



PUC

MARIA SILVIA ELIA GALVÃO

O ACIDENTE TRAUMÁTICO E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA O SUJEITO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Rio de Janeiro, 06 de setembro de 1996.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

RUA MARQUÊS DE SÃO VICENTE, 225 - CEP 22453-900

RIO DE JANEIRO - BRASIL

N.Cham. 150 G182 TESE UC

Título O acidente traumático e suas consequências para o sujeito



Ex.1 PUCB

0098055

MARIA SÍLVIA ELIA GALVÃO

***O ACIDENTE TRAUMÁTICO E SUAS CONSEQÜÊNCIAS
PARA O SUJEITO***

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Departamento de Psicologia

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
1996

MARIA SÍLVIA ELIA GALVÃO

***O ACIDENTE TRAUMÁTICO E SUAS CONSEQÜÊNCIAS
PARA O SUJEITO***

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia
da PUC-Rio como parte dos requisitos para obtenção do
título de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof^a Esther Maria de Magalhães Arantes

Departamento de Psicologia

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
1996

UC 68936-6



98055

150
G182
TESE UC

Ao ZECA,
razão desse trabalho

Nossos agradecimentos

- à Professora Esther Arantes, nossa orientadora, que acolheu com interesse o nosso Projeto e nos acompanhou ao longo de sua elaboração com paciência e atenção.

- aos professores e funcionários do Departamento de Psicologia da PUC-Rio, colaboradores com quem contamos em todas as situações de estudo e pesquisa durante a elaboração deste trabalho.

- aos nossos colegas da pós-graduação, pelas possibilidades de estudo conjunto, com frutíferas trocas de informações e análises críticas que tivemos, bem como pelo clima de simpatia e confiança mútua que fomos capazes de criar durante esses anos de trabalho em conjunto.

- aos nossos pares analistas, em especial àqueles da Raica Clínica de Psicanálise, com quem debatemos idéias, encontramos apoio e de quem ouvimos críticas pertinentes e amigas.

- a Luciano Elia, incentivador permanente, interlocutor atento e atencioso, com quem pudemos discutir as questões e dissolver os impasses que eventualmente surgiram.

- à Circe Vital Brasil, pelas estimulantes aulas que nos deu, e pela crítica oportuna e carinhosa que fez a este estudo. Sua falta muito nos comove.

- à nossa família, sempre ao nosso lado.

- à CAPES, pela oportunidade que nos deu de desenvolver esse estudo.

- à Vice-Reitoria Comunitária da PUC, pela oportuna ajuda prestada, proporcionando meios para que pudéssemos terminar a redação deste trabalho.

RESUMO

O problema da lesão grave, adquirida em virtude de um acidente de grandes proporções, e sua repercussão no sujeito é o objeto deste estudo, que foi abordado através de duas vertentes: a) aquela baseada no método genealógico de Michel Foucault, pelo qual se conclui que a gênese histórica da categoria de deficiência decorre das estratégias sociais e políticas utilizadas nos programas de cuidados dos sujeitos deficientes; b) a vertente psicanalítica, onde se focaliza a teoria do sujeito, desenvolvida por Freud e Lacan, bem como outros conceitos psicanalíticos que foram considerados básicos para a delimitação da questão.

A conclusão desse estudo indica a importância de que ele seja retomado cada vez mais profundamente, em função da complexidade da questão e das grandes dificuldades ainda presentes para seu enfrentamento. Sugerem-se algumas estratégias que levem a um maior conhecimento do problema e, com isso, apontem para a pesquisa de novas soluções.

RESUMÉ

Le problème de la lésion grave, acquise en vertu d'un accident à la grande portée, et sa repercussion chez le sujet, c'est ça l'objet de cette étude, qui fut abordé d'après deux versants: a) celle qui est fondée sur la méthode généalogique de Michel Foucault, par laquelle on arrive à conclure que la genèse hystorique de la catégorie de *déficience* ressorti des stratégies sociales et politiques utilisées dans les programmes de soins des sujets handicapés: b) la versant psychanalytique, mettant l'accent sur la théorie du sujet, telle qu'elle est développée par Freud et Lacan, aussi que d'autres concepts psychanalytiques qui furent considérés fondamentaux à la délimitation de la question.

La conclusion de cette étude indique l'importance de ce qu'il soit repris, à de niveaux de plus en plus profonds, en fonction de la complexité de la question et des grands difficultés encore présentes à son entreprise. On y suggère des quelques stratégies qui apportent une plus grande connaissance du problème pour autant qu'elles mènent vers la recherche de nouvelles solutions.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAP I - CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO - POLÍTICA E ÉTICA DO PROBLEMA	11
CAP II - SUJEITO E DESEJO EM PSICANÁLISE	26
CAP III - TRAUMA, SINTOMA, FANTASIA E GOZO	55
CAP IV - O COTIDIANO TRAUMÁTICO E O SUJEITO	81
CONCLUSÃO	110
BIBLIOGRAFIA	118

INTRODUÇÃO

A presente Dissertação é um estudo teórico-clínico, fundamentado na teoria psicanalítica, das vicissitudes de acidentes traumáticos na vida dos *sujeitos* neles implicados. Estamos nos referindo àqueles que, tendo sofrido um acidente grave em algum momento de suas vidas, tiveram sua unidade psicofísica atingida por lesões neurológicas importantes, lesões estas que, por seu caráter de irreversibilidade quase total, os condenam a uma vida muito limitada a partir desses acidentes.

De uma maneira geral, casos como esses não se prolongam. Constata-se com freqüência a morte do acidentado algum tempo após o acidente, ou em virtude de complicações geradas pela violência da agressão sofrida, ou por falência do próprio organismo diante do traumatismo sofrido, gerando pouca ou nenhuma resistência a possíveis doenças “oportunistas”. Quando os indivíduos sobrevivem, uma grande parte deles permanece no que se usa chamar de “vida vegetativa”, o que mais ou menos significa ter apenas as funções vitais preservadas. Quase nenhuma relação com o ambiente se observa. Quando ele não morre, uma primeira dificuldade surge, tanto para os familiares, como também para a equipe técnica (médicos, fisioterapeutas ou outros profissionais da área de reabilitação, enfermagem, etc.). Não sabem como agir diante daquele que ... “teima em continuar vivo diante de condições tão adversas...”. Um médico

chegou a dizer, certa vez, à família de um desses pacientes: "Terá valido a pena tanto esforço para salvá-lo, se a qualidade de vida dele é esta que se vê?" Mesmo que não se chegue a formular a pergunta de uma maneira tão crua, questões surgem para as pessoas envolvidas: que fazer com eles? para eles? apesar deles?

Parecem-nos questões pertinentes. Suas respostas têm o caráter de influenciar o transcurso do tratamento.

Fomos despertada por este problema em decorrência de um acidente grave que, há quatorze anos, atingiu um membro de nossa família, muito próximo a nós. Durante esse tempo, vimos acompanhando de perto o trabalho feito por ele, seus familiares e a equipe de profissionais que o assistem na tentativa de lhe oferecer as melhores condições de vida possíveis dentro do quadro apresentado.

