepsia. Com efeito, fazendo um rastreamento no percurso freudiano, alguns textos devem ser tomados, como suporte a indagações pertinentes ao tema. O primeiro deles, seu *Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim* (1886/1988), onde encontramos um trabalho realizado, a partir da ida de Freud para Paris, lugar onde se faziam estudos sobre hipnose e histeria, tendo-se, naquela ocasião, um interesse todo especial em relação às atrofia, degenerações secundárias conseqüentes de afecções cerebrais. Sabe-se bem que encontramos, aí, a histérica, como alvo de todos os preconceitos. Charcot, que trabalhava no assunto e era reconhecidamente um grande interessado em hipnose, comandava esses estudos e foi quem motivou Freud para essa viagem a Paris. Desde aquela

época, parece que sinais somáticos, como ataques, anestésias, distúrbios da visão e uma epilepsia parcial, ocupavam um lugar de destaque no trabalho em Salpêtrière.

O interesse de Freud continua e um segundo texto apresentado neste trabalho é aquele com o nome de *Observações de um caso grave de hemianestesia em um homem histérico* (FREUD, 1886/1988), quando se trazem à tona os estigmas históricos, bem como uma tentativa de se pensar a experiência inicial da vida de um homem que apresentava uma tendência a vertigens, quando indisposto, ou quando se aborrecia com seu irmão. Mais que isso, sequer conseguia lembrar-se de como chegava a casa, após ter sido acometido de palpitações, tremores. Nesse caso, dissera Freud que uma hemianestesia alcança este paciente que perde temporariamente a audição. Não se consideraria isso importante, não fosse esta a única parte do corpo do paciente afetada, a partir de um traumatismo sofrido, depois de um atropelamento, aos oito anos de idade.

No texto *Histeria* (1888/1988), entre muitos pontos, aparece aquele no qual Freud apresenta a idéia de que ela (histeria) não traz modificações fisiológicas e é definível, unicamente, pelo conjunto de sintomas que representa. Charcot, nessa mesma época, defendia, igualmente, que a histeria poderia ser circunscrita, a partir de vários casos que chegavam. Incluía-se desde quadros graves, chamados de *Grande histeria* (histeroepilepsia), até os tipos mais *normais* e considerados menos graves. O objetivo de lembrar tais passagens é, exatamente, observar o quanto estas duas situações da clínica confluíram e ocuparam os estudos sobre a histeria. Especificamente, no texto *Histeria*, Freud (1888/1988) tenta relacionar características, ou uma sintomatologia desses ataques histeroepilépticos e denuncia a presença de ataques convulsivos, com auras do tipo pressão epigástrica e até constrição de garganta, que podem constituir, ou resumir um ataque em si. Os

ataques, segundo o texto, podem contar com três fases: a primeira, *epileptóide*, que se assemelha ao ataque epilético; a segunda, de *grandes movimentos* executados com correções e mesmo coordenados, sem que se verifique a brutalidade dos ataques epiléticos clássicos, com a evitação, por parte do paciente, de se ferir e, uma terceira fase alucinatória, de *attitudes passionelles* que, como o próprio nome nos diz, contém em si um requinte passional e pleno de alucinação. A perda da consciência pode ocorrer durante dias. Nos casos considerados histéricos, parece não haver alteração de temperatura, ao contrário de um quadro orgânico de epilepsia, quando isso pode ocorrer. Quanto à histeria, pode esta apresentar, em sua crise, aumento do sono, assim como diminuição da respiração.

A crise histérica pode sofrer uma irrupção, segundo o texto freudiano, com auxílio de zonas chamadas *histerógenas* que, sendo alvo de simples toques, suscitam uma crise. Exemplo destas zonas são a parede abdominal, região coronária do crânio, região inframamária, testículos. Na histeria, pode-se encontrar diminuição do tato, embora, em muitas situações, qualquer reação sensorial possa ser verificada. É interessante pensar, ainda, que a anestesia histérica traz peculiaridades, quando, por exemplo, órgãos, de um lado anestesiado, escapam a essa anestesia e podem ser substituídos por órgãos simétricos. A zona *histerógena* será, por conseguinte, um representante sexual devidamente investido. Esta zona, eleita como substituta, pode facilitar, em um olhar clínico, a chance de um diagnóstico.

Ao que tudo indica, a paralisia histérica pode ser limitada a uma parte menor do corpo da que a paralisia orgânica, embora possam ser verificados, nessas crises, os sintomas mais clássicos encontrados nas crises epiléticas, como sonolência,

tremedeiras, babas, dificuldades para respirar, movimentos clônicos, lentidão, contraturas, entre outros.

Nessa exposição das características históricas, podemos considerar o tom exagerado das crises, essa aparente incoerência de alguns sintomas, que mudam, espontaneamente, e são desempenhados com um certo tom de “teatralização”.

No texto, *Algumas considerações para o estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e históricas* (1893/1988), que podemos considerar, de certo modo, como divisor de águas, nesta *démarche* freudiana, no que se refere à diferenciação do campo de atuação de caracteres históricos e orgânicos, o Autor levanta dúvidas, sobre as atribuições à histeria de uma simulação de doenças nervosas orgânicas e, assim, afirma: *A histeria nunca simula paralisias periférico-medulares ou paralisia de projeção: as paralisias históricas somente compartilham as características das paralisias orgânicas em representação* (FREUD, 1893/1988, p.232). Trata-se de representações que acabam fugindo de uma correspondência orgânica mais fidedigna, como poderia supor o saber da neurologia. Descreve Freud diferenças fundamentais entre paralisia histórica e cerebral, lembrando, por exemplo, que a paralisia histórica não obedece, necessariamente, a regras orgânicas, o que o faz escrever frases do tipo: *o segmento distal está mais afetado do que o segmento proximal, na histeria o ombro e a coxa podem estar mais paralisados do que a mão e o pé, ou ainda, movimento dos dedos enquanto o segmento proximal está absolutamente inerte* (FREUD, 1893b/1988, p.232). Na paralisia histórica, os sintomas se mostram, de certa forma, fracionados, podendo chegar até a apresentar uma afasia total (motora e sensitiva), para um determinado idioma, sem nenhuma alteração na articulação de outro (idioma). A delimitação precisa e a intensidade excessiva marcam a paralisia histórica que se mostra acompanhada de distúrbios de

sensibilidade. Observam-se, nestes exemplos, algumas das muitas situações enumeradas por Freud, na tentativa de circunscrever o campo das paralisias orgânicas e histéricas. Freud, finalmente, opta pelo entendimento de uma lesão funcional, ou dinâmica, que em nada se compromete com a anatomia, que se serve de um saber leigo sobre o corpo, para eleição de partes do orgânico na incidência psíquica.

No *Prefácio das notas de rodapé à tradução das conferências das terças-feiras* (FREUD, 1894/1988), verificamos a tentativa de defender a idéia de uma lembrança significativa no manifestar da doença, lembrança cujo conteúdo é um trauma psíquico, ou um evento particular tornado trauma. Esse trauma, como fonte de excitação, proporciona um ataque histérico, até como ensaio para completar o próprio trauma. A crise vem proporcionar a possibilidade de catarse, não permitida pelo sujeito em condições normais. Com embasamento às nossas idéias, leiamos o que nos afirma Kaufmann:

O trauma não cessou de atrair a atenção dos autores, ao longo de toda a história da psicanálise (desde Freud, depois Rank e Ferenczi), e a noção foi retomada sob ângulos deferentes. Duas grandes tendências podem ser identificadas nessas investigações; por um lado a atenção conferida ao evento traumático, à sua “realidade” e a seu reconhecimento pelo terapeuta: por outro, a preferência dada à atividade fantasística, na ordem da realidade psíquica, em torno do evento em questão.

(...) a repetição desempenha um papel fundamental no trabalho psíquico do trauma(...) e entram seu desenvolvimento ou determinam sintomas.(...) com a transferência que nela se desenvolve, parece ser um dos únicos quadros em que esse processo pode se efetuar, se consideramos a transferência como uma relação que não apenas repete antigos vínculos mas introduz, graças à análise da contratransferência, um indicador de novidade em que o trajeto neurótico tropeçará. Assim pode ser realizada a subjetivação pela qual, na própria atividade de seu relato, o sujeito se apropria de sua história. (KAUFMANN, 1996, p. 559)

O que objetiva a última transcrição é a necessidade, não simplesmente de um registro sobre a noção de trauma encontrada na literatura, mas, igualmente, plantar, desde já, a hipótese do lugar da transferência, especificamente na clínica dos fenômenos epiléticos, com toda uma perspectiva psíquica. Vale adiantar, no presente momento, que a observação de uma pronta cessação de crises, no início do tratamento, como será descrito em outro momento, parece ter, na transferência, uma função mais radical, um papel decisivo; não querendo, com isso, desqualificar o campo transferencial presente em qualquer outra situação da clínica psicanalítica.

Depois de uma rápida interrupção, no encadeamento de textos e idéias, acerca da relação histeria/epilepsia, para incluir neste capítulo mais algumas considerações sobre o trauma e a transferência, retomamos o momento no qual nos encontrávamos, quando Freud considera que o termo histeroepilepsia deveria ser abolido, por acreditar que alguns pacientes padecem, simplesmente de histeria, e, em outros casos, é possível encontrar histeria e epilepsia convivendo simultaneamente. De modo geral, a questão de uma eleição de parte do corpo, como lugar de investimento, com caráter sexual, vem sendo defendida e daí podermos começar a pensar essa aparente carga somática, tão presente nesta questão, que permite uma consideração essencialmente psíquica. Analisemos as importantes considerações de Freud:

Os sintomas cujo rastro pudemos seguir até os tais fatores desencadeadores abrangem neuralgias e anestésias de espécies muito diversas, muitas das quais haviam persistido durante anos, contraturas e paralisias, ataques histéricos e convulsões epileptóides, que os observadores consideravam como verdadeira epilepsia, petit mal e distúrbios da natureza de tiques, vômitos crônicos e anorexia, levados até o ponto de rejeição de todo alimento, várias formas de perturbação da visão, alucinações visuais constantemente recorrentes, etc. (FREUD, 1893/1988, p. 42)

Para um olhar psicanalítico, podemos dizer que a existência corporal, para os *sujeitos epilépticos*, parece estranha, enigmática, e seu gozo, assustador; um corpo que surpreende, que atua sem pedir licença. Em se tratando daquilo que denominamos de fenômenos epilépticos, vemos um corpo pulsional se travestir de corpo orgânico, para tratar de uma impotência de outra ordem, da ordem do desejo que não tem saída, que se vê encurralado, frente a uma defesa histérica acirrada e que, com dificuldade de atuar, dá oportunidade a um gozo, com um jeito cruel, como se pode observar em uma crise epiléptica, conseqüência daquilo que é ditado pelo psiquismo, expressando-se no corpo e tirando qualquer chance de significação. É a negação à palavra, um certo arrombamento simbólico e imaginário, que promove um movimento de *passagem ao ato*, fazendo uma aproximação com o real.

O fenômeno epiléptico tem um caráter de renúncia, ou de ausência da palavra, de uma postergação, em um corpo que tem referência ao narcisismo, à ordem da representação, que precisa buscar a suplência da palavra, já que, talvez, pela impossibilidade de uso desta via, tenha se dado o surgimento das crises. A clínica fica, neste ponto, com a interrogação sobre esses sintomas, que pretendem completar uma lacuna, promovendo, com sua força incontrolável, uma atuação totalmente radical, que até faz lembrar a forclusão na psicose, ou seja, a rejeição de um significante, que é excluído do universo simbólico, retornando, alucinatoriamente, no real.

Tratar-se-ia do gozo histérico naqueles que vivem crises com caráter epiléptico? Talvez possamos reconhecer esse gozo, na própria crise, como conseqüência do fracasso da fala, nessa forma selvagem que pode fazer lembrar o temor da afânise, termo introduzido por Ernest Jones, para designar aquilo que é

comum a ambos os sexos e que tem a ver com a angústia de tornar-se incapaz de desejar. Guir enfatiza:

Para Lacan nestes fenômenos, certos significantes ficam bloqueados e não podem se ligar a outros significantes, entrevando, deste modo, o efeito de afânise do sujeito. Há uma espécie de bloqueio, de congelamento do significante no corpo do sujeito, um curto-circuito que será responsável pelas manifestações lesionais (GUIR, 1988, p.26).

Esta afânise, que faz ameaça à possibilidade de um prazer sexual, de uma satisfação, que faz abrir mão do objeto desejado, ou, como definiu Lacan, um desvanecimento do sujeito: “Não há surgimento do sujeito no nível do sentido, senão quando de sua afânise no Outro lugar, que é do inconsciente” (LACAN, 1985, p.210). Do que se trata essa “afânise no Outro lugar, que é do inconsciente”? Nesse ponto, é possível supor, quando se trata do fenômeno epiléptico, um surgimento marcado por um emaranhado de significantes holofraseados, impedindo que o sujeito possa aparecer, reiterando esse desvanecimento do desejo, a ponto de, ao final de cada crise, de nada se lembrar, de não se lembrar do desejo. O gozo se coloca, assim, como uma instância negativa que não se deixa reduzir, nem às leis do princípio do prazer, nem ao cuidado da autoconservação, nem à necessidade de descarregar a excitação (ANDRÉ, 1996).

Finalmente, para tentar pensar a questão do gozo, vale lembrar Lacan, no seminário: Mais, ainda: “o inconsciente é que o ser, falando goze e, acrescento, não queira saber de mais nada” (LACAN, 1995, p.142). Assim, se não fala, pode aparecer uma crise, com todo o caráter de abuso pertencente ao gozo.

Se pensarmos que o significante está primeiro no campo do Outro e que um significante é o que representa um sujeito, para um outro significante, ademais de que, na dinâmica do inconsciente, o sexual estará presente de ponta a ponta, uma

afânise do sujeito pode ser pensada, frente a uma obstrução dessa cadeia de significantes que compromete a liberdade do sujeito, contamina a dialetização do desejo. É, no que falta no desejo do sujeito, e, onde a fala não penetra, que encontramos a irrupção das crises.

Nessa relação com o corpo, no limite da suportabilidade e com a ausência da palavra, talvez não seja leviano pensar que aquilo que temos desenvolvido, até aqui, sobre manifestações epilépticas, na histeria, possa ser estendido, para tantas outras formações do sujeito, que passa pelo caos do *estresse*. Este conceito surge na Física e traz a idéia de uma *Síndrome de Adaptação Geral* (SEYLE, 1956) o que não só faz referência ao esforço do corpo físico em se adaptar, mas, igualmente, à ingerência psíquica. Citar o estresse neste contexto, implica referir-se a um excesso, a uma insuficiência da palavra, é aproximar-nos das conversões dos nossos tempos, que contam com um novo aparato, que é o das psicossomatizações. A depressão, pelo seu lado, tão presente na clínica, vai falar de um esvaziamento interior, fruto de empobrecimento simbólico, caminha na direção de uma fraqueza de referências que, se não conta com fenômenos, como vimos tratando, pode, entre outros, dar vez a uma ansiedade que paralisa o sujeito.

Parece, então, que os fenômenos epilépticos podem ser encarados, como um protótipo, nesse horizonte pulsional do sujeito. De qualquer modo, a escuta do inconsciente parece comparecer, como possibilidade de produção de trabalho, produção de sujeito que deseja, sujeito que consegue deslizar melhor, de uma forma talvez mais adaptada, nessa cadeia significativa e que, quem sabe, possa abandonar alguns destes sintomas (fenômenos), na medida em que possa encontrar novas trilhas, para sua existência psíquica.

A transferência, como suporte fundamental de qualquer trabalho psicanalítico, cuja definição, como sabemos, chega a se confundir com o próprio conceito de psicanálise, merece atenção, no que se refere às peculiaridades, que parecem surgir, no atendimento deste tipo de paciente com crises convulsivas. A interrupção rápida das crises, muitas das vezes, no início do trabalho, faz-nos pensar em como a existência, a participação desse vínculo, pode-se dar, em um período de tempo exíguo. Seria possível pensar que a barbárie da crise epiléptica, que não deixa possibilidades, proporciona essa forma, talvez maciça, de transferência, exigindo uma ancoragem radical, em relação ao Outro (analista), depositando sobre este uma referência, cuja falta, até então, deu lugar ao real, que se caricaturou nesses episódios? Cabe discutir, mais precisamente, sobre a possibilidade da transferência tomar um papel importante na clínica, junto ao tratamento dos fenômenos epilépticos, alegando que, através dela, talvez, abra-se a possibilidade de atribuição de um lugar a um Outro que represente personagens da história do sujeito que, de alguma maneira, até então, estiveram opacos, dificultando o surgimento de significantes, suficientemente capazes de evitar esse tipo de acometimento, permitindo um outro percurso subjetivo.

O lugar da transferência pode ser pensado, se considerarmos aspectos básicos de sua definição, como a possibilidade de endereçar ao analista: sentimentos, impulsos, atitudes, fantasias, defesas. Sabemos que não se trata de um endereçamento ingênuo a alguém, mas, fundamentalmente, de uma repetição vivencial de reações, relativamente a pessoas significativas da infância, vivências que são, inconscientemente, deslocadas. Mais que isso, a fronteira entre desejo e amor, expressa na transferência, parece disponível no lugar e na forma de manejo desse vínculo desempenhado pelo analista. É o desejo do analista que possibilita a

sua posição, não só de amado, mas, de amante, desejante. É como desejante que o analista passa a ocupar o lugar de um suposto saber.

A posição do sujeito desejante é a da falta, e o surgimento do amor de transferência leva o analisando à verdade de seu desejo, àquilo que lhe falta nesse desejo da ordem do indizível, encontrando no analista uma forma de substituição dessa ausência. Em relação à verdade, torna-se circulante e, ininterruptamente, movimenta-se entre a figura do analista e a do analisando, de sujeito a sujeito. O analista é a palavra do Outro e seu lugar se fundou no eixo transferencial.

No texto, *O estádio do espelho*, Lacan fala em algo da ordem do olhar, que faz assumir a própria imagem. Afirma, ainda, que:

... no recurso que preservamos do sujeito ao sujeito, a psicanálise pode acompanhar o paciente até o limite extático do “ Tu és isto” em que se revela, para ele, a cifra do seu destino mortal, mas não está só em nosso poder de praticantes levá-lo a esse momento em que começa a verdadeira viagem (LACAN, 1998, p.103).

Em relação à transferência, podemos pensar na queixa trazida pelo paciente, com crises convulsivas que vai falar de uma insuficiência da imagem, que se mostra fracionada, retalhada em uma crise, e o processo analítico pretende dar lugar a uma demanda, como uma retificação subjetiva, muitas das vezes eficiente, chegando a interromper as crises, de até então, para dar lugar à “verdadeira viagem”.

A discussão, acerca do fenômeno epiléptico, inclui o conceito de pulsão, o que leva Freud (1920/1988), com o texto *Além do princípio do prazer*, a promover uma compreensão de pulsão, a partir do conceito de repetição, a pulsão como aquilo que, silenciosamente, repete-se e se desloca, para além do princípio do prazer. Assim, o conflito entre pulsão de morte e pulsão de vida (ou pulsão de morte submetida à ordem do prazer), não cessa. É a insistência pulsional que carece de simbolização e a constituição do sujeito que porta um mal-estar. A análise se vê, aí,

frente ao *non sense*, expõe-se ao inesperado e ao saber constituinte, inclui a ordem do trauma, do que não faz parte do código da linguagem, sujeitando-se ao que possa ser produzido, mesmo que este produzido seja algo da ordem do fracasso, do incompleto, respeitando a existência de um resto não assimilável, da ordem da pulsão, que vai incidir na transferência. Finalmente, podemos pensar que o analista ocupa o lugar de quem interroga esse sujeito das convulsões, das crises, que se apresenta de uma forma tão primária em relação a sentidos e oferece a chance de articular um saber que vai tentar um percurso do imaginário ao real, pelo simbólico; um percurso de novas inscrições de atravessamento da palavra, que busca, em última análise, algo da ordem de uma nova economia do desejo que passa, inquestionavelmente por uma retificação subjetiva frente à castração.

Essa dialética da transferência vai incidir, nesse movimento desejante, nesse caminho da demanda dirigida ao Outro, vai remeter à falha do significante, que faz repetir, que, finalmente, promove formações, sintomas, crises. É o narcisismo capaz de registrar experiências prazerosas e desprazerosas no corpo, no corpo erógeno, mas só no Outro a causação de uma integridade da imagem poderá se dar.

A chegada à clínica, como não poderia ser de outro modo, dá-se pelo sintoma, ou, especificamente, pelo fenômeno epilético, como vimos defendendo, frente ao fracasso da defesa, do recalque e que abandona o paciente vulnerável a esse movimento selvagem de manutenção desse recalque e, conseqüentemente, do seu retorno que produz angústia. É conveniente incluir considerações, acerca da angústia, que vão sustentar a análise, que vão tornar possível um saber além do limite da castração. Vale dizer que, na angústia, o sujeito é abolido, em função de uma estranheza confrontada. Os conceitos de *angústia automática*, articulada à pulsão de morte, e *angústia sinal*, articulada à pulsão de

vida, merecem registro, na medida em que a primeira é definida como aquela que aparece diante do fracasso do eu. Encerra em si um aspecto maciço. Não dispõe de tempo, para nenhum tipo de elaboração, encerrando um excesso. O segundo tipo de angústia é definido, como qualquer situação que impeça o uso da fala, e tem a ver com a estrutura. Nesse sentido, o advento da angústia não deixaria de comparecer, como condição da neurose.

De resto, nas reflexões sobre as crises, fenomenologicamente, epiléticas, o texto, *O estranho* (FREUD, 1919/1988), tem sua relevância, em razão da definição de *estranho*, como aquilo que se repete, como algo que se esconde atrás do que é visível. Aquilo que surge, irrompe, portando o que não foi elaborado pelo sujeito.

Por fim, nas crises convulsivas, ou em qualquer outra manifestação do sujeito, há de ser levada em conta, em todos os momentos a singularidade, a potência do inconsciente, esse sujeito da enunciação que nos faz questionar, não entender, tomar caminhos; há de ser levado em conta, finalmente: o sujeito do inconsciente .

Três incidências clínicas de epilepsia

Fragmento clínico 1: M., 53 anos, chega ao consultório, dizendo que veio por recomendação de seu neurologista, que lhe aconselhara uma psicoterapia, levando em conta que, ao longo de muitos anos de trabalho, com pacientes epiléticos, não se deparara com um quadro clínico como o desta paciente, cujo número excessivo de crises não parecia justificável. A paciente revelou ter uma média de três crises, por dia, e que não mais pode contar o número de médicos, com os quais se consultou nos últimos 31 anos. Vale lembrar que todos os médicos procurados, durante este tempo, confirmaram o diagnóstico de epilepsia.

Segundo M., por volta dos 7 anos de idade, apresentara uma crise, que, à época, fora tratada com toda facilidade, não tendo mais nenhum registro de crises, até seus 22 anos, época de seu casamento.

Após o casamento, mais precisamente, na segunda noite, após relacionar-se, sexualmente, com seu marido, pela primeira vez, dirigiu-se ao banheiro, para sua higiene íntima e diz não se lembrar de mais nada, pois tivera uma crise, que lhe custou pequenos machucados pelo corpo, além da boca suturada, em função da crise. Mais uma vez, suas crises foram controladas, tornando-se eventuais e permitindo que M. retomasse sua vida.

Em 1992, a paciente resolveu fazer um regime, a partir do qual parece ter havido um deflagrar de crises que não se submetiam mais a nenhum controle, mesmo com fármacos, em geral, eficientes para a situação.

M. relata que suas crises se reduzem, praticamente, a ausências que acontecem nas situações mais diversas: atravessando ruas, fazendo compras. Suas crises são precedidas por um gosto. Precisou licenciar-se do trabalho há cerca de um ano.

Em relação ao seu pai, M. diz que este foi sempre muito ausente, pois viajava muito a serviço e, quando em casa, preocupava-se em pregar bons valores morais à filha e à esposa que, do mesmo modo, ouvia-o pacientemente. Nada era permitido a M., por imposição dele, nem mesmo namorar, tudo norteadado por sua enorme austeridade.

Acabou conhecendo um homem com quem se casou. Pela rígida educação que recebeu, M. julgava que dever esperar, sempre, pela iniciativa do marido, na vida sexual do casal. Quatorze anos se passaram e, cansada de uma vida sexual insatisfatória, resolveu tomar a frente, no que se refere ao contato mais íntimo com

seu marido, o que foi recebido com surpresa por ele. O casamento durou, apenas, dois anos, depois da iniciativa de M.

M. tem dois filhos que, com o passar dos anos, começaram a apresentar um comportamento difícil em relação à mãe. A relação entre M. e seus filhos se tornou bem complicada, culminando com o casamento de ambos sem que a mãe fosse participada. M. diz que teve, constantemente, uma enorme preocupação com a educação dos filhos, apelando para condutas que eram, inclusive, criticadas pela maioria. Exemplo disso foi o episódio, quando queimou o dedo de seu filho mais velho, para que este parasse de teimar, além de chamar a polícia, em um outro incidente, por não controlar a agressividade de seu outro filho.

Mãe e filhos se separaram, por algum tempo, voltando a se encontrar bem mais tarde. Nesse reencontro, recebeu um pedido de ajuda de seu filho mais novo, que lhe pediu que alugasse uma casa, para ele e sua família, em nome de M., uma vez que esse se encontrava desempregado e não podia fazê-lo sozinho. M. concordou com o pedido, mas seu filho, após ter conseguido que sua mãe emprestasse seu nome para o aluguel, resolveu não pagar as prestações, o que fez M. começar a atravessar problemas financeiros bastante difíceis. Quanto ao marido, diz que, na época da separação, descobrira que este tinha uma amante há sete anos. Sua última crise aconteceu, dois dias antes do início do nosso trabalho e, logo que M. começa a falar de suas dificuldades, suas crises desaparecem. Ela lembra que, em momentos difíceis de sua vida, não tivera crises e que, em outros menos importantes, elas apareceram. Esta lembrança é contraditória, pois havia declarado, em outra oportunidade, que as crises ficavam mais freqüentes, em situações vividas mais difíceis.

Desde que começou o atendimento, M. só teve uma crise. Sua relação com o mundo foi sempre de insatisfação, julgando-se mal-compreendida, magoada, desrespeitada e, fundamentalmente, alvo de pouco amor. Vale ressaltar que esses sentimentos foram verbalizados pela paciente. Ao final de cinco meses, M. já não fazia nenhuma crise e insistiu que precisaria de férias, até mesmo para se resolver, financeiramente, podendo, portanto, retornar com menos dificuldades, para o custeio do atendimento, uma vez que esta falava, em todas as sessões, da enorme dificuldade, para patrocinar seu tratamento.

Terminado o período de férias e, tendo notado que M. não retornara, resolvi ligar-lhe. M. atendeu minha ligação, dizendo que não mais voltaria, para o atendimento, porque não fazia mais crises, além de continuar com dificuldades financeiras graves.

Devemos pensar, aí, nessa relação entre o real do corpo e a imposição do grande Outro, ao qual nos submetemos, e que faz o sujeito aceitar esse estigma. Parece ser, a partir da produção de um discurso, que algo acontece, na paciente, resultando em um desqualificar das crises que a acometeram há tanto tempo. É possível pensarmos, na questão do fenômeno epilético, como associada a um sintoma histérico. Talvez, seja coerente supor uma subserviência das crises epiléticas, em relação à neurose, ao sintoma histérico que se serve deste sintoma, para uma descarga somática. A questão do gosto, sentido por M., que se apresentava como algo que precedia suas crises, faz-nos pensar em um quadro alucinatorio. Não se pode desprezar esse pai severo que nada lhe permitia e com quem M. parece ter tido, sempre, uma relação bastante difícil. Essa dificuldade, talvez, possa ser pensada, como um hiato nesse significante paterno e, em assim sendo, podemos pensar no caráter de morte representado por essas crises, por uma

morte real e o caráter punitivo, aí embutido, que se dão a partir do desejo de morte endereçado ao pai.

O comportamento caricato de M. que, sem dúvida, embora aos olhos mais leigos, faria com que esta fosse chamada de histérica, faz-nos pensar em um ego passivo, mas, que, talvez, esconda algo bastante diverso, se nos lembrarmos dos episódios sado-masoquistas que M. viveu com seus filhos, ao provocar queimaduras em um deles, ou, ao chamar a polícia e ver sua casa invadida, vendo-se, quem sabe, ela própria invadida por policiais que, talvez, em uma função de compromisso, não só ameaçaram um de seus filhos, mas a ela também que, dificilmente, passou incólume pela situação.

A partir do entrosamento difícil com seu pai e do desejo de morte, em relação a ele, M. assume, um pouco, este lugar de um pai morto e uma grande polêmica entre o ego e o superego se ergue neste contexto psíquico. Conflito psíquico, que encerra um conteúdo, com algumas características: sadomasoquista, de punição, de castração, de culpa, que são representados, no pano de frente, pelo quadro (fenômeno) epiléptico, apresentado e que chega como via de queixa.