Em virtude desse acompanhamento, começamos a ser procurada por familiares de outras pessoas acidentadas ou que foram vítimas de doenças graves que também tiveram como consequência lesões permanentes. Perplexos com a nova realidade que os atingira, queriam ajuda. As queixas eram variadas, e, em sua maioria, demonstravam uma grande dificuldade de encontrar, no universo disponível da Medicina e da Reabilitação, recursos suficientes para resolver os problemas com que se defrontavam.

Houve um momento, então, em que nos deparamos com um material clínico já de alguma envergadura e com muitas questões que gostaríamos de poder discutir, não só com nossos pares psicanalistas, mas com todas as pessoas envolvidas com o problema, na medida em que essas questões nos instigavam por sua complexidade e pela inexistência, pelo menos até ali, de respostas satisfatórias.

Reunimos, então, em 1987, um grupo de psicanalistas e outros profissionais interessados nestas e outras questões, com vistas a promover estudos e desenvolver pesquisas sobre temas de relevância social, em especial aqueles que exigiam respostas outras que as que eram dadas até então.

Visávamos a articular o rigor teórico, próprio aos estudos acadêmicos, com a forma empírica e, muitas vezes pouco rigorosa em relação aos pressupostos teóricos e técnicos que as deveriam ordenar, das práticas de intervenção existentes. Tínhamos também o interesse em estimular o debate das questões que surgiam no dia a dia dessas práticas de intervenção, bem como dos impasses que as entravavam. E nos organizamos em uma instituição, denominada Assistência e Pesquisa em Psicologia, Educação e Cultura - APPEC, que imediatamente deu início a alguns projetos de relevância social, como o do estudo do atendimento ao psicótico em Hospital-dia, ou da questão da delinquência, além do problema do atendimento ao deficiente. Foi, então, criado um Centro de Apoio e Pesquisa sobre Politraumatizados - CAPPOT - com o objetivo de debater as questões teóricas e clínicas decorrentes do problema da deficiência adquirida, bem como da ação ética e política que tal problema exige do profissional envolvido com ele. Este Centro manteve por algum tempo um Grupo de Apoio de Pais de Politraumatizados - GAPP - que se dispunha a ouvir pais e/ou familiares em momento de crise.

Em 1988, a APPEC, juntamente com a Universidade Santa Úrsula, organizou no Rio de Janeiro o I Congresso Brasileiro sobre os Direitos do Multideficiente, do qual participaram pessoas provenientes de várias regiões do Brasil, e onde tivemos oportunidade de ouvir depoimentos, tanto de portadores de deficiências, a quem se privilegiou falar durante as sessões, como dos profissionais ali presentes. Trocamos experiências com técnicos de várias especialidades que trabalhavam diretamente na reabilitação de pessoas assim atingidas. Tivemos também oportunidade de refletir com pessoas que se preocupavam já há algum tempo com os problemas suscitados pelo atendimento oferecido. Esse evento nos deu muitos subsídios para o estudo que ora nos propomos realizar.

Verificamos, por exemplo, ser opinião predominante dos participantes do Congresso, com a qual concordamos, que, ao se depararem com as práticas de intervenção, com o atendimento que se oferece aos traumatizados (que se apresenta através de várias formas de assistência individual ou institucional, tanto na área de saúde como na de educação), percebem que esse atendimento é ainda feito de maneira precária e desorganizada. Seria urgente, portanto, tentar modificar esta realidade com que se deparavam.

As conclusões desse Congresso, então, se orientaram no sentido de aprofundar o estudo das questões levantadas com o objetivo de se encontrarem novas formas de atuação junto a pessoas lesadas. Foi o que o CAPPOT, entre outras organizações ali presentes, se propôs a fazer. Projetos foram elaborados, grupos de trabalho organizados, paralelamente ao atendimento dos casos que nos chegavam e que eram objeto tanto de nossa escuta psicanalítica quanto de pesquisa teórica a seu respeito. Entretanto, mais uma vez sentimos necessidade do debate das questões surgidas no universo acadêmico, pois esse debate enriqueceria substancialmente nosso estudo. Trazendo a questão para a Universidade, além de chamar sua atenção para o tema, teríamos oportunidade de aprender com mestres e pesquisadores de seu quadro docente o que outros saberes ali envolvidos teriam a dizer sobre isso e, portanto, encontrar subsídios para intervenção no social. Daí surgiu um projeto de pesquisa que se transformou na presente Dissertação.

Nosso estudo se encaminhou em duas vertentes distintas. A primeira se dedica a uma análise da situação encontrada por nós no que tange ao atendimento oferecido aos sujeitos focalizados, onde buscamos as razões que levaram a sociedade a ver esses sujeitos como os vê e não de outra forma e, conseqüentemente, oferecer-lhes o tipo de tratamento que lhes é oferecido. Ainda que precário e desorganizado, estão aí implicados múltiplos saberes, diversas práticas de intervenção e vários agentes sociais.

Na segunda vertente - psicanalistas que somos - recorreremos à Psicanálise, onde procuramos subsídios para, à luz da teoria sobre o *sujeito* que ela nos apresenta, fazendo a articulação do conceito de *sujeito* com outros conceitos fundamentais na teoria, como desejo, trauma, sintoma, fantasia e gozo, debater as questões surgidas, e vinculá-las a possibilidades de ação pertinentes a uma direção a ser dada às curas empreendidas.

Na presente Dissertação, estaremos trabalhando, portanto, com as categorias de *traumatizado* e de *deficiente*. No entanto, faz-se mister observar como se podem entender essas categorias, tanto na primeira vertente, quanto na segunda. Num primeiro nível, num modelo teórico usado pela Medicina e pela Reabilitação, *deficiente* é a designação que é dada ao indivíduo que apresente um sub-funcionamento na sua unidade psicofísica. Um indivíduo que não vê ou vê mal, que não escuta, que apresenta um retardo mental, são exemplos de *deficientes* em nosso meio. Quanto ao *traumatizado*, ainda nesse nível, trata-se do indivíduo que, tendo sobrevivido a um acidente grave, foi atingido por ele de uma ou de diversas formas. Uma delas - talvez a mais facilmente percebida - é a aquisição de seqüelas físicas, o que o leva a ser caracterizado, dentro do grupo onde está inserido, como *deficiente ou multideficiente*, conforme o caso.

No entanto, dentro do enfoque psicanalítico, fundamento do estudo que ora empreendemos, a questão da deficiência não se coloca, pelo menos nos mesmos termos. Isto porque a Psicanálise concebe o *sujeito* como efeito da Ordem Simbólica, e não como auto engendrado ou como resultado de suas interações com o meio ambiente, como a Psicologia concebe o indivíduo psicofísico. Como efeito dessa Ordem Simbólica - que, no pensamento freudiano é nomeada como o Inconsciente - o *sujeito* só advém, no entanto, porque a essa Ordem algo estruturalmente falta. Para a Psicanálise, o *desejo* decorre dessa falta. O *sujeito* é efeito do *Outro*, porque a este *Outro*, enquanto desejante, falta algo.

Portanto, porque a Psicanálise descreve o *sujeito* como advindo de uma falta estrutural e estruturante, podemos dizer que não é questão para ela saber se o *sujeito* porta uma ou mais funções deficientes na sua unidade psicofísica, e sim se isso é ou não é um problema para ele; ou, em outras palavras, o que ele faz com isso na sua vida.

Trauma, por sua vez, no registro psicanalítico, tem uma dimensão específica, articulada à condição do imprevisto do evento, do repentino e brutal, do susto. Da submissão, enfim, involuntária e abrupta - isto é, sem a preparação dada pela *angústia* - a uma violência accidental ou incidental, podendo levar à desestruturação dos *sujeitos* atingidos por ele. O *sujeito*, o *sujeito do inconsciente*, aquele que é objeto de estudo para a Psicanálise, este não é eficiente ou deficiente; é de outra coisa que se trata: da *castração*. Ao *sujeito* é devido ser barrado, castrado, dividido. Ele adveio, constituiu-se através de um processo traumático, como poderemos ver no desenvolvimento de nosso trabalho. E mais, ele não se pode definir, pois que ele não é, ele *advém* permanentemente, o que supõe e exige trabalho constante.

Na análise que nos propomos a fazer na primeira vertente pela qual enveredamos e que vai constituir o capítulo um desta Dissertação, começaremos pela constatação de que a categoria de deficiência tem permanecido alheia a uma problematização dos fatores sócio-políticos que a engendram. Agem como se realmente houvesse um modelo preconcebido de eficiência e normalidade a que todos os indivíduos devessem se enquadrar. Por causa disso, a forma de atendimento existente, na medida em que é norteadada pelo desejo de "recuperar", de "reabilitar", de "reintegrar" o deficiente a este modelo do qual ele se desvia, reproduz, no seu exercício prático, os fatores constituintes dessa categoria, inclusive reatualizando aqueles que historicamente a produziram, o que tem como conseqüência a cristalização do *sujeito* nos traços deficientes, que

concernem ao seu funcionamento corporal. O *sujeito* permanece assim identificado a uma função psicofísica, no caso, deficiente.

A primeira dúvida que se coloca, portanto é relacionada à emergência dessa categoria: como surgiu? desde quando? avaliada a partir de que parâmetros? a qual modelo, enfim, de eficiência está referida?

Para tentar esclarecê-la, iniciamos o nosso estudo recorrendo à literatura disponível sobre o tema, a fim de nos situarmos com relação ao mesmo.

Optamos por fazer a abordagem dessa questão à luz do pensamento de autores como Michel Foucault, que, com seu original método genealógico, em que observa o surgimento dos fenômenos sociais como consequência de determinados fatores que os constituem e não como existindo desde sempre, oferece caminhos para nossa reflexão. Seguindo Foucault, levantamos a hipótese de que, em sua maioria, as práticas de intervenção que norteiam o atendimento a esses indivíduos têm como consequência caracterizá-los de forma significativa - estigmatizá-los - como deficientes.

Dizendo de outro modo, sugerimos que os *saberes* sobre o deficiente exercem um *poder* sobre ele e o estigmatizam como tal.

Recorremos também a autores que seguem as diretrizes metodológicas foucaultianas, como Jacques Donzelot e Gilles Deleuze. O primeiro, com sua hipótese sobre a configuração de um novo espaço - o Social - desenvolve todo um raciocínio sobre sua configuração, o que nos ajudou em nosso estudo. O segundo nos apresenta o que ele denomina de "ascensão do social", conceito de que também nos utilizamos.

Procuramos em Madel Terezinha Luz, subsídios que nos ajudassem na análise das instituições. O conceito de hegemonia, de Antônio Gramsci, apresentado por esta autora também se mostrou de grande utilidade para nós.

Por fim, ao buscarmos novas formas de atuação junto ao traumatizado, pesquisamos a obra de Maud Mannoni e seus colaboradores, na "École

Expérimentale de Bonneuil-sur-Marne", onde, desde 1968, esta psicanalista desenvolve um trabalho junto a crianças e adolescentes "difíceis", com quadros de psicose, autismo, retardo mental e outros de difícil tratamento. Apesar de não se dedicar especificamente ao traumatizado, Bonneuil, por ser uma instituição que se preocupa em manter "o mínimo instituído possível" e se caracterizar pela crítica constante aos obstáculos que a institucionalização de qualquer prática, inclusive a psicanalítica, representa para as questões do *sujeito*, nos deu, com sua instigante crítica ao trabalho institucional, recursos para nossa análise.

Continuando nossas reflexões, constatamos, em alguns *sujeitos* acidentados acompanhados por nós, e que serão objeto de estudo na presente Dissertação, que seu estado geral se agravou em consequência da forma como passaram a ser identificados. Pois eles que, até o momento do acidente que os vitimou, pertenciam ao modelo reconhecido como "normal" ou "eficiente", sentiram-se de uma hora para outra arrebatados de seu grupo e caíram, sem saber como nem por que, no modelo discriminado da *deficiência*. As consequências desse fato se verificaram rapidamente. Em pouco tempo os *sujeitos* passaram de uma perplexidade paralisadora a um progressivo embotamento que se confundia com uma neurose grave, a psicose ou a debilidade mental. E, quanto mais o tempo passava, mais alienados e sós eles estavam. Não raro idéias de auto-destruição se instalaram. O *sujeitos* se mostravam implodidos, sua estrutura psíquica parecia ter-se desintegrado. E até as melhoras no quadro psicofísico ficavam estagnadas ou tendiam a regredir.

Outra questão, então, surgiu para nós, diante dessas constatações. Partindo da premissa de que há *sujeito* em indivíduos muito atingidos por seqüelas graves, como se mantém ele? quais as causas do aparente desaparecimento do *sujeito* nesses casos? é possível evitar esse progressivo esvaecimento? em caso afirmativo, que estratégias usar para que o *ser de sujeito* do acidentado ressurgja e assumja seu lugar na economia psíquica desses

indivíduos? Dizendo de outro modo, que estratégias poderão ser encontradas na direção de uma cura nessas condições, de tal forma que o sujeito traumatizado se descole e se desloque desse lugar de deficiente ou multideficiente e possa se representar por significantes outros, desimaginarizando o significante deficiente como único ?

É o que a Psicanálise, que tem em seu arsenal teórico uma *Teoria do Sujeito*, tendo, portanto, recursos para o aprofundamento dessas questões, pode nos responder. Recorrendo, por exemplo, ao conceito de Narcisismo, introduzido por Freud em 1914, podemos entender o que ocorre com os *sujeitos* acima focalizados, que perderam seus pontos de referência ao se perceberem lesados e discriminados. Pois essa situação, que descreve um quadro fenomenológico como tal marcado pela dimensão do vivido, pode ser traduzida nos termos conceituais da Psicanálise como uma catástrofe do universo imaginário do *sujeito*, no qual seu *eu* se constitui pelo viés do Narcisismo. Em outras palavras, de suas relações de objeto, sua apreensão da imagem corporal, sua identidade aos seus semelhantes. As conseqüências dessa catástrofe podem vir a ser as descritas acima.

Chegamos, então, à segunda vertente da Dissertação, dedicada ao enfoque psicanalítico da questão, como já foi dito. Partimos dos conceitos de *sujeito* e de *desejo* e de sua constituição, tal como estabelecidos por Freud e Lacan. Vimos como o conceito de *sujeito* difere do de *indivíduo*. *Indivíduo* se refere a uma unidade psicofísica de funções que tem como eixo central a consciência, de acordo com a psicologia. *Sujeito*, por sua vez, como *sujeito do inconsciente*, conceito eminentemente psicanalítico e só acessível ao campo do saber através da psicanálise, é o fundamento do nosso enfoque do problema em questão. Articulamos a ele o *desejo*, outro conceito psicanalítico básico que, por sua especificidade na teoria, articulado que é às vicissitudes da constituição do *sujeito*, mostrou-se de total importância para nossa abordagem da questão do

acidentado. *Sujeito e desejo em Psicanálise*, eis o tema e o título dado ao segundo capítulo dessa Dissertação.