Fragmento clínico 2: P, de 22 anos, chega ao atendimento com a queixa de não saber administrar a sua vida, não conseguindo se relacionar, estudar, trabalhar e sentindo que sua existência, a cada dia, tornava-se mais sem sentido. Passava os dias em casa, vendo televisão, sem conseguir sair deste tédio, segundo ele, por não se achar capaz de realizar nada.

Conta que foi abandonado, aos 5 anos, por sua mãe, que, também, deixou para traz uma irmã que, na época, tinha 7 anos, além seu pai. A razão do abandono, segundo o relato, teria sido o fato de sua mãe ter-se apaixonado por outro homem.

Sem mais notícia da mãe, foi deixado, juntamente com sua irmã, com a avó paterna, no Ceará, uma vez que seu pai viera para o Rio de Janeiro, tentar a vida. Ao que parece, as duas crianças foram criadas e protegidas pela avó, inclusive em relação a um tio, filho desta avó, que com eles morava e que não demonstrava grande afeição pelas crianças, reclamando, constantemente, pelo fato delas terem invadido a casa dele e de sua mãe, que já contava com certa idade.

Dez anos se passaram, até seu pai resolver trazer os filhos, para o Rio de Janeiro, onde continuava a morar. Aqui chegando, com quinze anos, P. relata que continuou a sentir as mesmas dificuldades de sempre, no que se refere a relacionamentos.

Morava com o pai e a irmã, no prédio onde o primeiro era zelador, tendo, assim, a chance de conviver com outros garotos de sua idade, que moravam no mesmo prédio. Apesar disso, e de, inclusive, haver conseguido alguma aproximação com eles, P. sentia que isso não acontecia de forma natural. As conversas sobre sexualidade eram sempre presentes, no grupo, e a curiosidade, segundo ele, estimulou uma ida do grupo a uma casa de prostituição, onde pôde se relacionar com uma prostituta do local. P. relata que seu desempenho não foi o que esperava, uma vez que sua satisfação só se deu depois de inúmeras tentativas por parte do casal. Admite que só se sente tranquilo e, à vontade, em companhia de sua irmã, com quem conversa, fala de suas intimidades e dificuldades. Seu pai não lhe dá atenção, além de não ser capaz de entender as dificuldades do filho. Aos 19 anos de idade, conversava com um de seus colegas do prédio e elogiava a beleza da esposa do síndico, quando este apareceu e surpreendeu P que falava do assunto com certo entusiasmo. Ao perceber a presença do síndico, P. diz ter-se sentido anestesiado e de nada mais se lembrar, a não ser o que lhe foi relatado, quando acordou. Ao que

pareceu aos olhos daqueles que assistiam ao episódio, P. fez uma crise epiléptica, o que o fez procurar um médico, que lhe prescreveu uma medicação, depois de confirmar o diagnóstico de epilepsia. Quando procurou atendimento, P. estava tomando a medicação, há três anos, além de freqüentar o médico com regularidade.

Este paciente compareceu, ao longo de um mês (cerca de 6 sessões), sempre valorizando suas dificuldades com as mulheres, família, amigos, bem como na escola, onde sentia muito medo de ser convocado pelos professores a participar da aula, o que lhe era difícil, pela sua enorme dificuldade de falar. Passado este um mês de atendimento, no horário em que estava marcado para uma das sessões, fui procurado por uma vizinha de P., que dizia ter vindo em seu lugar, para comunicar que este não mais viria. Disse-me ela que P. conseguira, finalmente, um emprego e que mandava dizer que se comunicaria, assim que possível, mas que, por enquanto, as coisas estavam melhores, por ter conseguido um lugar para trabalhar, o que parecia antes impossível, e, com isso, achava que sentiria mais segurança, para se comunicar com outras pessoas.

O que me faz trazer o rápido relato deste caso, atendido por tão pouco tempo, é exatamente ressaltar o lugar da fala, nestes pacientes com uma sintomatologia orgânica tão específica, onde uma precariedade, no nível do simbólico, parece merecer toda a atenção. O que se mostra, absolutamente fundamental, é a velocidade com que alguma coisa é operada no paciente, tão logo este se dispõe a falar. Obviamente, não poderemos defender a existência de nenhum processo analítico mais formal, de qualquer maneira, alguma produção, ou mesmo substituição, para a via do discurso acontece, fazendo desaparecer, quase que “magicamente”, estes sintomas que se apresentam com toda uma roupagem orgânica. Parece que essas crises podem ser encaradas, como uma forma de

suplência, como substituto, minimamente atípico, da palavra. Essa inesperada chegada do síndico parece remeter o paciente à figura do pai, à castração. Este episódio mais parece um ponto de basta, proporcionado por este pai, representado pelo síndico, que vem como que barrar esse *embalo edípico* demonstrado por P., em sua conversa com o colega. A palavra, por seu lado, esteve presente, no início, e final do processo, alcançando o *status* de desencadeadora de toda a situação.

Quanto às crises, cabe ressaltar que, ao contrário do primeiro fragmento, neste caso, esses episódios não eram tão freqüentes. Não foi possível verificar, ou atribuir ao atendimento qualquer mudança, na freqüência das crises, de qualquer maneira, a possibilidade de falar, como tratado no parágrafo anterior, parece ter funcionado, como disparador para alguma atuação. Vale lembrar que uma inércia acompanhava o paciente há bastante tempo.

É curioso pensar que, no fragmento anterior e no atual, os pacientes não puderam interromper o tratamento pessoalmente. No primeiro, o único contato possível se deu via telefone, em uma conversa bastante breve, que não deixou qualquer possibilidade maior de questionamento, quanto à interrupção do tratamento, como, por exemplo, dar chance ao analista de propor uma sessão, para que se pudesse falar, um pouco, sobre a impossibilidade de continuá-lo. Registre-se que a ligação foi, bruscamente, finalizada pela paciente, que se mostrou um tanto irritada; no segundo, o paciente pediu que alguém o representasse, para justificar o abandono do atendimento. Sem tecer maiores considerações, neste momento, vamos ao terceiro fragmento.

Fragmento clínico 3: S., estudante universitária, chegara do interior de Minas Gerais para estudar. Tendo sido aprovada, para uma universidade pública, resolveu

cursá-la, para não perder essa chance, considerando que sua origem simples não permitiria custear um curso particular. Filha de uma irmandade composta de doze filhos, não podia contar com qualquer ajuda financeira de sua família. No Rio de Janeiro, passou por toda a sorte de dificuldades. Faltava-lhe dinheiro, para a alimentação ou, mesmo, para as conduções, o que a obrigava a vencer longas distâncias andando. Sua alimentação estava limitada ao bandeirão de sua universidade e, quando esta não fornecia alimentação, por exemplo, por questões de greve, S. tinha sua dificuldade de sobrevivência ainda mais agravada. Tornou-se uma aluna bastante interessada. Tinha posições políticas e sociais bastante consistentes. Sua queixa inicial estava na direção da sua dificuldade de fazer provas. Como relatado anteriormente, a paciente era bastante estudiosa, embora, ao longo de seus quatro anos de curso, só tenha podido comprar um único livro. Era assídua freqüentadora de bibliotecas. Seu valor foi reconhecido pelos colegas que a colocavam, em muitos momentos, na posição de explicadora das disciplinas que estes não conseguiam acompanhar. Apesar deste excelente desempenho, quando precisava ser avaliada, em uma prova, S. transpirava, sentia faltar-lhe o ar e chegava ao desmaio. Quando procurou ajuda, relatou que tivera um episódio de perda de consciência, por volta dos oito anos de idade, o que pareceu ser uma crise epilética, no entanto, o médico, à época, não garantiu essa possibilidade, até porque, esse episódio não mais aconteceu. Por ocasião do vestibular, experimentou crises, o que a levou ao médico e, a partir de então, vinha sendo medicada.

Em relação ao seu contexto familiar, comentou, com freqüência, que sua mãe era absolutamente submissa ao seu pai, que impunha uma moral rígida dentro de casa, principalmente, em relação às filhas mulheres que sofriam todo o tipo de proibição, fosse quanto ao uso de algumas roupas em relação a roupas para sair de

casa, para brincar, e, até mesmo, no tocante às posições, casualmente proferidas, por estas, nas conversas familiares. Seu pai era fervoroso, em sua fé, e mantinha a família com “rédea curta” (sic).

Em relação à sexualidade, mantinha-se virgem aos vinte e quatro anos, por não se sentir preparada para qualquer contato mais íntimo. Chegou a questionar-se sobre a hipótese de uma homossexualidade, acabando por descartar essa suposição por não se sentir, em nenhum momento, atraída por pessoas do mesmo sexo. Quanto ao sexo oposto, as poucas experiências de namoro que viveu, teriam sido boas, mas interrompidas, quando S. acreditava que se aproximava alguma chance de um contato sexual mais íntimo, o que a aterrorizava.

Durante os anos que passou aqui, sentia-se muito dividida, entre a saudade da família, e o medo do que poderia representar seu regresso à sua cidade. Formou-se e, não conseguindo um trabalho que a mantivesse no Rio de Janeiro, ao mesmo tempo pressionada, principalmente, pelo pai, acabou voltando, para sua cidade, o que a levou a interromper os atendimentos. Vale registrar que a paciente não deixou de fazer uso da medicação, durante o período de atendimento, no entanto, foi capaz de, pouco a pouco, passar a fazer suas provas, naturalmente impostas pelo curso. Engajou-se, politicamente, em movimentos de sua universidade, deixando, gradativamente, de se sentir insegura, em relação a eventuais irrupções de crises. Ao final, demonstrou-se um pouco desesperançada, no tocante ao seu futuro, mas resignada, com o reencontro com a família. Assumiu que, apesar de ter fantasiado algo diferente, para sua vida, e, neste aspecto, deixava clara a frustração, por não ter conseguido ingressar no mercado de trabalho, acreditava que, naquele momento, era o melhor a ser feito, uma vez que não mais podia se sustentar longe da família.

Comentando os fragmentos:

Um comentário, que contemple os fragmentos anteriores, remete, salvo melhor juízo, à função paterna, esta que tem um lugar destacado na subjetividade, quando nos encontramos no terreno da psicanálise.

Desta feita, atribuímos a esse pai um lugar central, pólo maior, a partir do qual o universo simbólico é oferecido ao ser. Com toda a tranqüilidade, é possível reiterar que esse pai participa, decisivamente, da obtenção do *status* de sujeito, sem se submeter à noção de tempo, por exemplo, já que sua constituição diz respeito a um caráter mítico, universal.

Sempre que tentamos, de alguma maneira, emitir hipóteses sobre nossas experiências clínicas, acabamos localizando esse pai, como pertencente ao campo vivencial do analisando, por mais que saibamos que, em psicanálise, esse pai, na qualidade de função, esteja para além de um pai encarnado, um pai real, que não poderá se colocar na posição de fundador, mas transmissor dessa função paterna.

Dizendo de forma bastante simples, esse caráter simbólico se coloca, para além da figura de um homem com existência real, tendo a ver com uma referência, que passa por uma atribuição, que lhe é dirigida, do objeto fálico. Neste contexto, logo pensamos que, em relação à criança, este pai simbólico representa o Outro que, na condição de terceiro, subvertendo qualquer exigência biológica, no que se refere à diferença dos sexos, vai mediatizar o desejo da mãe e do filho. Lacan (1957, 1999), no Seminário: *As formações do inconsciente*, apresenta uma equivalência entre o pai simbólico e o alcance de uma metáfora.

Quando nos referimos à função paterna, ou, quando, mais exatamente, vemo-nos frente a um atendimento, um grande leque de possibilidades de constituição desse representante da função é apresentado.

Em psicanálise, a função simbólica paterna se constitui como uma estrada principal a ser percorrida, sem nenhuma outra vicinal que pudéssemos escolher, em termos de organização subjetiva.

Se considerarmos esse pai, como um ser encarnado que se reveste de uma função simbólica e não nos furtarmos de levantar sugestões, referentemente aos fragmentos propostos, somos levados a pontuar algumas questões.

É possível perceber que, nas três situações descritas, observa-se a figura de um pai austero, defensor da moral e dos bons costumes, aquele que encarna o lugar de um ditador, de um tirano, não permitindo uma organização subjetiva que possibilite ao filho explorar, de uma outra maneira, sua condição de sujeito.

Uma articulação importante diz respeito ao mito freudiano do pai da horda primitiva, como discute Freud (1913/1988), em *Totem e Tabu*, exatamente quando nos apresenta um pai violento, único a ter acesso a todas as fêmeas, chegando a expulsar seus filhos.

Uma questão que se impõe, em uma relação entre o mito de Freud e os pacientes lembrados, nos fragmentos anteriores, é que, no mito, encontramos um pai canibalizado e, a partir daí, uma prole que se vê condenada a uma obediência, em referência a esse pai morto, que se tornou ainda mais forte.

O que dizer dos pacientes, aos quais atribuímos, o fenômeno epiléptico, aqui discutido? Neles verificamos, analogamente, a presença de um pai tirano, ou seja, com características perversas, a ponto de não se mostrar, suficientemente, para que se constitua em um significante paterno adequado, contra o qual o sujeito possa se

insurgir. Este pai, além de retirar direitos dos filhos, não lhes permite agir, coloca-os em suspensão, em um hiato, não deixa possibilidade alguma de traduzir em palavras os ditames paternos. A lei paterna invade o sujeito, na extensão de um trauma, o que o faz paralisar. Talvez não se possa falar, simplesmente, do surgimento de um sujeito barrado como em tantas outras situações, de uma barreira imposta, por um lado, e aceita por outro, mas de uma aceitação que passa por um não-sentido. Se não podemos atribuir um sentido mais consistente a esse significante, o sujeito sucumbe às crises que o livram de tratar daquilo que não é capaz e que diz respeito a um Outro, que se mantém protegido, com uma máscara, atrás da qual o filho não consegue ver.

Os três fragmentos aqui dispostos estão bastante longe de encerrarem qualquer questão, acerca daquilo que nomeamos de fenômeno epiléptico, no entanto, permite-nos levar em conta um certo comprometimento simbólico, que parece ter extraído do sujeito outra forma de atuação que não as crises.

5 Articulações clínicas

A transferência, motor da clínica, tantas vezes mencionada neste trabalho, comparece, como elemento primeiro, para se pensar na chance de trabalho, frente ao sintoma, à compulsão e ao fenômeno epilético. A aposta, no inconsciente, implica a crença em um processo terapêutico, onde o olhar, a escuta e a transferência desempenham papéis fundamentais.