Como consequência natural da direção que optamos dar à pesquisa, chegamos ao *trauma*, nosso ponto nodal. A ele dedicamos o terceiro capítulo, tentando demonstrar o percurso que o mesmo teve na teoria psicanalítica e a forma ímpar que adquiriu no contexto da Psicanálise. A ele articulamos o *sintoma*, a *fantasia* e o *gozo*, tal como elaborados por Freud e Lacan, ingredientes necessários e indispensáveis a uma *Teoria do Sujeito*, como é elaborada pela Psicanálise.

Com esses subsídios, acreditamos estarmos apta a desenvolver, então, um breve estudo crítico sobre o que denominamos de “*O cotidiano traumático e o sujeito*”, onde apontamos de forma mais detalhada as questões que nos foram surgindo no decorrer desses anos de acompanhamento de casos, e que são o tema do Capítulo IV. Por fim, na “*Conclusão*”, tentamos responder à questão que orienta nossa pesquisa, bem como apresentar algumas propostas de intervenção no social.

CAPÍTULO I

CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO - POLÍTICA E ÉTICA DO PROBLEMA

O problema enfocado por nós no presente estudo é, como sabemos, o do acidente traumático que causa seqüelas graves e irreversíveis para o indivíduo acidentado, e suas conseqüências para os sujeitos atingidos por esse evento. De pronto, verificamos serem a forma pela qual o indivíduo lesado passa a ser encarado em seu grupo social e, em decorrência disso, a maneira de tratá-lo, causadoras de questões e de percalços para os envolvidos.

Com a ajuda de Foucault e de seu *método*, sugeríamos nós na Introdução, que os *saberes* que se constituem sobre os indivíduos lesados exercem um *poder* sobre eles. Esse *poder* se inicia mesmo no momento em que eles passam a ser discriminados em seu grupo social como *deficientes*.

Isso nos faz lembrar, à guisa de ilustração, do caso de um rapaz portador de paralisia cerebral que, durante uma sessão do I Congresso Brasileiro sobre os Direitos do Multideficiente, a que nos referimos na Introdução da presente Dissertação, fazia um relato do seu cotidiano diante da paralisia que o acometia. Quem já falou com um paralisado cerebral sabe a dificuldade que existe em entender o que ele diz, pois a lesão atinge, entre outras coisas, o aparelho da fala. Foi, portanto, com alguma apreensão que o auditório começou a ouvi-lo. Apreensão esta que logo se dissipou em razão da capacidade que ele demonstrou em superar a dificuldade na forma de se expressar pela grande habilidade como contador de histórias, melhor dizendo de sua história. O que

gostaríamos de ressaltar nesse relato foi o fato de ele somente ter-se dado conta de sua “deficiência” no momento em que, na escola, ao passar para a quinta série e ter então um professor para cada disciplina, não gozar mais do privilégio que tinha com a professora antiga de receber seu caderno já com os exercícios copiados por ela: a ele competia, então, simplesmente resolvê-los, enquanto o resto da turma precisava copiá-los do quadro-negro. Com isso, ele, que tinha uma inteligência normal (ou até um pouco acima da média, pareceu-nos), fazia os exercícios mais ou menos no mesmo tempo dos colegas e se sentia muito bem integrado na turma. Entretanto, nesse novo momento escolar, com vários professores, nenhum se dispôs a fazer o mesmo. E, pior: consideraram-no como *incapaz* de acompanhar o resto da turma; chamaram sua mãe e a aconselharam a buscar *atendimento especializado para ele*, fora do colégio. Esse rapaz faz um relato emocionado e emocionante da crise que viveu nesse momento. Se antes jogava futebol com os colegas ou vizinhos e ninguém o afastava em razão de seus “defeitos”, ou melhor ninguém o enxergava como defeituoso, agora, era ele que não se permitia jogar, pois era um *deficiente*! Assim seus professores o haviam classificado, e, com isso o afastado do colégio. Exerceram um *poder*, em virtude do *saber* que presumiam ter sobre as condições físicas do rapaz

Quando nos referimos aos modos de exercício do poder, presentes nessas práticas instituídas de assistência ao deficiente, estamos utilizando a categoria de *poder*, tal como Michel Foucault a trabalha. Ele assim diz:

“ Dizendo poder, não quero significar “o Poder” como conjunto de instituições e aparelhos garantidores da sujeição dos cidadãos a um Estado determinado.

.. não o entendo (o poder) como um sistema geral de dominação exercida por um elemento ou grupo sobre outro e cujos efeitos, por derivações sucessivas, atravessem o corpo social inteiro

... deve-se compreender o poder, primeiro, como a multiplicidade de correlações de forças imanentes ao domínio onde

se exercem e constitutivas de sua organização, o jogo que, através de lutas e afrontamentos incessantes as transforma, reforça, inverte...

... é o suporte móvel das correlações de força que, devido a sua desigualdade, induzem continuamente estados de poder, mas sempre localizados e instáveis. Onipresença do poder: não porque tenha o privilégio de agrupar tudo sob sua invencível unidade, mas porque se produz a cada instante, em todos os pontos, ou melhor, em toda relação entre um ponto e outro ponto. O poder está em toda parte, não porque englobe tudo e sim porque provém de todos lugares.

... o poder vem de baixo, isto é, não há, no princípio das relações de poder, e como matriz geral, uma oposição binária e global entre os dominadores e os dominados...

... as correlações de forças múltiplas que se formam e atuam nos aparelhos de produção, nas famílias, nos grupos restritos e instituições, servem de suporte a amplos efeitos de clivagem que atravessam o conjunto do corpo social"¹.

Entendemos que o deficiente, ao se relacionar com sua família, com o grupo que o assiste, ou com a sociedade, mantém com esses grupos uma relação de poder, incluindo a pressão e a opressão sofridas e a resistência oferecida...
" *entre um ponto e outro ponto* ".

Foucault diz ainda ... " *lá onde há poder, há resistência, e, no entanto, (ou melhor, por isso mesmo), esta nunca se encontra em posição de exterioridade em relação ao poder*"².

Encontramos ainda em Foucault, relativas às práticas de intervenção na saúde das populações, informações que nos levam a datar dos meados do século XVIII e século XIX a preocupação do Estado com o problema e a conseqüente difusão de medidas controladoras que visavam à melhoria das condições de salubridade e higiene.

¹ FOUCAULT, M. *História da Sexualidade 1 A vontade de saber*. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988, p. 88-90

² FOUCAULT, M. *op.cit.* p. 91

Numa conferência sobre " O Nascimento da Medicina Social ", proferida em outubro/74 no Instituto de Medicina Social da UERJ, Foucault defende a tese de que ...

" a medicina moderna é uma medicina social que tem por "background" uma certa tecnologia do corpo social; a medicina é uma prática social que somente em um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico- doente".³

Mais adiante, ele é ainda mais incisivo, quando ao se referir ao capitalismo, diz o seguinte:

"Minha hipótese é... que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política."