A transferência, como suporte fundamental de qualquer trabalho psicanalítico, cuja definição, como sabemos, chega a se confundir com o próprio conceito ou com qualquer compreensão, acerca da psicanálise, merece atenção, no que se refere às muitas possibilidades na seara psicanalítica.

Garantimos, de antemão, que o dispositivo analítico vai depender da construção e do campo transferencial. É aí que localizamos a cena analítica. Uma questão interessante, nas sessões iniciais, é o diagnóstico estrutural, o que também está implicado na questão da transferência. Esse diagnóstico serve, para fazer pensar a possibilidade de colocar, em movimento, o trabalho analítico, principalmente, se pensarmos em Freud e em seu pensamento, em relação à neurose e à psicose. Estava ele voltado, para a neurose de transferência e, conseqüentemente, preocupado, em como este vínculo integrava os quadros neuróticos. Quando ele trata das entrevistas de prova, torna-se possível pensar que poderíamos encontrar, então, uma maneira de apontar, para um quadro de neurose, ou psicose. Freud avançou, nos seus estudos e, além dele, outros deram continuação à construção da clínica que, pelo seu lado, vem permitindo avolumar

todo o campo teórico, o que nos autoriza, hoje, a afiançar a certeza da transferência na psicose, embora tal fenômeno se dê com uma natureza particular o que, vale repetir, não implica dizer que a transferência não exista. Para que vale, então, o diagnóstico estrutural? Talvez, para mostrar uma estratégia de trabalho e, para conceder um lugar ao analista no processo. Pensar em estratégia não se confunde com um saber antecipado, que guiará o analista, no seu trabalho na clínica, frente às duas estruturas.

As diferenças, entre neuroses e psicoses, cessam, relativamente à transferência, se concordamos que ambas dela necessitam, para justificarem um trabalho, junto ao inconsciente fazendo-se necessário, acrescentar, ainda, que há algo na estrutura do sujeito, no seu psiquismo, da qual a transferência faz parte. Um parêntese pode ser feito, neste momento, para lembrar que a transferência é algo da estrutura libidinal do sujeito. Na análise, podemos pensar que a transferência fala da possibilidade de transferir alguma coisa, que vai fazer operar trabalho, embora saibamos que se transfere o tempo todo, em qualquer lugar, ou situação, mais uma vez reiterando, como algo da estrutura libidinal do sujeito. Esse transferir pode tomar a direção de uma instituição, de uma pessoa. Seja no texto freudiano, lacaniano, kleiniano, a transferência está justificada pela estrutura do sujeito.

Tantas vezes repetida a expressão “estrutura libidinal do sujeito”, em consonância com a transferência, leva-nos a articulá-la à ordem da pulsão de vida, sendo o que faz o sujeito entrar em um circuito de ligação. A transferência pode ser pensada como um efeito, que, para o sujeito, é determinante em todos os lugares. No estudo em questão, impõe-se a necessidade de produzir trabalho, sendo nessa imposição que o analista vai fazer acontecer algo. Dessa feita, sentido encontra-se um “divisor de águas”. De um lado, a clínica de sugestão psicológica, de

aconselhamentos; de outro, a clínica analítica, com tudo aquilo a ela atribuído, em termos de atuação, sem perder de vista compromissos, como é o exemplo do desempenho do manejo da transferência, pelo analista, incluindo-se a própria ética da psicanálise que não pressupõe o oferecimento de um caminho diretivo, de felicidade, com verdades antecipadas. A clínica psicanalítica não permite que não se dê vez ao desejo do sujeito, ou não se possa ouvir sobre a insatisfação sexual deste.

A transferência se oferece como um abismo, necessitando de um manejo adequado. Quando somos procurados, a grande maioria daqueles com os quais nos deparamos, traz a idéia, ou uma fantasia de que existe um Outro, que sabe sobre o seu padecimento, alguém que poderá dar fim ao seu sofrimento. O mesmo acontece com médicos, ou com qualquer outro profissional nos quais depositamos aquilo que podemos em uma linguagem menos técnica, chamar de confiança. É verdade notória que a melhor versão de confiança é transferência e, que esta tem a ver com a transferência de saber a quem passamos uma procuração, em uma linguagem jurídica, para dar conta do nosso sofrimento, “para resolver nossas coisas” (nossas pendências que não são jurídicas, mas psíquicas).

Sobre esse Outro, alvo da transferência, recai a exigência de uma resposta sobre o sofrimento, sobre sua queixa, ou, talvez, pudéssemos dizer, sobre sua demanda (de amor). A noção de abismo, em relação ao cuidado a ser tomado com o manejo transferencial pelo analista, está na proporção da forma como a questão do analisando se instala. Assim, é possível, em pouquíssimas palavras, entender o porquê da proximidade da transferência, com a estrutura libidinal do sujeito, assim como, com a questão do saber.

Tecer uma comparação, entre a clínica realizada pela medicina, e a clínica celebrada pela psicanálise, é considerar que o discurso do médico comparece, como aquele que traz para si um efetivo saber, tem um caráter afirmativo. Aliás, é isso que se espera dele: uma afirmação, quanto ao sofrimento do paciente, um diagnóstico fechado, pertencente a uma determinada patologia, que dê conta da situação apresentada. Relativamente à psicanálise, ao lugar ocupado pelo analista, submetemo-nos ao surgimento dos significantes da transferência que implica uma suposição, por parte daquele que nos procura. Em uma linguagem lacaniana, estaríamos tratando da “emergência do sujeito suposto saber” (1964, p.218), o que corresponde a dizer que, a partir de então, o analista é convocado a ocupar este lugar de suposto saber. Reconheçamos que, em algum momento, na busca de um processo analítico, demo-nos conta de estar acreditando, realmente, que aquele sujeito sabe, efetivamente, de nós. O que deve ser evitado, em tal ocasião, por parte do analista, é o risco de encarnar o discurso médico. Um compromisso negligenciável da análise é com o permitir emergir o Sujeito Suposto Saber, posicionando-se no lugar daquele que vai escutar, interrogar, pontuar; preservando, sempre, as características deste trabalho. Qualquer outra tentativa vai configurar um engodo que fará caminhar o tratamento em outras direções terapêuticas.

A transferência é algo que, em uma primeira instância, necessita, enormemente da atuação deste analista, na sua instalação. É, na chegada do paciente e no endereçamento de seu sofrimento ao analista, que se impõe um não responder, dizendo que sabe, sobre o que acontece com ele, mas permita que a própria situação contribua, ou leve à emergência do sujeito-analista, ou do Sujeito Suposto Saber. Referimo-nos a esse significante, que se instala, e que nos remete ao que Freud chamou de neurose de transferência (FREUD, 1920, p.32)

O encontro analista-analisando é marcado por algo trazido, pelo analisando que quer uma resposta em relação àquilo que, na verdade, se opõe ao saber. Esse crédito é atribuído ao recalque. O recalque original vai marcar o sujeito, dividindo-o e produzindo alguma coisa que passa a integrar o campo das representações, por ter sido recalcado. Esse conflito do querer, ou não querer saber, remete-nos à relação desejo-defesa. Essa relação nos encaminha à relação Real e Significante. Nesta, temos o significante da ordem da linguagem e algo que vai se dar no Real do corpo. Neste ponto, pensamos na clínica e na possibilidade de trabalho com a palavra, como via de representação, embora contemos, todo o tempo, com uma oposição consciente do analisando que, não facilmente, submete-se à ordem do inconsciente, defendendo-se e produzindo suas chamadas formações inconscientes.

Nessa *démarche*, que inclui transferência, defesa, resistência, não podemos negligenciar referentemente à resistência do analista. É preciso refletir sobre o que o analista possibilita, como a resistência dele se presta ao trabalho, como indica pontos que podem servir de limite àquilo que ele pode, ou não pode sustentar, fazendo surgir seu próprio desejo, como impossibilitador de uma produção de trabalho. Não analisamos resistência, ou defesa, mas transferência e desejo. Na verdade, os primeiros nos servem de subsídios clínicos, para trabalhar junto aos dois últimos.

Falar da clínica psicanalítica nos faz deparar com quatro conceitos que, entre outros, estão sendo discutidos, ao longo deste trabalho, exatamente por serem imprescindíveis em vários momentos. Estes conceitos são os de: transferência, resistência, interpretação e construção em análise.

A construção em análise, que até a presente oportunidade não tinha sido mencionada mais claramente, remete-nos aos limites da interpretação, exatamente

quando esbarra na compulsão à repetição, tocando o campo do não simbolizável, quando defende a noção de pulsão de morte, por exemplo, na segunda teoria pulsional. Lembremos que o campo libidinal é fruto do campo pulsional, assim como a pulsão de morte remete à ordem do irrepresentável, presentifica-se na compulsão à repetição. De nada vale, portanto, dizer ao sujeito que ele está repetindo, pois ele continuará a fazê-lo, encontrando-se, então, o limite da interpretação. Aí, porventura, possa-se encontrar a necessidade de cuidar dessa interpretação, que deve estar na exata medida, ou proporção do que pode ser ouvido, pelo paciente, e nele possa vir a deflagrar alguma produção.

Tentando tratar dos temas dos capítulos anteriores, valorizando a dimensão clínica, permitimo-nos pensar, por exemplo, em consonância com o que chamamos de fenômenos epiléticos, que algumas vezes, a clínica se vê frente a uma interrupção de atuações, logo no início do trabalho, fazendo-nos pensar como a existência, a participação desse vínculo (transferência), pode se dar em um período de tempo exíguo. Seria possível pensar que a barbárie de certos fenômenos proporciona formas, quiçá, maciças de transferência, exigindo uma ancoragem radical em relação ao Outro (analista), supondo-se, assim, que essa não ancoragem, até então, tenha dado lugar ao real, que se caricaturou nessas representações? Esta tem sido uma pergunta do presente trabalho. Proponhamos uma reflexão, acerca do significante paterno, proposta ensaiada, anteriormente, bem como a idéia de uma transferência maciça. Neste caso, interrogaríamos este significante, julgando que, por acaso, alguma coisa da ordem de uma imprecisão deste significante possa fazer ocorrer esses fenômenos, que preenchem esse lugar, com características que se servem do soma, que alijam a palavra e a simbolização.

A posição do sujeito desejante é a da falta, e o amor de transferência contribui, juntamente com o analisando, na empreitada, em direção à verdade de seu desejo, àquilo que lhe falta nesse desejo da ordem do indizível.

De modo geral, podemos pensar que o analista ocupa o lugar de quem interroga esse sujeito das formações inconscientes, quais sejam: sintomas, compulsões ou fenômenos epilépticos, que se apresentam de uma forma tão primária, em referência a sentidos e oferecem a chance de articular um saber, que vai tentar um percurso do imaginário ao real, pelo simbólico; um percurso de novas inscrições de atravessamento da palavra, que busca, em última análise, uma nova economia do desejo, que passa por uma retificação subjetiva, frente à castração.

Essa dialética da transferência vai incidir, nesse movimento desejante, nesse caminho da demanda dirigida ao Outro, vai remeter à falha, ou a uma imprecisão do significante, que faz repetir, que promove diferentes formações. É o narcisismo capaz de registrar experiências prazerosas e desprazerosas no corpo, no corpo erógeno, mas só no Outro a causação de uma integridade da imagem poderá se dar.

A chegada à clínica, como não poderia ser de outro modo, dar-se-á pelo sofrimento, frente ao fracasso da defesa, do recalque que abandonam o paciente vulnerável a esse movimento selvagem de manutenção desse recalçamento e, conseqüentemente, do seu retorno que produz angústia.

Em, *O estranho, Freud (1919/1988)* tenta, de várias maneiras, conceber uma definição, para este título, e, no referido ensaio, tenta transmitir a idéia de “*Estranho*”, como aquilo que se repete, que é estrangeiro, como algo que se esconde atrás do que é visível, algo não simbolizável. Aquilo que surge, irrompe, portando o que não foi elaborado pelo sujeito.

Resumidamente, ao falarmos de qualquer outra manifestação do sujeito, há de ser levada em conta, sempre, a singularidade, a potência do inconsciente, esse sujeito da enunciação que nos faz questionar, não entender, tomar caminhos; há de ser levado em conta, finalmente, o caráter ontológico: “o sujeito do inconsciente”.

Detendo-nos na questão da organização inicial da vida subjetiva, consideramos oportuno registrar, sobre a função parental, o que Lacan nos explicita com as palavras:

Não se coloca a questão do Édipo se não houver pai; inversamente, falar de Édipo é introduzir como essencial a função do pai. Será que um Édipo pode se constituir de maneira normal quando não há pai?[...]. Percebemos que não é assim tão simples, que um Édipo poderia muito bem se constituir mesmo que o pai não estivesse lá[...]. Os Complexos de Édipo inteiramente normais, normais nos dois sentidos, tanto normalizantes, por um lado, quanto normais enquanto desnormalizam, quero dizer, por exemplo, quanto aos seus efeitos neurotizantes, seriam estabelecidos de uma maneira exatamente homogênea aos demais casos, mesmo que o pai não estivesse ali (LACAN, 1999, p.171).

Para que se pretenda ratificar a função paterna, como um eixo da organização psíquica do sujeito, sendo responsável por uma inscrição subjetiva que ultrapassa, ou possa subverter o caráter biológico, consideramos interessante ressaltar essa dupla possibilidade de promoção de angústia, seja esta provocada por uma presença, ou representada por uma ausência paterna. O que parece nos interrogar, desde o início, ao se pensar nessa função, é no “como” e “quando” a função paterna se apresenta; como se dá esse encontro da criança, com essa instância, ou lugar universal, sustentáculo de uma realidade psíquica. Afinal, como se poderia pensar esse pai? Como “criado”? “Adotado”? De qualquer maneira, podemos pensar essa noção paterna, como operador simbólico a-histórico,

referindo-o à história mítica de *Totem e Tabu* (FREUD, 1913/1988), onde o pai não é fundador da função, mas representante dela.

Seja como for, a questão da cena primária comparece, como algo que persegue a criança, nos seus primeiros anos de vida, algo sobre o qual deposita suas excitações polimorfos, incluindo-se nelas toda uma relação direta, inclusive com tudo aquilo que põe em risco sua existência. A expressão, introduzida por Melanie Klein, de “pais combinados” (KLEIN *apud* AULAGNIER, 1989, pp.212-214), para designar uma teoria sexual infantil representada pela união dos pais em uma relação sexual ininterrupta, em uma inseparabilidade destes, confundidos em um coito, constitui fantasias arcaicas e ansiógenas. A cena primária pode representar, dessa maneira, um pólo de angústia, relegando e submetendo a criança a uma condição de impotência, podendo constituir um núcleo arcaico, ou um cenário privilegiado de angústia.