4

Para nos demonstrar isso, Foucault cita três exemplos do surgimento dessa medicina como prática social - o da Alemanha, o da França e o da Inglaterra, nos séculos XVIII e XIX. Ele nos relata como foi que nesses países o saber médico exerceu poderes sobre a população e desenvolveu estratégias de controle que evitassem a proliferação de doenças. E, nos diz ele, longe de ser uma prática individualizada, a medicina de então se caracteriza por ser um prática coletiva.

Na Alemanha, por exemplo, a "polícia médica" se desenvolveu com objetivos de "observação da morbidade", não somente pela contagem de

³ FOUCAULT, M, O Nascimento da Medicina Social, in Microfísica do Poder; organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979, p. 79

⁴ FOUCAULT, M, op. cit p. 80

nascimentos e mortes, mas de uma forma mais complexa, pela exigência feita aos profissionais de saúde espalhados pelas diferentes regiões do país de registrarem a contabilidade ... *"dos diferentes fenômenos epidêmicos ou endêmicos observados"*⁵. Também pela normalização do ensino médico, *"subordinação da prática médica a um poder administrativo superior"* e delegação ao médico da função de *"administrador da saúde"*⁶.

Na França, onde a característica da prática médica era a de se preocupar com a urbanização das cidades, cujo contingente populacional começava a oferecer perigo, a medicina perseguia três objetivos:

*" Analisar os lugares de amontoamento de tudo que, no espaço urbano, pode provocar doença, lugares de formação e difusão de fenômenos epidêmicos ou endêmicos"*⁷;

*..." o controle da circulação. Não da circulação dos indivíduos, mas das coisas e dos elementos, essencialmente a água e o ar"*⁸,

o que significava o controle da posição das fontes de água limpa e esgotos, para que não se misturassem, bem como *"dos barcos-bombeadores"* e *dos "barcos-lavanderias"*⁹. Percebe-se que na França a preocupação era com o nível de salubridade, poderíamos dizer com a prevenção e não com o tratamento da doença.

Na Inglaterra, conta Foucault, os ricos com medo dos pobres, transmissores de doenças, também organizaram sua prática médica. Ele considera que o fato de ser a Inglaterra o país em que se deu de forma mais acelerada o desenvolvimento industrial e o conseqüente surgimento do

⁵ FOUCAULT, M, 1979, p. 83

⁶ FOUCAULT, M, id, p. 84

⁷ FOUCAULT, M, ibid, p. 89

⁸ FOUCAULT, M, id p. 90

⁹ _____ ibid p. 91

proletariado foi a razão para que a medicina inglesa fosse caracterizada como o "*controle médico do pobre*"¹⁰.

Nesses países, o que se verifica são práticas de controle até então inexistentes, que passam dali por diante a serem impostas à população, gerando em contrapartida, reações dessa população ao controle estabelecido, bem como gerando também novas classificações para os indivíduos ou grupos. Por exemplo: os pobres sendo vistos na Inglaterra como transmissores de doenças.

Este autor também nos mostra como esse movimento induziu à produção de saberes a respeito. Os "*saberes sobre o homem*" - as Ciências Humanas -, que Foucault define como ... "*corpo de conhecimentos*" ou como ... "*conjunto de discursos*"¹¹, são respostas às questões surgidas nessa época. O objeto delas é o *homem* e os problemas que lhe concernem. Mas o homem enquanto representação de si mesmo. O homem, a que Foucault assim se refere:

*"é este vivente que do interior da vida à qual pertence integralmente e pela qual é atravessado em todo seu ser, constitui representações graças às quais ele vive, e a partir do que ele detém essa estranha capacidade de poder justamente se representar a vida"*¹².

Nessa capacidade de ... "*poder se representar...*" ele cria categorias, conceitos, que lhe expliquem os fenômenos que vivencia e lhe ajudem a encontrar soluções para os problemas com que se depara. Portanto, o desenvolvimento de saberes sobre determinado fato constitui novas categorias e

¹⁰ FOUCAULT, M. op. cit. p. 95

¹¹ FOUCAULT, M. *Les Mots et les Choses une archéologie des sciences humaines*. Paris. Éditions Gallimard, 1966, p. 355. "*corps de connaissances*" e "*ensemble de discours*", no original. Tradução livre da autora.

¹² FOUCAULT, M. op. cit. p. 363 "*...c'est ce vivant qui de l'intérieur de la vie à laquelle il appartient de fond en comble et par laquelle il est traversé en tout son être, constitue des représentations grâce auxquelles il vit, et à partir desquelles il détient cette étrange capacité de pouvoir se représenter justement la vie*", no original. Tradução livre da autora.

representações. Nesse sentido, como nos diz Foucault, a implantação do hospício - por exemplo - criou o louco.

E nós sugerimos que as práticas sociais sobre as condições de salubridade das cidades e as doenças da população acabaram por engendrar as categorias de *normalidade / anormalidade, eficiência / deficiência*. Dito de outra forma, são os cuidados com o deficiente, e os saberes que se desenvolvem sobre ele e suas "limitações", que o criam como categoria individualizada dentro da nossa sociedade. E, como nos relata Foucault na conferência acima citada, da mesma forma que, não sabendo ainda como curar os leprosos, o Estado, na Idade Média se encarregava de expulsá-los, bem como, nos séculos XVIII e XIX, de internar os atingidos pela peste, para evitar o contágio deles, ousamos dizer que, com relação ao *deficiente*, em especial aquele bastante lesado, de acordo com a ideologia atual - que também ainda não sabe o que fazer com ele - só lhe resta ser "protegido", "objeto de estudo e/ou medicalização", tendo voltada para si a atenção de toda uma equipe de técnicos e especialistas que se apropriam dele, ameaçando fortemente toda e qualquer tentativa de subjetivação que ele venha a esboçar.

Encontramos em Donzelot, autor de inspiração foucaultiana, a hipótese da configuração de um novo espaço - *o Social* - que se funda na emergência da sociedade industrial. Com a formulação dessa hipótese, o autor mostra que, a partir daí, o processo de regulação social se faz através da criação de instituições de assistência, de educação, como também das instituições médicas, jurídicas e outras, todas elas envolvendo os "*trabalhadores sociais*"¹³. Deleuze, por sua vez, fala da "*ascensão do social*" e a descreve como o conjunto de estratégias de disciplinarização do social. Assim ele se expressa no Prefácio que faz do livro citado de Donzelot :

¹³ DONZELOT, J. A Polícia das Famílias (1977), Rio de Janeiro. Edições Graal, 1980

“Certamente não se trata do adjetivo que qualifica o conjunto de fenômenos que são objeto da sociologia: O social tem por referência um setor particular em que se classificam na verdade problemas bastante diversos, casos especiais, instituições específicas, todo um pessoal qualificado (Assistentes "sociais", trabalhadores "sociais"). Fala-se de chagas sociais, do alcoolismo à droga; de programas sociais, da repopulação ao controle da natalidade; de desadaptações ou adaptações sociais (do pré-delinquente, do indivíduo com distúrbio do caráter ou do deficiente, até os diversos tipos de promoção)”¹⁴.