Em relação, propriamente, à função paterna, poderíamos lembrar, de igual modo, de Guy Roger (2000), quando fala do caráter paradoxal dessa função, transmitida pela mãe, firmada pelo pai e confirmada pelo filho, ou filha, na medida em que, por mais que essa entrada do pai ocorra no *après-coup* (só depois), este esteve desde sempre, na fantasia consciente, ou inconsciente da mãe, embora, como já disséramos, só nesse *après coup* haverá a possibilidade de uma organização com um caráter retroativo.

Podemos pensar que, no momento da chegada do pai, não se dá um conhecimento, o que não é diferente da noção da teoria do trauma; o que se verifica é um reconhecimento, no caso do primeiro, ou a significação, como se verifica no trauma; de qualquer forma, essa questão da temporalidade vai permitir um *a posteriori* responsável pelo surgimento do significante paterno.

No que se refere à função fálica, haverá a possibilidade de um intercâmbio dessa função, entre a mãe e o pai, preservada sua dimensão legalizadora. Vale registrar que o falo vai constituir o centro gravitacional da função paterna, fazendo o Pai Real assumir um lugar Simbólico, permitindo que a função paterna se mantenha simbólica, para além de um Pai Real. Podemos pensar que o Pai Simbólico guardará uma absoluta relação com a lei de proibição do incesto, fazendo valer essa lei, que representa o triângulo edípico, cujos vértices estão articulados ao falo que investe esse Pai Simbólico, a partir do Pai Real, pela via do Pai Imaginário. Assim, o Pai Imaginário possibilita ao Pai Real se transformar em um Pai Simbólico.

Genericamente, esse caráter simbólico, como vimos, faz separar este Pai do Pai Real, caráter que diz respeito a um atributo imaginário fálico, como dissemos anteriormente, que o eleva à posição de ter direito, fazendo-o provar que possui aquilo de que os outros são desprovidos. Desta forma, se pensarmos que todo terceiro, que vier a mediatizar os desejos mãe-filho, poderá assumir esse lugar legalizador, interrogaremos o caráter imprescindível da presença de um homem para ser pai.

Relativamente à histeria, lembramo-nos, desde logo da questão da sedução, inicialmente encarada como algo concretamente vivido, como fora defendido na Teoria da Sedução (FREUD, 1897/1988), e, mais tarde, considerada uma vivência fantasiosa, resultante dessa indagação sobre o seu sexo, bem como uma indefinição histórica, como sujeito que goza. No nível do Outro, localiza-se a demanda na histeria, a partir de uma identificação simbólica, que tem, como matriz, a função, ou instância paterna. É interessante pensar que o desejo, sempre insatisfeito na histeria, vai interrogar esse pai, essa (im)potência paterna que submete a histórica,

ao mesmo tempo que a interroga, passando ao desejo de desejar o que traz insatisfação.

Lembremo-nos de Pierá Aulagnier, que nos fala deste pai, como “*cet autre sans seins*” (esse outro sem seios) (AULAGNIER, 1989, p.207), esse Outro, que figura como eixo de estruturação, alvo de projeções e sentimentos, constitutivo de uma função que desliza entre personagens de uma mesma história. Podemos pensar que este Pai, ou esta Função, vem-se colocar, como interditora da relação de prazer mãe-filho, seja pela força de sua presença, seja fornecendo um sentido a esse ódio, consequência de um limite imposto ao prazer. Esse ódio, que se mistura com proteção e, nesta última, representará, para a criança, um ideal narcísico que lhe permitirá ascender à posição de sujeito, pela via de uma identificação, que não deverá ser total, uma vez que algo estará reservado estritamente ao pai. A função paterna, em última análise, constitui um eixo, uma encruzilhada, a partir da qual o filho garantirá seu advir subjetivo, funcionando essa, como coluna vertebral narcísica do sujeito.

Relativamente à mãe, debruçamo-nos, agora, sobre uma reflexão, acerca da relação de um “futuro sujeito”, com um ser desejante, que começa a responder deste lugar (de mãe), desde lá no início da vida. Assim, tomamos as idéias valiosas de Aulagnier que, com toda a genialidade, abordou a questão da formação do eu, como algo diretamente determinado, a partir da relação mãe/filho, da batalha pela delimitação de um espaço psíquico, sustentado na certeza de ser um demandante a quem não faltarão objetos para demandar, ao contrário do desejo que só se sustenta pela falta do objeto.

Consideramos, igualmente interessante, citar Freud (1914/1988) em, *Para Introduzir o Narcisismo*, quando denomina o estágio mais primário do

desenvolvimento psicosexual de auto-erotismo, período que vai preceder o surgimento do Eu, período no qual Aulagnier (1989) localiza as representações pictográficas e de fantasias, metabolizadas em um segundo momento, a partir do surgimento do eu, que oferece um lugar às representações ideativas, que poderão ser guardadas como lembranças do passado.

A grande questão que se coloca é o surgimento de um “Eu”, que se dá em um *a posteriori* e cujo momento anterior não é prontamente acessível, pois terá que ser possibilitado pelo Outro em uma construção, uma vez que, ao surgir, o Eu já encontra um universo anterior a ele, criado para ele e, curiosamente, até investido por ele. É uma questão de atribuição, algo que poderia ser comparado a uma origem mítica, embora esta não pareça ser a melhor tentativa de compreender. Poderia pensar-se “em um nascer já tendo nascido”. O Outro, ou o discurso do Outro, ou o desejo do Outro, aparece como um já pré-existir, em relação a esse Eu, anterior à sua existência. É uma condenação a uma “existência certa”, ou a um “nascimento anunciado”, desejado por um Outro, antecipadamente.

A perspectiva dessa existência dar-se-á, garantida por inscrições, traços mnêmicos, voz, imagem materna, como via de concretizar elementos da construção de um início da vida; aquilo que vai permitir que se construa, ou dê sentido, em um segundo momento, e é aí que surge a mãe, ou seu representante, como a grande possibilitadora da construção de uma história, do que aconteceu, até então, nesta vida, e, mais que isso, como uma contadora de história que arbitrará a forma como vai subsidiar, como vai noticiar o momento inicial da vida, decidindo, inclusive, ou, principalmente, sobre a forma como essa história será contada: seja na forma de um romance cheio de idas e vindas, verdades, ou meias-verdades, fantasias, afeto, ou na forma de um documentário, levado à criança de forma, por vezes verdadeira,

embora distante, seca, sem qualquer investimento que possa ofertar ao sujeito, ou aparelhá-lo, para se tornar desejante, conduzindo-o, assim, ao vazio, ao enigmático, referentemente à sua própria história. Essa dupla possibilidade será a garantia de proteção da “representação do bebê”, ou, quem sabe, o “roubo de uma infância” (AULAGNIER, 1989, p.218).

O processo identificatório estará, aí, quiçá, não aparente, mas integrante do processo de construção da história, caráter inalienável para o sujeito humano; esse sujeito que se presume fazer parte da economia libidinal dos pais. Esses pais que, na verdade, vão ocupar o lugar de causa da vida da criança, a partir de um discurso. Quando, neste texto, seguindo os passos de Aulagnier (1989), valorizamos a posição de contadora de história desempenhada pela mãe, visamos a creditar, nessa função, a responsabilidade por permitir, a esse filho, o reconhecimento do desejo da mãe em relação a si. A mãe, portadora de enunciados, proporcionará uma identificação simbólica, vivida pelo eu detentor de representações ideativas, de sua possibilidade de recalcar, ou de sublimar. Nesse processo identificatório, haverá a viabilização de uma relação da criança com a realidade de seu próprio corpo e, além disso, de sua penetração no campo do social.

O não investimento, por esse Outro, produzirá desconforto, um vazio carregado pelo sujeito, para sempre, sem ao menos saber, quando isso começou, teve origem e, assim, na impossibilidade de, simplesmente, brotar e crescer sem ajuda, este Eu desinvestido se tornará incógnito, lacunar, com a sensação de que algo não está explicitado, dito. Dessa forma, podemos pensar que, talvez o que não compareça é algo da ordem do desejo, da esperança narcisista que não lhe foi

endereçada. Muitos são os caminhos do conflito neurótico, em todos eles percebendo-se questões pertinentes às relações que envolvem o desejo.

Remetemo-nos, mais uma vez, ao texto de Aulagnier (1989, p.222), quando esta afirma “a origem da história tem que coincidir com a origem da história do desejo”, reafirmando, ou atribuindo à mãe: a origem, a função de operadora primeira da organização subjetiva.

Não parece redundante reiterar que eliminar um comportamento do paciente não equivale a acabar com a doença propriamente dita, até porque, já foi suficientemente discutido que, em se tratando de psicanálise, essa relação sintoma-doença está longe de protagonizar nosso trabalho que se volta, mais exatamente, para um entendimento, para os sintomas, compulsões, fenômenos epiléticos, ou qualquer formação do inconsciente, na qualidade de meta a ser perseguida. Deixemos, afinal, essa relação direta, para a medicina, que propõe outra atuação. Sabedores que somos de que essas formações inconscientes podem ceder vez a outras, temos, em muitos momentos, a sensação de uma “incurabilidade”, frente a pacientes em um trabalho terapêutico. Talvez caiba, neste momento, pensar nos chamados “ganhos”, proporcionados pelo sintoma, pela compulsão, pelo fenômeno epilético aqui discutido, a ponto de representarem o sujeito, na dimensão de uma identidade, como sua única forma de existência. Como fazer, então, diante da situação da libido, que parece ter encontrado, nesses comportamentos, sua via de satisfação, sem nenhuma vontade de renunciar a seu “estado de plenificação”, por mais que essa satisfação seja inútil, parcial e, conscientemente, indesejável? A noção de gozo deve ser registrada, neste ponto, como utilizada por Lacan (1972, p.11), quando postula que “o gozo é o que não serve para nada”. Neste sentido,

parece viável dizer que o sintoma é um nome, para o gozo que sobrevive de uma libido fixada e que traz uma felicidade inconsciente. Podemos adicionar, ainda, o texto “Televisão”, quando registra Lacan (1993) essa felicidade proporcionada ao inconsciente pelo sintoma.

Tratar das causas das formações inconscientes remete qualquer estudioso, com um olhar psicanalítico, às experiências infantis, como potencialmente grandes ancoradouros, ou fixadores da libido. A noção de um “só depois” socorre esta reflexão, no sentido de explicar que, como sabemos, este momento prematuro permanece como ancoradouro, à mercê de um acontecimento posterior do sujeito que virá significá-lo. É como um campo de forças, que poderá atrair, para si, em qualquer momento da vida, algum material para ser investido. No texto, *Esboço de Psicanálise*, Freud (1938/1988) trata, exatamente, de um “não cessar de não se inscrever”, oferecendo uma forma de entender a insistência do sintoma, a existência de uma metáfora e a subserviência ao sintoma e ao gozo.

Finalmente, tentando pensar a questão dessas formações, em uma articulação com o mundo significante, há de se considerar que um trabalho, ou uma clínica dedicada a essas questões, aproxima-nos de uma compreensão, acerca dos significantes, e abre as comportas da nossa subjetivação; essas formações, muito longe de sinalizarem patologias, representam um signo, para um específico sujeito, o que em um entendimento psicanalítico, remete, outra vez, à satisfação não ocorrida. Se considerarmos o sintoma, não como emergência de uma verdade, mas como gozo, quiçá seja viável pensar que uma possibilidade não exclui totalmente a outra, no sentido de uma verdade do afeto, igualada à pulsão de satisfazer ao gozo, ao sintoma e a outras formas de organização subjetiva.

Clinicamente, podemos supor que a entrada, na análise, implica um acreditar que algo não funciona, ou funciona de uma maneira particular, no entanto, seja como for, comunica algo e, no final de uma análise, permite que o sujeito esteja mais preparado, para achar o que fazer com esse algo, com essa forma particular de funcionar.

Abordar os conceitos de: sintoma, compulsão e fenômeno epilético, articulando-os com a clínica, é, sem dúvida, tratar de questões diversas, com realidades clínicas diferentes e perspectivas, ou olhares, igualmente particulares, embora se encontrem em muitos momentos. É possível, no entanto, afirmar que se trata de modalidades de sofrimento que causam danos conscientes, que acontecem em um certo corpo, com características particulares.

Na conferência XVII, *O Sentido dos Sintomas*, Freud (1916/1988, p.305) planta uma importante discussão, pretendendo um melhor dizer sobre o sintoma e seu(s) sentido(s), intimamente articuláveis com a experiência do paciente, com a vida de quem os produz. Pondera que, no tocante à neurose obsessiva, esta não seria tão universal, como a histeria, defendendo a idéia de que na neurose obsessiva, não se verifica uma presentificação do corpo, como cenário de aparecimento de muitos sintomas. Defende, assim, que, neste caso, o sintoma estaria circunscrito à esfera psíquica.

Genericamente, sabemos que, na neurose obsessiva, vemos o paciente ser tomado por pensamentos que não lhe interessariam, sendo plenamente capaz de perceber que os impulsos internos, que o colocam em conflito, não lhe parecem lógicos, não servem para alguma coisa, embora não os possa evitar. Assim, mesmo quando essa presença de pensamentos é tida como “irracional”, torna-se

inconfrontável, invencível, fazendo-o comportar-se de maneira dissonante com a sua vontade, mas que poderíamos entender, consonante com o desejo inconsciente. Em relação ao ato obsessivo, este funciona como uma representação, como uma repetição, servindo-se de artifícios, como uma simples inversão de uma cena anterior, ou de uma continuação de uma outra determinada cena. Seja como for, vê-se uma tentativa de consertá-la. A ininteligibilidade do sintoma tem a mesma potência do desejo que determina a força do recalque. Vale registrar que o sintoma não deve ser pensado pura e, simplesmente, como algo resultante de um período destacado da infância, mas, muitas das vezes, é algo que se reedita nas relações, seja até mesmo através do comportamento familiar, se é que, poder-se-ia dizer desta maneira, considerando a dinâmica Eu-Outro.

Tecendo considerações acerca da distinção do binômio sintoma e compulsão, é importante marcar que, no primeiro, a repetição descreve um circuito mais amplo, que teve seu começo na experiência traumática, passando à lembrança, o recalque da lembrança, o fracasso da defesa e seu retorno, que dá vez ao sintoma, considerando que o recalque não é pleno de sucesso, ou não é absoluto. Em relação à compulsão, Freud se refere a esta, a partir da noção de pulsão e de seus quatro elementos. A pressão impõe, portanto, a repetição, sem uma elaboração maior, em termos de circuito, como foi trabalhado por Freud (1920/1988) em *Além do Princípio do Prazer*, onde é encontrado um tratamento metapsicológico para a questão.

Quanto às estratégias de interpretação, sugerimos que a formação do sintoma se dá, a partir de um universo de elementos integrantes da dinâmica psíquica, e que concorrem para um produto final, vivido pelo sujeito, denominado sintoma. Há de se reiterar que não se trata de um processo de simples explicação,

na medida em que penetramos na esfera psíquica e, em especial, na aposta em um inconsciente, em que nenhuma tarefa muito fácil é esperada, considerando que os caminhos inconscientes são sinuosos, cheios de surpresas, resistências. Isto nos coloca frente a um confronto no qual, por mais que nos disponhamos a uma escuta, na função de analista, ou a falar, na qualidade de um sujeito que padece, contamos com uma primeira de muitas dificuldades: a racionalização. Este expediente, para ser abandonado, não é, indubitavelmente, tarefa fácil, por mais primitivo que possa parecer e ser pontuado, até mesmo por quem padece e que até seja capaz, em muitos casos, de reconhecer que se serve de tal expediente. Levantamos, ao longo do texto, a dificuldade de trabalhar com tantos mecanismos de defesas, como é o caso: das racionalizações, das formações reativas, de tantas regressões, projeções, atos falhos. No que toca à pulsão, não parece simples perceber sua dinâmica, dando conta do funcionamento psíquico na perspectiva econômico/tópico/dinâmica.

O tema transferência foi amplamente discutido, em outro momento do presente trabalho, no entanto, mencionaremos alguns dos textos nos quais Freud discute a questão, entre eles: *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos* (Freud-Breuer. 1893/1988), *Fragmento da análise de um caso de histeria* (1905/1989). Somente em 1912/1988 (*Dinâmica da transferência*), surge um texto dedicado a esse instrumento fundamental para a psicanálise. Algumas transformações devem ser pensadas, por exemplo, a mudança de “transferências” para “transferência”. A primeira delas, como representando várias situações, resolvidas uma a uma, como em um falso enlace, ou deslocamento, e a segunda, dando vez a uma cadeia, formando uma totalidade do percurso.

Vale a pena lembrar que Freud vivia um momento voltado à técnica da psicanálise. Quanto à transferência, era já vista como um endereço do discurso,

como um saber sexual inconsciente, um saber sobre o objeto. Em outras palavras, como uma produção da repetição.

Reiterando o que já foi comentado, o dispositivo analítico vai depender, diretamente, da construção e do estabelecimento do campo transferencial, sustentado, no alicerce da libido, assim permitindo-nos pensar em um endereçamento da libido e em uma transferência de saber.

Seja como for, a transferência viveu um primeiro momento, quando era vista como obstáculo ao trabalho analítico, passando à categoria de pólo, onde a interpretação incidiria, até o *status* de parte da estrutura do sujeito. Via, finalmente, de possibilidade de interpretação.

Especificamente em relação à interpretação, embora tenha alcançado bastante visibilidade na “Interpretação dos Sonhos” (*FREUD, 1900, 1988*), sabemos que ela sempre esteve presente na proposta, ou naquilo que se poderia chamar de intenção maior da psicanálise. A importância dela, para a psicanálise, sempre foi substancial, o que permite pensar que, sem a proposta de uma interpretação que conte com a transferência, formando um todo, para fazer acontecer análise, não haveria a menor chance de se falar em trabalho junto ao inconsciente.

É importante que se tenha bastante evidente que a interpretação não é nada que se faça aleatoriamente, sem que haja preocupação com algumas regras fundamentais que incluem, para o analista, via de regra, o não se deixar levar por qualquer caminho preestabelecido por uma análise viciosa, a partir de sua própria experiência de vida. Não se trata, simplesmente, de se fazer um discurso pela neutralidade absoluta, mas de se falar de um esforço, no sentido de uma isenção, em um trabalho que prime pela “associação livre”. Essa preocupação deve estar presente, sob pena de, se assim não acontecer, fazer ruir toda a intenção de uma

interpretação com o quilate psicanalítico. Toca-se, aí, sem dúvida, em questões, como a ansiedade do analista, que será tentado, todo o tempo, a percorrer um caminho, por vezes maníaco, selvagem, na condução do processo analítico.

As atitudes precipitadas de interpretação levam a um abuso de poder. Essa preocupação, portanto, vai de encontro ao perigo de um dogmatismo assemelhado às religiões, entre outros muitos caminhos perigosos, para o trabalho de escuta, que pode colocar o analista na posição de algoz, seu discurso funcionando como a chibata que faz bater, no rosto do paciente, revelando verdades com as quais ele nada pode fazer, submetido, simplesmente, ao plano racional das idéias defensivas. Desta feita, percebe-se uma total negligência, referentemente, à necessidade de interrogar sobre o desejo do analisando, evitando qualquer pronunciamento do analista que se aproxime de verdades prontas, finalizantes.

No final de sua vida e trabalho, Freud (1937, 1988) articulou a noção de interpretação à noção de uma construção, ou seja, à produção de sentido, no que tange a esse material inconsciente, não passível, unilateralmente, de uma interpretação, previamente elaborada por um dos lados, mas algo que, pacientemente, surge e abastece de sentido a situação que outrora havia dado lugar ao sofrimento e à busca de um processo analítico, pela presença de sofrimento.

Relativamente à compulsão, talvez a análise ceda lugar a alguma representação, para a pulsão se ligar, considerando sua característica de ato, diferentemente do sintoma, como condensação de sentido, como significante, na busca de significado, que proporcione alguma ordem de organização pela via da interpretação.

Abre-se, aqui, a chance de discutir, na contemporaneidade, as patologias surgidas do puro ato, na categoria de novos sintomas, o que já fora discutido em capítulo próprio, mas que não ficaria fora da discussão sobre a clínica. Neste caso, contamos com algo do campo da impulsividade, podendo incluir, aí, quadros tão presentes nos nossos dias, tais como: bulimias, anorexias, pânico, depressão. Estas e outras situações clínicas comportam, exatamente, essa não sofisticação de circuito, também já enunciado.

Valorizar uma relação psicofísica pode contribuir nesta discussão, levando-se em consideração que, no parágrafo anterior, comentamos sobre a compulsão, fazendo-a representada por episódios, quando o padecimento orgânico é tão evidente. Dizendo de outra maneira, cabe cuidar daquilo que poderia ser tratado como uma anomalia funcional, onde uma dinâmica psíquica parece ceder um espaço considerável à presença do corpo orgânico evidenciado por uma patologia

Exemplificando o que vimos tratando, no que tange às patologias do ato, parece interessante transcrever um fragmento do Código Internacional de Doenças (CID-10), quando se refere à anorexia nervosa, como exemplo desse circuito da compulsão, que sustenta esses comportamentos:

Embora as causas fundamentais da anorexia nervosa permaneçam imprecisas, há evidência crescente de que a interação sociocultural e fatores biológicos contribuem para sua causação, assim, como mecanismos psicológicos menos específicos e uma vulnerabilidade de personalidade. (CID- 10, p. 173)

Tentando promover uma tradução do fragmento, para o que está sendo tratado, podemos supor que, tanto na anorexia, como na bulimia, um laço estreito se revela, no tocante à alimentação. Este laço parece ser uma via privilegiada, ou talvez

única, de sobrevivência psíquica, levando o paciente a não reconhecer o Outro, na medida em que não consegue reconhecer-se. Sua imagem, em absoluto, não corresponde à realidade de seu corpo. O paciente não se reconhece, dando vez, unicamente, à continuação de um mesmo vínculo que o impele à ação. O ato compulsivo, como aquilo que mantém o sujeito, que o representa. É um vínculo com o ato que não comporta outras possibilidades. Esta afecção parece representar um pouco do universo dessas patologias.

Em relação ao fenômeno epiléptico, podemos lembrar a exposição das características históricas, com o tom exagerado das crises, uma aparente incoerência de alguns sintomas que mudam, espontaneamente, e são desempenhados com um certo tom de “teatralização”.

Tentando explicar o mecanismo psíquico da histeria, Freud (1893/1988) se dedica ao estudo da teoria do trauma. Dessa feita, respeitadas as diferenças individuais, qualquer vivência de susto, vergonha, ou dor, poderia justificar um trauma psíquico. O trauma tem a função de desencadear a histeria. Desta maneira, uma experiência que, em um primeiro momento, não apresentasse grande expressão, poderia ser investida e significada, em um segundo tempo, e, neste sentido, o sintoma histérico desapareceria, com a lembrança do fato provocador, que seria “transcodificado”, em palavras, crendo que é, pela via da palavra, que se torna apto a reminiscências.

Em se tratando de um não escoamento desse afeto, pertencente àquela “intensidade sensorial”, que integrou o trauma, este ficará investido, permanentemente, na vida do sujeito, a menos que essa idéia integrante do trauma seja recalçada e o afeto tome um outro caminho. Vale lembrar que esta é a primeira

vez que Freud fala de recalçamento, referindo-se a uma intenção inconsciente, o que é ratificado no texto *As neuropsicoses de defesa* (1896/1988, p.57).

No texto *A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão*, Freud (1910/1990, p.199) vai reforçar a idéia do mecanismo de recalçamento e de uma etiologia sexual, na histeria, com um sofrimento, na vida afetiva dos pacientes, ocorrido a partir do encontro penoso de um afeto, pleno de desconforto, que se associa a uma idéia desagradável e, assim, uma defesa egóica é erguida, o que atestado no trecho abaixo:

...nossa civilização mostrou-nos que ela se origina, principalmente, à custa dos instintos sexuais componentes e que estes têm de ser suprimidos, restringidos, transformados e dirigidos para objetivos mais elevados, a fim de que se possam estabelecer as construções psíquicas da civilização. Conseguimos reconhecer como um resultado valioso dessas pesquisas algo que nossos colegas ainda não estão prontos para aceitar, isto é, que os padecimentos humanos conhecidos como 'neuroses' se derivam das maneiras muito diversas em que esses processos de transformação dos instintos sexuais componentes podem malograr. O ego sente-se ameaçado pelas exigências dos instintos sexuais e os desvia através de repressões; estas, no entanto, nem sempre produzem o resultado esperado, mas levam à formação de substitutos perigosos para o reprimido e as reações incômodas por parte do ego. Dessas duas classes de fenômenos, tomadas como um todo, emergem o que chamamos os sintomas da neurose. (FREUD, 1910, p.201)

Resta ao psiquismo dissociar idéia e afeto, na tentativa de diminuir o sofrimento, o que abre caminho para o afeto, que não só vai circular, no campo de outras idéias, como, igualmente, tentará alcançar o soma, excitando-o, privilegiando-o, dando lugar às conversões. Pela via conversiva foi possível encontrar um caráter psicofísico que faz deslizar a excitação entre o psiquismo e o somático. Em outras palavras, o fracasso ideativo, ou catártico, dá lugar ao sintoma.

No texto, *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar Breuer e Freud* (1893/1988), é atribuída à histeria uma

determinação através do simbolismo. Esta noção de simbolismo pode ser considerada, pela não exatidão na compreensão do discurso do paciente, que, à época, contava com idéias que eram ativas, quando do irrompimento histórico.

Quanto à conversão, podemos considerá-la conseqüência de uma obstaculização do curso associativo, pela incompatibilidade dessa idéia, em conformidade com o ego, na qualidade de pertencente à ordem do sexual.

Freud se detém na divisão da consciência e na idéia de recalçamento, além de não negligenciar o lugar da conversão na histeria.

Resumidamente, na conversão histórica encontramos incompatibilidade de idéias de cunho sexual em relação ao ego. Idéias investidas que não encontram, na elaboração, ou ab-reação, vias de solução, submetendo-se, por conseguinte, ao recalque da idéia, que deixa seu afeto correspondente, candidato à inervação somática que dará lugar à conversão, embora não se possa dizer, com isso, que haja qualquer lesão orgânica do paciente em conseqüência dessa somatização.

Os sintomas somáticos foram de igual forma, lembrados no texto *A sexualidade na etiologia das neuroses* (Freud, 1898/1988), onde a neurastenia apresenta um distúrbio da função sexual, culminando com os citados sintomas somáticos. O caráter sexual, na neurose de angústia, neste momento, diferentemente da neurastenia, estaria articulado aos afetos ligados às práticas sexuais ditas anormais. Os excessos sexuais, registra Freud, podem provocar a neurastenia, o mesmo podendo acontecer com o excesso de trabalho.

A neurastenia, como neurose atual, teria seu irrompimento, em uma fase mais contemporânea, na puberdade, como resultado de conflitos sexuais.

A angústia é deflagrada, solitariamente, ou, como resultado de uma falta de autoconfiança, assim se apresentando, cronicamente, bem como através de crises, quando o corpo se faz presente.

Em *Obsessões e fobias*, Freud (1895/1988, p.77) aponta estas últimas, como parte da neurose de angústia, apresentando, assim, irritabilidade com o excesso de excitação. A angústia pode apresentar uma idéia, facilmente intensificada, e se associar às funções de constrição vasomotora, de alteração cardíaca, dificuldades de respiração, vertigens, vômitos, tremores e de uma enorme gama de outras manifestações.

Na neurose de angústia, existe uma excitação somática e não um desejo psíquico, como na histeria. Atentemos para os ensinamentos de Freud:

A neurose de angústia, também, tem uma origem sexual tanto quanto eu posso perceber, mas não relacionada a idéias provenientes da vida sexual: para falar a verdade não há qualquer mecanismo psíquico. Sua causa específica é a acumulação de tensão sexual, produzida pela abstinência ou pela tensão sexual não consumada (usando o termo com uma fórmula geral para os efeitos do coitus reservatus, da relativa impotência do marido, da excitação dos noivos sem satisfação ulterior, da abstinência forçada, etc.).
....o mecanismo da neurose de angústia deve ser procurado em uma deflexão da excitação sexual somática da esfera psíquica, com um conseqüente emprego anormal dessa excitação. (FREUD, 1894/ 1988, p.83-106)

Na neurose de angústia, a excitação sexual somática não é exercida psiquicamente. Os campos psíquico e somático oferecem caminhos diferentes para a excitação sexual. Nesta neurose, haveria uma causação, no coito interrompido, na masturbação, na angústia virginal, entre outros.