Relativo às instituições, encontramos em Madel Luz uma profunda crítica às análises sociológicas que se fazem delas, eminentemente funcionalistas, restritas ao nível descritivo e normativo das mesmas, tendendo a identificar os conflitos como disfunções do sistema, e não como estruturais. E propõe, com base no materialismo dialético, que a instituição engendra, ela própria, uma forma específica do poder, constituindo-se como *“...um núcleo específico de poder”*¹⁵. Sobre a função disciplinadora das instituições, no interior do modo de produção social, ou seja, com relação à produção de formas próprias de exercício de poder, a autora diz:

“Os efeitos político-ideológicos das instituições que historicamente nos concernem, as que se desenvolvem com a formação social capitalista, têm sido essencialmente três: Formar, Controlar, Reprimir. Podemos traduzir esses termos em linguagem funcionalista: socializar, integrar, punir. (...)

Os objetivos são na verdade efeitos políticos, econômicos, ideológicos.

Se os discursos e práticas para realizá-los são médicos, educacionais, religiosos, artísticos, resta à análise esclarecer porque. Por que, em função de tais "objetivos", tais práticas, tais discursos institucionais?”¹⁶

¹⁴ DELEUZE, G. “*A Ascensão do Social*”, in *A Polícia das Famílias*, op. cit. p. 1 (grifo nosso)

¹⁵ LUZ, Madel T. *As Instituições Médicas no Brasil*, Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979

¹⁶ Luz, Madel T. 1979, p. 41

Cabe-nos pensar, com a autora, sobre as práticas e os discursos existentes hoje em nosso meio relacionados ao modo de ver e de lidar com as pessoas lesadas. Uma escola pública, por exemplo, que não aceita de volta um aluno seu depois de um acidente que o lesou gravemente, justificando seu ato pelo fato de ... *“não saber como lidar com ele, já que nunca houve um caso desses ali”*... a serviço de quais objetivos estará? Ou melhor, a serviço de que ideologia estará?

Madel Luz nos fornece também o conceito de hegemonia, de Antônio Gramsci, que assim ela define:

“...poder político, ideológico, que a classe dominante procura estender ao conjunto da sociedade, à totalidade das classes e grupos sociais. Procuramos ter deste conceito uma interpretação dinâmica, vendo a Hegemonia, em primeiro lugar, como processo, como prática sempre recomeçada e, em segundo lugar, como prática contraditória, na medida em que institui como universal, uma Ordem que é fundamentalmente particular. Este instituir-se se realiza em um conjunto de malhas sociais (instituições civis mais instituições políticas) que se pode denominar simplesmente de instituições, e que abarcariam, na linguagem de Gramsci, o Estado ampliado.”¹⁷

Recorremos também à Maud Mannoni, psicanalista de grande repercussão na França pela competência e coragem que demonstra ter à frente de uma experiência original junto a crianças e adolescentes estigmatizados como *“difíceis”* ou mesmo *“irrecuperáveis”*, experiência esta desenvolvida na *“École Expérimentale de Bonneuil-sur-Marne”*, nos arredores de Paris.

O que fomos buscar junto a esta autora foi a forma clara e enérgica com que ela expõe suas críticas aos entraves criados pela institucionalização de um atendimento, seja ele de qualquer natureza. A autora não poupa nem mesmo as instituições psicanalíticas em sua crítica. Sobre isso Mannoni escreve: *“A dimensão política do problema das perturbações mentais se encontra*

¹⁷ LUZ, M.T., 1979, p. 31

freqüentemente obstruída ou negada pela intensificação desses programas de cuidados"¹⁸

Os programas de assistência a que se refere Mannoni caracterizam exatamente as instituições de assistência, já que é por elas exercido. Mannoni mostra como, diante da "loucura" e de transtornos equiparáveis, como é o caso das conseqüências do trauma, no sentido que aqui damos ao termo, a sociedade se apressa em criar mecanismos de "assistência" e de "segregação", onde o sujeito é tratado como objeto da atenção, devendo submeter-se a leis e rotinas que o mantenham sob controle. Afirma que a psiquiatria é um dos agentes instituídos dessa disciplinarização. Vejamos o que diz a autora:

*"Numa certa tradição psiquiátrica, nós nos encontramos diante de um forma de cumplicidade do psiquiatra não com a razão, mas com o mundo dito "de espírito sadio". É esta cumplicidade que o leva a cooperar com as forças que tendem a lançar o doente mental para fora desse mundo razoável. Nesta forma de cooperação, ele se faz surdo à queixa do paciente, de tal forma está preocupado pelas que lhe chegam do mundo no qual este (paciente) evolui"*¹⁹.

Em sua proposta minimamente institucionalizada, Mannoni, psicanalista que é e a cuja teoria se mantém fiel, tem como diretriz permitir a incidência do inconsciente - e portanto do *sujeito* - na prática clínica que se dispense à clientela que a procura. Trata-se de fazer emergir o discurso do *sujeito* cujo funcionamento psicofísico esteja perturbado, ou do *sujeito* cuja estrutura

¹⁸ MANNONI, Maud, Le Psychiatre, son Fou et la Psychanalyse, Paris, Éditions du Seuil, 1970, p. 169 "La dimension politique du problème des troubles mentaux se trouve trop souvent colmatée ou niée par l'intensification de ces programmes de "soins". Tradução livre da autora

¹⁹ MANNONI, M. 1970, p. 29 "Dans une certaine tradition psychiatrique, nous nous trouvons devant une forme de complicité du psychiatre non pas avec la raison, mais avec le monde dit "sain d'esprit". C'est cette complicité qui l'amène à coopérer avec les forces qui tendent à rejeter le malade mental hors de ce monde raisonnable. Dans cette forme de coopération, il se fait sourd à la plainte du patient tant il est préoccupé par celles qui lui viennent du monde dans lequel celui-ci évolue". Tradução livre da autora

psíquica seja psicótica, e assim permitir o surgimento do *desejo inconsciente*. Esta diretriz se opõe a uma outra, qual seja, a de tratar a perturbação do funcionamento psicofísico ou do comportamento psicótico. A esse respeito:

*"A saída da doença mental depende da possibilidade, dada ou não ao sujeito, de traduzir em palavras seu desconforto (o médico tendo a fornecer por vezes numa palavra o significante que falta ao discurso do doente). Se ele recebe como única resposta à sua angústia o silêncio de um médico que sabe o que ele tem e não tem mais necessidade de escutar o que lhe é dito, o paciente não tem outro recurso senão o de desaparecer enquanto sujeito falante no seio de uma classificação nosográfica"*²⁰.

O pensamento psicanalítico de Maud Mannoni e sua prática clínica institucional nos inspiraram de modo incisivo no estudo que empreendemos sobre as conseqüências do trauma nos sujeitos por ele atingidos, estudo do qual esperamos extrair as condições de intervenção clínica, concreta, visando a dar uma contribuição para o trabalho junto a esses sujeitos.

O que se constata, portanto, é a existência de um grupo de pessoas, grupo numeroso ainda que muitas vezes não identificado, que, em conseqüência de acidentes de vários tipos e diversas causas, sofrem lesões graves e irreversíveis e que, por esse motivo, se encontram impossibilitadas de continuar com seu ritmo de vida anterior ao evento. E mais, passam a ser objeto de controle e de cuidados específicos, na sua maioria independente de sua vontade ou aquiescência. Esses cuidados, a nosso ver, engendram no corpo social uma nova classe - a dos deficientes, lesados, ou o nome que se queira dar a ela - classe esta discriminada como tal e que traz como conseqüência uma grande dificuldade para essas

²⁰ MANNONI, M, 1970, p. 24: "L'issue de la "maladie mentale" dépend de la possibilité donnée ou non au sujet de traduire en mots son désarroi (le médecin ayant à fournir parfois dans une parole le signifiant manquant au discours du malade). S'il reçoit comme seule réponse à son angoisse le silence d'un médecin qui sait ce qu'il a et n'a plus besoin d'entendre ce qui lui est dit, le patient n'a plus d'autre ressource que de disparaître comme sujet parlant au sein d'une classification nosographique." Tradução livre da autora.

peças de continuar a realizar a aventura de sua existência, alienadas que estão nessa rede social que as aprisiona.

Vemos que nem sempre isso se deu desta maneira, mas que é fruto de práticas de controle e organização social que passaram a existir há mais ou menos três séculos e que, na medida em que se especializam e se tornam mais eficazes, se trazem algum benefício "reparador" para as funções psicofísicas dos indivíduos, podem obstaculizar a emergência do *sujeito* envolvido e seu descolamento da imagem de deficiente que essas práticas criam para ele.

Nosso objetivo será o de ver esses indivíduos que se encontram lesados por uma outra ótica: a de sua estrutura psíquica, que permanece a mesma antes e depois do evento, mesmo que seu organismo se apresente prejudicado. Ele, como qualquer um outro, enquanto *sujeito*, terá que se haver com a castração, com a falta estrutural e estruturante de todo *sujeito*. Em outras palavras, não é porque se encontra lesado em suas funções psicofísicas que esses indivíduos estão à margem do processo de constituição a que todo e qualquer humano se submete e que dura a vida toda, só terminando com a morte. Há que se pensar em estratégias que, como nos mostra Mannoni, levem o *sujeito* a falar de si, a fazer emergir o seu discurso, independentemente do seu funcionamento psicofísico, com isso permitindo a emergência do *desejo inconsciente*. *Sujeito, castração, falta estrutural e estruturante, discurso do sujeito, desejo inconsciente*. Termos psicanalíticos que, entre outros, exigem definição e articulação entre si, bem como com o tema proposto.

É o que será feito, partindo de Freud, com relação à distinção entre *sujeito* e indivíduo.

Chegamos então ao conceito de *trauma* no sentido que Freud lhe dá em seu texto "Além do princípio de prazer", datado de 1920, onde o autor assim se refere:

"...Um acontecimento como um trauma externo está destinado a provocar um distúrbio em grande escala no funcionamento da energia do organismo e a colocar em movimento todas as medidas defensivas possíveis. Ao mesmo tempo, o princípio de prazer é momentaneamente posto fora de ação. Não há mais possibilidade de impedir que o aparelho mental seja inundado com grandes quantidades de estímulos; em vez disso, outro problema surge, o problema de dominar as quantidades de estímulo que irromperam e de vinculá-las no sentido psíquico, a fim de que delas se possa então desvencilhar"²¹

Com Lacan, construímos a hipótese de que:

- o indivíduo deficiente, assim identificado pelo não funcionamento ou pelo sub-funcionamento na unidade psicofísica que suporta o seu estatuto de *indivíduo*, traz, em sua condição de *sujeito*, um efeito do *Real*. Este termo lacaniano define um dos três registros do *sujeito*; sendo os outros dois o *Simbólico* e o *Imaginário*.

Vejam os do que se trata: Em primeiro lugar, quando falamos de *sujeito* em psicanálise, é do *sujeito do inconsciente* de que estamos falando. E, como veremos no decorrer desta Dissertação, ele é um efeito de linguagem, o que significa dizer que é um efeito do *Simbólico*. O *sujeito* não é auto-engendrado, tampouco é efeito da ordem biológica. Na psicanálise, ele é efeito do *significante*, é por ele que o *sujeito* se estrutura. O *significante*, no entanto, cuja única função, em psicanálise, é representar o *sujeito* junto a outro *significante*, no que atesta a incidência do *Simbólico*, como dissemos, na constituição do *sujeito*, não é capaz de representá-lo inteira e plenamente. Por isso, a estrutura do *sujeito* exige a incidência dos três registros já citados acima. Registros esses interligados e interdependentes, tendo, entretanto, o *Simbólico*, ou melhor, a *Ordem Simbólica* a primazia sobre os demais.

²¹ FREUD, S. Além do Princípio de Prazer, (1920), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol XVIII, Rio de Janeiro, Imago Ed, 1976, p. 45

Em seu “Dicionário da Psicanálise”, Chemama, definindo o verbete *simbólico*, a ele se refere da seguinte maneira: ... “O simbólico faz do homem um animal (“*fallasser*”) fundamentalmente regido, subvertido pela linguagem, o que determina as formas de seu vínculo social e principalmente suas escolhas sexuais.”²²

Já o *Real*, que é preciso lembrar não ser a realidade, é... “Aquilo que, para um sujeito, é expulso da realidade pela intervenção do simbólico”²³. Como dissemos - aspecto que será desenvolvido no Capítulo II, adiante, em que tratamos da constituição do *sujeito* - apesar de este *sujeito* ser representado por um significante, não existe nenhum significante que possa dizer *todo* o sujeito. Podemos, então definir o *Real* como aquilo que resta do significante, mas que concerne ao *sujeito*. Isto é, é aquilo que, sendo do *sujeito*, não consegue ser simbolizado, e, por isso mesmo, se perde. Resta-nos, por ora, dizer que o *Imaginário* é o que, na experiência subjetiva, recobre o *Real*. Retomaremos, em detalhe, o registro do Imaginário em suas relações com o conceito freudiano de *narcisismo*, no Capítulo II, quando também serão retomados os outros dois registros da experiência subjetiva aqui mencionados a título de clarificação do que ora introduzimos.

- Continuando com Lacan, ele mostra que todo processo de constituição subjetiva passa então, no deficiente, a se fazer exclusivamente a partir desta marca deficiente. O *sujeito* se fixa nesta marca deficiente, que passa a ter a primazia no seu processo de constituição. Veremos que o *sujeito* se faz representar por um significante (chamado por Lacan de S_1) para outro (S_2). A separação entre S_1 e S_2 , necessária para que o sujeito encontre as vias próprias de seu desejo, tende a ser suprimida. O objeto a , cuja extração do campo do Outro

²² CHEMAMA, R. *Dicionário da Psicanálise Larousse*. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1995, p. 199.

²³ _____ op. cit. p. 182

corresponde a essa separação, tende a se incluir como elemento do *Real* no campo do *Simbólico*, ameaçando, no plano do *Imaginário*, a identidade do *sujeito* com esse objeto, e a correlata irrupção da *angústia*.

- os processos identificatórios simbólicos e imaginários da subjetivação constróem-se sobre este traço que, embora simbólico, encontra-se colabado ao real, marcado pela deficiência: "deficiente" então passa a ser o eixo central de constituição do sujeito.

- entretanto, como uma instância constituída pela nodulação de três registros, o *sujeito* não admite a condição deficiente, que o definiria como uno, indiviso e idêntico a si mesmo. O *sujeito* não é o *significante* que o representa, e menos ainda o *objeto* em que corre o risco de se petrificar. Ao *sujeito do inconsciente*, a rigor, só cabe uma vicissitude: a *castração*, que o barra.