A invasão desse afeto angustiante, no plano somático, vai se dar pela projeção que, não conseguindo escoar a excitação sexual, faz o psiquismo projetar

para fora a excitação. O afeto representa, desta maneira, uma reação à excitação exógena.

O afeto, na neurose de angústia, sofre, portanto, uma projeção, enquanto que, na histeria, esse afeto se vale de um deslocamento. É importante dizer que, tanto a neurose de angústia, quanto a neurastenia, encontram sua causa no campo somático. A histeria e a neurose obsessiva encontram, podemos dizer, sua causa no campo psíquico.

Se tentarmos traçar uma diferenciação, entre a neurose de angústia e a histeria de conversão, verificaremos que na primeira, parecem comuns as manifestações de dispnéia e as crises cardíacas, enquanto na histeria, observam-se conversões com a intensificação de dores de causas também orgânicas. De qualquer maneira, “a neurose de angústia representa a contraparte somática da histeria” (FREUD, 1894/1988, p.109). Na neurose de angústia, temos uma excitação sexual somática, e, na histeria, um caráter psíquico.

A questão da hereditariedade, na formação das psiconeuroses, em Freud, é encarada como “passaporte”, como uma predisposição para os casos mais graves, embora a irrupção psiconeurótica fale a favor de uma excitação sexual precoce.

O que se pode afirmar, de maneira geral, é que a causação neurótica pertence ao campo do sexual, sendo que, na neurastenia, e, na neurose de angústia, essa causação aconteceria em uma idade posterior à infância, diferentemente das psiconeuroses.(FREUD, 1989/1988).

Em, *Moral Civilizada e Doença Nervosa Moderna*, Freud (1908/1988, p.187) afirma que a neurastenia seria uma neurose tóxica e a histeria uma neurose psicogênica, dependente de complexos ideativos inconscientes e recalçados.

Freud (1912/1988) anuncia a impotência da psicanálise, no que tange às neuroses atuais, por não serem simbolizáveis e não se constituírem em substitutos da satisfação sexual. Tempos depois, nas *Conferências introdutórias sobre a psicanálise*, Freud (1916/1988, p.441) vai asseverar que, tanto nas psiconeuroses, como nas neuroses atuais, a libido comparece como origem, embora nas neuroses atuais os sintomas não tenham sentido, como nas psiconeuroses. Tais neuroses atuais teriam um desenrolar somático. Em contrapartida, o primeiro sintoma de uma psiconeurose é o sintoma de uma neurose atual. A angústia de todas as neuroses é batizada por Freud, nestas *Conferências Introdutórias*, como estado afetivo que tem lugar na história anterior do sujeito.

É fundamental pensar que o não escoamento da libido e seu conseqüente acúmulo estão na raiz dos sintomas, dando lugar à angústia, como alvo de fuga do ego, além de outros sintomas. A histeria conversiva representa a exclusão da angústia e a eleição do corpo que será investido. Na neurose de angústia, o acúmulo da libido causa angústia, promovendo processos somáticos.

Somente em *Inibição, Sintoma e Angústia*, Freud (1926/1976, p.107) atribui ao complexo de castração todas as neuroses, dizendo que, na neurose de angústia, revive-se a situação de um perigo original e, na psiconeurose, há uma inibição da fonte da angústia.

Em tal momento, não se observa mais a aproximação entre libido e angústia. A libido, proveniente do ego e insatisfeita na neurose, não é necessariamente transformada em angústia, passando esta última a ser considerada originária.

A hipocondria, relacionada ao corpo, faz temer e traz preocupações com a saúde, com as doenças orgânicas. É o corpo erógeno em questão. Na relação com a neurose obsessiva, a hipocondria mostra o afeto de autocensura que se

transforma em temor dos seus efeitos corporais. É o medo de estar doente que pode até substituir todos os outros sintomas.

Finalizando, as neuroses atuais e as psiconeuroses acabam-se misturando, o que embasa a explicação freudiana do modo como as afecções somáticas ocorrem, simultaneamente com os sintomas neuróticos, chegando à referência de neuroses mistas.

De qualquer maneira, ao longo da visita aos textos freudianos mencionados, foi possível verificar o distanciamento e a aproximação existente entre as “razões do psiquismo” e aquelas que correspondem, estritamente, aos fenômenos físicos, valorizando todo o dispor de um corpo erógeno, pulsional, psíquico, que não corresponde necessariamente, ao corpo puramente orgânico. Em muitos momentos, porém, essa fronteira se mostra bastante tênue, fazendo-nos questionar como é objetivo deste trabalho até que ponto uma realidade, aparentemente orgânica, não estaria se prestando a uma vivência psíquica que encontraria sua melhor via de realização através da palavra.

A preocupação deste capítulo foi a de incluir temas, por várias vezes mencionados, ao longo de todo o trabalho, além de outros menos abordados. Assim, contamos com referências a temas ligados, diretamente, à psicanálise, entre eles: angústia, identificação, investimento, desejo, ganhos inconscientes, libido, gozo, pulsão e tantos outros. Com este intuito, consideramos adequada a produção de um texto que incluísse a teoria, inclusive no que se refere a outras situações da clínica, por acreditarmos que estas socorrem qualquer dizer sobre a psicanálise, na qualidade de suporte e passaporte para outras e melhores articulações.

6. Conclusão

O eixo matricial, suporte desta tese, como foi afirmado em sua apresentação, assentou-se na seguinte diretriz: o sintoma, a compulsão e o fenômeno epiléptico são respostas subjetivas, frente aos impasses com os quais o sujeito se defronta, em razão das condições traumáticas. No entanto, cada realidade clínica configura um circuito diferenciado, propiciando leituras e ações clínicas específicas.

Acreditamos ter afirmado, suficientemente, que a escuta, o olhar, a transferência compõem, suportados por outros muitos recursos, ou conceitos psicanalíticos, como possibilidade de produção de trabalho, produção de sujeito que deseja, de sujeito que consegue deslizar melhor, de uma forma talvez mais adaptada, ou com menos sofrimento, nessa cadeia significativa e que, quem sabe, possa abandonar alguns de seus comportamentos portadores de sofrimento, na medida em que encontre novas trilhas para sua existência psíquica. Trata-se de um trabalho que tem como objetivo contribuir para o fortalecimento, ou garantia da condição de um sujeito que deseja.

Quanto ao sintoma, tentamos reiterar, inúmeras vezes, sua qualidade de representação psíquica. Assim, o sintoma é passível de ser decifrado, pela interpretação que incide sobre a realidade sexual recalcada. O sintoma comunica nossa relação com o que é da ordem do sexual, busca satisfação e efetiva a

exigência inconsciente. Podemos dizer que o sintoma surge, para salvaguardar o ego de situações, quando o perigo se avizinha.

Genericamente falando, o sintoma aparece como um significante ligado a um significado, que foi recalçado da consciência, integrando uma lógica que é perseguida, no processo terapêutico, na intenção de produzir sentidos.

No que tange à compulsão, atribuímos-lhe a função de representante da pulsão; esta resulta em uma posição do sujeito, submetido a mandatos contraditórios da instância superegóica. Essa primeira acepção de compulsão, no contexto da primeira tópica, indica a presença de ações substitutivas que constituem o material clínico ideal para a interpretação. Há outra vertente da compulsão, como foi valorizada, neste trabalho, que atende, mais propriamente, a nossas expectativas de uma específica articulação, pensada no contexto da teoria da pulsão de morte, a partir do texto *Além do princípio do prazer* (FREUD, 1920, 1988), onde encontramos uma descarga, que causa angústia, levando o sujeito a agir de forma impulsiva. Em tais condições, o trabalho interpretativo esbarra em obstáculos nem sempre contornáveis.

Convém, rapidamente, lembrar que, desde 1895, no *Projeto para uma psicologia científica*, Freud já apresentava uma reflexão sobre a facilitação (Bahnung), portadora da possibilidade de pensar a repetição, atendendo ao princípio do prazer, como uma economia de energia psíquica, traduzida por uma tendência a percorrer uma trilha já aberta. Resumidamente, o que se busca, na repetição, é encontrar o objeto perdido, mas que é sabido não poder ser jamais encontrado. Encontram-se, assim substitutos, compondo o mundo dos objetos. Na clínica, sabemos que o que se repete é o sintoma, intimamente articulado à linguagem,

através da qual se persegue a chance de produção de trabalho. No que tange à compulsão, a repetição tem um papel importante, promovendo um distanciamento, no que diz respeito à repetição, na dimensão do sintoma e na sua função, no terreno do que nomeamos de patologias contemporâneas, ou de patologias do ato, representadas nas referidas compulsões. Nestas últimas, a compulsão, mais e mais, vem se tornando, salvo melhor juízo, o suporte do funcionamento psíquico, chegando a representar, em muitos casos, o próprio motor da sobrevivência psíquica do sujeito.

As noções de compulsão e repetição foram unidas, desde cedo, para tentarem responder ao processo inconsciente, que leva o sujeito a uma infinita reedição de atos, pensamentos e idéias que estão intimamente ligadas ao campo das pulsões. Em poucas palavras, o paciente se submete à compulsão, para não lembrar, e, em se tratando das chamadas patologias do ato, chegam a fazer barreira à instalação do campo transferencial. Esta é uma razão importante que nos leva a pensar na atuação psicanalítica, em um terreno onde o analista é aliado do processo no qual o vínculo paciente-compulsão se mostra resistente à ruptura.

Reiterando o que foi declarado, ao longo do texto, o binômio sintoma-compulsão merece uma articulação que permite dizer que, no primeiro, constatamos um circuito mais amplo, que teve seu começo na experiência traumática, passando à lembrança, o recalque da lembrança, o fracasso da defesa e seu retorno, dando vez ao sintoma, não deixando de considerar que o recalque não é pleno de sucesso ou não é absoluto. Em relação à compulsão, Freud a ela se refere, a partir da noção de pulsão e de seus quatro elementos, portanto, a pressão impõe a repetição, sem uma elaboração maior, em termos de circuito, algo da ordem da pulsão de morte que

insiste, pulsa, sem maiores contornos. Registramos, quanto à compulsão, que a ação clínica deve considerar outros parâmetros, além da interpretação, já que, para o mau funcionamento fisiológico, em tantas patologias do ato, como foram chamadas, o progresso científico dos fármacos tem produzido bons resultados e a clínica psicanalítica tem algo a oferecer. A busca de novas possibilidades clínicas justificou a discussão de uma análise, que inclua o olhar do analista, adicionado à escuta, na tentativa de se buscar um ruído, uma contradição, que se pode dar a partir de um movimento, por exemplo, ou se origine em outro lugar que não o da fala que, neste caso, tem como objetivo excluir o Outro.

Esta tese incluiu uma terceira entidade clínica nomeada como fenômeno epiléptico. Nesta, se apresenta a possibilidade de se pensar uma representação psíquica, como sendo capaz de alterar o funcionamento físico, promovendo um hiato no psiquismo, representado por paralisias e por outras situações clínicas, que atravessam esse comportamento, com toda a possibilidade de estranheza, trazendo um questionamento, no que se refere ao divisor de águas, em relação ao que é da ordem de uma epilepsia, com componentes neurológicos consistentes, e o que, talvez, deva fazer parte do universo da histeria, aliás, uma questão à qual Freud (1888/1988), no texto, *Histeria*, já se remetia. O fenômeno epiléptico mostra suas restrições motoras, causa prejuízos consideráveis com repercussões na esfera psíquica. Nestes fenômenos foi atribuída toda uma importância capital ao significante paterno. A aproximação ao texto freudiano foi feita, através da referência à articulação entre paralisias motoras e histéricas, em uma tentativa de melhor circunscrever tal fenômeno.

Relativamente à relação epilepsia-histeria, a psiquiatria defende que algumas convulsões psicogênicas simulam, fenomenologicamente, uma crise de *grande mal*,

ou mesmo uma crise tônica. Assim, torna-se decisivo o cuidado com a anamnese. É possível observar as condições físicas do paciente que, nestes casos, apresentam, por exemplo, ausência de: ferimentos por quedas, cianose, hipersalivação, enurese, encompresse, perda da consciência, rigidez pupilar. É interessante notar que, nos ataques psicogênicos, pode-se presenciar tempestades de movimentos intensos, sacudidelas, tremores ritmados e não, necessariamente, contrações.

Ao que parece, a “teatralização” e uma premeditação marcam a convulsão histérica, embora não se possa considerar simples a diferenciação entre os diversos quadros da crise. Exemplo disto é o diagnóstico diferencial, entre um quadro de estupor psicogênico e um estado crepuscular epiléptico, ou, ainda, um tique psicogênico, que pode se confundir com uma crise mioclônica, ainda que esta dúvida possa ser dirimida pela inconstância topográfica desses mesmos tiques. O gozo, nos fenômenos epilépticos, é, sem dúvida, assustador, quando um corpo surpreende, atuando sem pedir licença, tirando qualquer chance de significação. É, como dissemos no corpo do trabalho, uma negação à palavra, um certo arrombamento simbólico e imaginário, que promove a passagem ao ato, aproximando-se do real.

Parece, então, que os fenômenos epilépticos podem ser encarados, como um protótipo, nesse horizonte pulsional do sujeito. De qualquer modo, a escuta do inconsciente parece comparecer, como possibilidade de produção de trabalho, produção de sujeito que deseja.

O que se supôs, quanto à subjetivação, onde se verifica o surgimento do fenômeno epiléptico, foi um questionamento, relativo ao surgimento do significante paterno, acreditando que, na história do sujeito, de alguma maneira, até então, esse significante esteve opaco, dificultando o surgimento de um significante,

suficientemente capaz de evitar esse tipo de acometimento, permitindo um outro percurso subjetivo. Acreditamos que esta seja a experiência vivencial daquele que chega à clínica.

De modo geral, ao localizarmos as três entidades aqui discutidas, comparadas à perspectiva da medicina, reconhecemos, nesta última, uma linha reta, entre sintoma e doença. O sintoma mostra um adoecimento do indivíduo, que deve ser curado e ter sua saúde resgatada; para a psicanálise, algumas formações inconscientes substituem a doença, assumindo, ainda, a função de promotoras de satisfação do desejo do sujeito e deixando, para o processo analítico, a incumbência de buscar a verdade, ou o sentido, seja do sintoma, da compulsão, ou do fenômeno epiléptico. A proposta psicanalítica subverte a proposta da medicina, promovendo um impasse ou, pelo menos, uma dificuldade considerável, entre o que é pertencente ao campo do orgânico e o que faz parte do psiquismo. As formações substitutas aparecem como soluções, no contexto de um conflito psíquico, e as três entidades clínicas requerem desafios à clínica, incluindo um específico fazer terapêutico.

A posição do sujeito desejante é a da falta e o surgimento do amor de transferência leva o analisando à verdade de seu desejo, àquilo que lhe falta nesse desejo da ordem do indizível, encontrando, no analista, uma forma de substituição dessa ausência. O analista é a palavra do Outro e seu lugar se fundou no eixo transferencial.

Esta conclusão não deve desprivilegiar o papel da transferência, assim, ficamos com a impressão de que, na clínica do sintoma, vemo-nos frente a um analisando, que se submete à transferência, valendo-se deste instrumento, para exercer atualizações em seus endereçamentos. Uma figura interessante, para ser

utilizada, neste caso, seria aquela de um analisando, em um cortejar, em relação ao analista, sobre quem deposita todas as suas possibilidades de “felicidade”. Na compulsão, encontramos uma grande dificuldade de construção do campo transferencial. O analista se depara, todo o tempo, com um concorrente determinado, que o desafia e afasta, o ato. Dessa maneira, o analista deverá, talvez por muito tempo, figurar como coadjuvante, ou, como um terceiro, que não consegue, com facilidade, interditar essa relação de gozo, estabelecida entre o sujeito e o ato.

Finalmente, em relação ao paciente portador do fenômeno epiléptico, com toda a insuficiência da sua imagem que se mostra fragmentada, retalhada nas crises, supomos uma ancoragem radical, resultando em uma retificação subjetiva, muitas vezes eficiente, chegando a interromper esses fenômenos epilépticos em um curto período de tempo. Esse ponto deve ser reforçado, na medida em que, se não podemos fechar a questão, com a atribuição à função paterna do aparecimento do comportamento, entendido como fenômeno epiléptico, ficamos com uma forte impressão de que essa é, sem dúvida, uma boa possibilidade de defesa de uma hipótese, que poderá ser corroborada, em uma pesquisa específica.

Por último, poderíamos defender a idéia de que, se o sintoma pressupõe um percurso que vai do olhar à escuta, como presenciamos desde as históricas de Freud, cujas performances, pouco a pouco, cediam espaço ao trabalho com a fala; na compulsão, encontramos uma escuta, que chama a atenção para o olhar, considerando que a escuta não parece capaz de vencer sozinha as barreiras surgidas nestas situações. Finalmente, deparamo-nos com um fenômeno epiléptico que, talvez, apresente algo mais arcaico, no sentido de uma primariedade, sugerindo que, antes do estabelecimento do trabalho analítico, servindo-se, seja do olhar, ou

da escuta, os sujeitos necessitam, de alguma forma, de ter acesso à existência de um Outro. Neste percurso, este sujeito estaria no caminho de uma aceitação desse Outro, para dar vez a endereçamentos típicos dos sintomas, ou, quem sabe, poderia acomodar-se no ato, como verificamos nas compulsões. Assim, se supusermos que o fenômeno epiléptico tem um caráter mais arcaico que o sintoma e a compulsão, faz-se pertinente imaginar que, de igual modo, nesses casos, o que se encontra em questão é algo da ordem de um fenômeno transferencial e, não propriamente, uma transferência. Essa reflexão parece possível, se levarmos em conta a facilidade, ou a freqüência, com que esses vínculos são desfeitos, na exata medida em que as crises perdem força, deixando uma dúvida, em relação ao estabelecimento de uma transferência maciça, ou sobre a existência de um fenômeno com características transferenciais.

Referências

ANDRÉ, Serge. **O que quer uma mulher?** Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor. 1996. 212 p.

ARÉTÉE de Cappadoce. **Traité des signes, des causes et de la cure des maladies aiguës et chroniques**, trad. M.L.Renaud, Paris, lagny. 1834. 66-68 p.

AULAGNIER. Pierá.(1989) **O aprendiz de historiador e o mestre-feiticeiro**. Editora Escuta. S. Paulo. 207-222 p

BARROS, Romildo do Rego. Compulsões, desejo e gozo. In **Latusa** – v. 7. A fuga nas doenças impossíveis. Escola Brasileira de Psicanálise – Rio de Janeiro. 2002. 95p.

BERCHERIE, Paul. **Os fundamentos da clínica**. História e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor. 1989. 228p.

BREUER, J. e FREUD, S. **Estudos sobre a histeria**(1893-1895). In Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro. Imago Editora Vol. II. 1987. 43 p.

CELSO, A. C **Traité de médecine**, trad. A. Vedrène, Paris, Masson. 1876. 260-261 p.

Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas – Coord. Org. Mund. da Saúde: trad. Dorgival Caetano – Porto Alegre: Artes Médicas, 1993 . 173 p.

CLASTRES, Guy. Le temps, le symotôme. In **Revue de psychanalyse. Publication de l'École de la Cause freudienne** - ACF . Paris.1994. 27 p.

CLAVREUL, Jean. **A ordem médica**. Poder e impotência do discurso médico. São Paulo. Editora brasiliense. 1983.

D'AMATO, Julio C. M. **A histeria e o enigma de um sintoma**. 2003. 128f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2003.

DOR, Joel. **O Pai e sua função em psicanálise**. Jorge Zahar. Rio de Janeiro. 1995 77 p.

EY, Henry. (et.al.) **Manual de psiquiatria**. 5^a. ed. Editora Masson do Brasil. Ltda. 330-331p.

FARIAS, Francisco R. **Histeria e psicanálise**. Rio de Janeiro. Livraria e Editora Revinter. 1993. 60 p.

_____ Do olhar à escuta: dois paradigmas clínicos. In: **Cadernos de Psicologia da UERJ**. Rio de Janeiro: 1999. v. 10

FREUD, S. **Construções em análise (1937)**. In Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro. Imago Editora. Rio de Janeiro: Imago, 1988, v. XXIII.

_____ **Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa (1933/1932/1988)** In Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro. Imago Editora. 1988. v.XXII

_____ **Dostoievski e o parricídio (1927)**. In Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago Editora. 1988. v. XXI .

_____ **Inibição, sintomas e angústia(1926[1925])**. In Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago Editora.1988. v.XX. 107-108 p.

_____ **A dissolução do complexo de Édipo(1924)**. In Obras Completas de Sigmund Freud. v. XIX. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago Editora 1988. p.217

_____ **Psicologia de grupo e a análise do ego(1921)**. In obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago Editora. 1988. v. XVIII. p.133

_____ **Além do princípio do prazer (1920)**. In Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago Editora.1988. v. XVIII. 17-32 p.

_____ **O estranho (1919)**. In Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro. Imago Editora. 1988. v. XVII. p. 275

_____ **Conferências introdutórias sobre a psicanálise – Conferência XXIV(1916-1917)**. In Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago Editora. 1988. v. XVI . 441p.

_____ **Luto e melancolia (1917[1915])**. In Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago Editora.1988. v.XIV . 286 p.

_____ **Conferência XVII – O sentido dos sintomas.** Conferência Introdutórias sobre Psicanálise(1916-1917[1915-1917]). Parte III Teoria Geral das Neuroses. In Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira Rio de Janeiro: Imago Editora.1988. v. XVI. 305 p.

_____ **Totem e tabu (1913) e Luto e melancolia(1917).** In Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago Editora. 1988. v. XIII e XIV. 13.p. 275 p.

_____ **Sobre o narcisismo – uma Introdução(1914).** In Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro. Imago Editora. 1988. v. XIV. 89 p.

_____ **Cinco lições de psicanálise (1910).** In Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro; Imago Editora. 1988. v. XI. 5 p.

_____ **A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão.** (1910/1988). In Obras Completas de Sigmund Freud. v. IV e V. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago Editora. 199-201 p.

_____ **Moral civilizada e doença nervosa moderna (1908).** In Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago Editora. 1988. v.IX. 187 p.

_____ **Fragmentos da análise de um caso de histeria(1905[1901]).** In Obras Completas de Sigmund. Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago Editora. 1988. v.VII. 5 p.

_____ **A Interpretação dos sonhos.** (1900) (1988). In Obras Completas de Sigmund Freud. v. IV e V. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago Editora 1988.

_____ **A Sexualidade na etiologia das neuroses(1898).** In obras Completas de Sigmund. Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro. Imago Editora.1988. v.III. 289 p.

_____ **Sinopses dos escritos científicos do Dr. Sigmund Freud (1877-1897[1897]).** In Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira Rio de Janeiro: Imago Editora.1990. v. III. 255 p.

_____ **Hereditariedade e etiologia da neurose(1896).** In Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard. Brasileira. Rio de Janeiro. Imago Editora. v.III. 1988

_____ **As neuropsicoses de defesa (1896).** In Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago Editora. 1988. v.III.

_____ **Rascunho K (1986)**. In Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard. Brasileira. Rio de Janeiro. Imago Editora. 1988 v.I

_____ **Obsessões e Fobias: Seu mecanismo psíquico e sua etiologia.** (1895[1894]). In Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago Editora. 1988. v. III. 77 p.

_____ **Sobre os critérios para destacar da neurastenia, uma síndrome chamada de neurose de angústia** (1895[1894]). In Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago Editora. 1988. v. III. 86-106 p.

_____ **As neuropsicoses de defesa** (1894). In Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard. Brasileira. Rio de Janeiro. Imago Editora. v.III. 1988. 57 p.

_____ **Charcot** (1893). In Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard. Brasileira. Rio de Janeiro. Imago Editora. v.I
Rio de Janeiro: Imago, 1988, v. III.

_____ **Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: Comunicação preliminar**(Breuer-Freud)_ (1893). In obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro; Imago Editora. 1988. v.II 42 p

_____ **Algumas Considerações para o estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas**(1893[1888-1893]). In Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard. Brasileira. Rio de Janeiro. Imago Editora. v.I. 1988. 232 p.

_____ **Prefácio e notas de rodapé à tradução de Leçons du mardi, de Charcot**(1892-1894). In obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago Editora. 1988. v. I. 197 p.

_____ **Extratos dos documentos dirigidos a Fliess – Cartas 55 e 71**(1950[1892-1899]). In obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago. 1988. v. I. 365-371 p.

_____ **Histeria (1888). Apêndice: Histeroepilepsia.** In Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard. Brasileira. Rio de Janeiro. Imago Editora. v.I. 1988

_____ **Observações de um caso grave de hemianestesia em um homem histérico** (1886). In Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago Editora. 1988. v.I. 59 p.

_____ **Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim**(1956[1886]). In Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de

Janeiro: Imago Editora. 1990. v.l. 35 p.

GONDAR, Jô. Sobre as compulsões e o dispositivo analítico. In **Agora**. Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica. Instituto de Psicologia UFRJ. v. IV número 2 julho/dezembro. 2001. 26-31 p.

GUIR, Jean. **A psicossomática na clínica lacaniana**. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor.1988. 26 p.

HANS, Luiz Alberto. **Dicionário comentado do alemão de Freud**. Rio de Janeiro Imago Ed. 1996. 101p. 246p.

KAUFMANN, P. **Dicionário enciclopédico de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1996.

KLEIN. M. **Early Stages of the Oedipus. Conflict**, (1928). 212-214 p

LACAN, J. **As formações do inconsciente** (1957-1958);. Seminário 5 Jorge Zahar Editor. Rio de Janeiro. 1999. 171-185 p

_____ **O estágio do espelho como formador do eu**.(1949). In Escritos. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor.1998. 103 p

_____ **As psicoses**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.1995. 139 p.

_____ **Mais, ainda**. Seminário 20 (1972-1973). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.1995. 142p.

_____ **Televisão**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.

_____ **A transferência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1992.

_____ **Os Quatro conceitos fundamentais da psicanálise**.Seminário 11 (1964). Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor.1985. 210 p.

_____ **L'identification** – Seminário 9.(1961-1962).Cópia impressa

LOMBARDI, Gabriel. **La clínica del psicoanálisis**. Etica y Técnica. Buenos Aires. Atuel Editora. 1994

MALEVAL, Jean-Claude. **Loucuras histericas y psicosis dissociativas**. Buenos Aires. Editorial Paidós, SAICF. 1987

MASSON, Jeffrey M. **A Correspondência de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess**(1887-1904). Imago Editora. Rio de Janeiro.1986. 216-219 p.

MATHES, Ansgar. **Epilepsia**. Diagnóstico e tratamento no hospital e na clínica. Rio de Janeiro: 2ª ed. Livraria Atheneu. 1976

NASIO, J. D. **Psicossomática**: As formações do objeto a. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor. 1993

NATHAN, t. e STENGERS, I. **Médecins et sorciers**. Paris: Synthélabo, 1995.

NEUTER, Patrick De. Do Sintoma ao sintoma. In **Dicionário de Psicanálise Freud & Lacan**. DORGEUILLE, Claude et CHEMAMA, Roland (orgs). Salvador, Ba: Álgama, 1994. 248-249 p.

PORTER, R. **História social da loucura**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990.

QUINET, Antonio. **A descoberta do inconsciente**. Conferências Campo Grande. Texto estabelecido por Andréa Brunetto. Série Conferências de Campo Grande. 1998. 86-88 p.

RABINOVICH, Diana S. **Uma clínica de la pulsion: lãs impulsiones**. Buenos Aires. Ediciones Mantial. 1989. 19-20 p.

ROGER. Guy. Les enjeux de l'imprescriptible tiercité. (2000) **Topique** – Revue Freudienne v. 72. La fonction paternelle.

ROUDINESCO, Elisabeth. PLON, Michel.. **Dicionário de Psicanálise**. Jorge Zahar Editor. Rio de Janeiro. 1998.

SAURI, Jorge J. (org.) **Las histerias**. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión. 1979

SEYLE. H., **The stress of life**, McGraw-Hill 1st edition, New York, 1956.

SOLER, Colette. **Retorno sobre la cuestión del síntoma y del fenómeno psicossomático**. In Estudios de psisomática. Circulo Analítico de psicossomatica. Buenos Aires: Atuel-Cap. 1994. v.1. 59 p

SORANOS de Efeeso.(1895) **Traité des maladies des femmes**, trad. Herrgott, Nancy, Berger-Levrault. p.169-170.

SPZILKA, Jaime. **Bases para una psicopatologia psicoanalitica**. Edicione Kargierman. Buenos Aires. 1973.

TONELLI, Giorgio. **Anorexia y bulimia**. In Estudios de psisomática. Circulo Analítico de psicossomatica. Buenos Aires: Atuel-Cap. 1994. v.3. 148 p.

TRILLAT, Etienne. **História da histeria**. São Paulo: Escuta, 1991. 17-29 p.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)