Na deficiência, em decorrência dessas vicissitudes, constatamos a tendência a uma constituição subjetiva que se depara com um impasse em função do colapso da nodulação dos três registros em que o *sujeito* se constitui, do que decorre uma aparente redução à categoria de indivíduo psicofísico deficiente. Dissemos que esta redução é aparente porque, como vimos, a psicanálise, ao introduzir a categoria de *sujeito do inconsciente*, interdita que se recaia no ponto de vista psicológico, centrado na noção de indivíduo. O que se passa então é uma identificação, pelo *Imaginário*, aos traços que fazem do *sujeito* o equivalente de sua deficiência, fenômeno concernente ao funcionamento de sua individualidade psicofísica. A *castração*, tal como é entendida psicanaliticamente, com a qual o sujeito se depara, e do que decorre sua inscrição simbólica, é na deficiência configurada como *castração* real e imaginária, como efeito da supressão da necessária referência Simbólica, mediadora entre o *Real* e o *Imaginário*.

Capítulo II

SUJEITO E DESEJO EM PSICANÁLISE

O sujeito é aquele que fala, como aprendemos quando estudamos a sintaxe. É sujeito de um discurso. Mas, em psicanálise, é o *sujeito do discurso inconsciente*. Isso implica diferenças radicais com o sujeito da sintaxe, pois o discurso inconsciente tem suas próprias características e leis.

Aprendemos - primeiro com Freud e depois com Lacan - que o *sujeito* não existe desde sempre. Ele se constitui ao longo da vida de cada homem. E se constitui porque o homem fala. É pelo fato de falar, portanto, que o homem se constitui como *sujeito*, imprimindo à sua existência marcas bem distintas de qualquer outro ser vivo. Mas há uma outra descoberta que devemos à psicanálise: o homem é um ser falado, o que significa que algo em si mesmo fala de si, sem que ele tenha disso consciência.

Assim, quando falamos de *sujeito* em psicanálise, apesar de estarmos falando de um sujeito de um discurso, não estamos nos limites da sintaxe. Pois aqui o *sujeito* realmente fala, mas não sabe o que diz. Ou, em outras palavras, diz, e o ato de dizer o situa como um *sujeito da enunciação*, mais do que pensa dizer (seus *enunciados*). Sobre isso se fundamenta a práxis do psicanalista, pois sua função é ouvir o *sujeito* para além do que ele pensa estar dizendo.

Há uma dimensão de alteridade com a qual o *sujeito* se relaciona e que o faz assujeitado a ela. É por isso que dizemos que o *sujeito* na psicanálise é

assujeitado ao *Outro*. Quando falamos de *Outro*, escrito com *O* (maiúsculo), estamos nos referindo a essa outra alteridade que, sendo anterior e exterior a esse *sujeito*, tem função determinante em sua constituição. Trata-se de uma outra alteridade, diferente daquela do semelhante, do parceiro imaginário, alteridade esta que o subjuga, o domina, sem nenhuma possibilidade de o *sujeito* auto-engendrar-se, afirmar sua suposta “autonomia” em face desse *Outro*, do qual só poderá vir a se separar no caso de primeiramente “aceitar”, numa escolha forçada alienar-se a ele. Este *Outro* é o *Outro da linguagem*, onde o *sujeito* está mergulhado ao nascer. Portanto, ao se constituir, o *sujeito* o faz através da linguagem. Mas ele não é um elemento de linguagem. O *sujeito* é efeito do significante e não se confunde com ele. O que significa isso?

Neste capítulo, propomo-nos a acompanhar, através de textos de Freud e de Lacan, os passos que foram dados por eles, baseados em sua prática clínica, na construção de uma teoria do *sujeito* e do *desejo*. Nosso propósito não é mapear exaustivamente esses momentos em sua obra. Tão somente nos limitaremos a pinçar nela alguns deles que foram fecundos para nós no que tange ao tema de nosso trabalho.

Freud não se dedicou a elaborar especificamente uma teoria do *sujeito*. Entretanto, fala dele a todo momento o tempo todo. Ele fala do *sujeito*, por exemplo, quando fala do inconsciente e suas manifestações, como forma de expressão do *desejo inconsciente* que, como sabemos por sua teoria, é sempre de natureza sexual: os atos falhos, os lapsos, chistes e sonhos. E fala disso desde suas primeiras publicações, como “A Interpretação dos Sonhos”¹, “Projeto para Uma Psicologia Científica”², “A Psicopatologia da Vida Cotidiana”³.

¹ FREUD, S. “A Interpretação dos sonhos” (1900), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol V, Rio de Janeiro, Imago Ed, 1972

² _____ “Projeto para uma Psicologia Científica” (1895), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol I, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1977

³ _____ “A Psicopatologia da Vida Cotidiana” (1901), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Sigmund Freud, vol VI, Rio de Janeiro, Imago Ed, 1969

Na “Interpretação dos Sonhos”, em seu capítulo VII, Freud apresenta uma teoria do aparelho psíquico, onde vemos articulados conceitos como *desejo* e *linguagem*. Para ele, este aparelho nada tem a ver com o mundo externo, fazendo lembrar a estrutura de um “*aparelho reflexo*” que descarregasse as excitações sensoriais por uma via motora. Ao que esse aparelho visaria é permanecer em repouso, mergulhado na busca de prazer e na descarga de excitação.

Entretanto, este aparelho seria confrontado com as “*exigências da vida*”, isto é, com necessidades tanto externas quanto internas, estas últimas contínuas e, apesar de internas, estranhas ao aparelho psíquico. Essas exigências, a que o bebê humano não tem como responder por si mesmo, levam-no a uma situação de desamparo total (*Hilflosigkeit*). Exemplo típico disso é a fome (uma necessidade biológica, que é a que primeiro se faz sentir junto ao bebê) e a que o organismo do bebê não tem como atender. “...Um nenezinho com fome grita ou dá pontapés impotentemente”, diz Freud⁴ sendo necessário um “*auxílio externo*” que promova uma “*experiência de satisfação, que põe fim ao estímulo interno*”⁵.

Resumindo, vemos surgir diante do bebê uma necessidade vital, que produz uma excitação (sobrecarga de estímulos), que leva a uma situação de extremo desconforto, de desamparo, enfim. O que provoca no bebê reações como “*gritos*” ou “*pontapés*”. Surge uma busca de “*auxílio externo*” que, com uma “*ação específica*”, satisfaz naquele momento a necessidade: sacia a fome. Realizou-se a “*experiência de satisfação*”. Quando isso ocorre, Freud diz que produz-se no bebê uma “*percepção particular*” - expressão usada no texto de “A Interpretação dos Sonhos”, que parece ser a “*Wahrnehmungszeichen*” de que

⁴ FREUD, S. (1900), p. 602

⁵ _____, op. cit., ídem

Freud fala em sua Carta 52 a Fliess⁶, e que ele define como “o primeiro registro das percepções”, ainda nesse registro, inconsciente. É assim que ele a isso se refere:

*“...Um componente essencial desta experiência de satisfação é uma percepção particular (a de nutrição, em nosso exemplo) cuja imagem mnemônica permanece associada, daí por diante, ao traço de memória da excitação produzida pela necessidade.”*⁷

A partir disso, Freud elabora a definição de *desejo*, como sendo um ...“impulso psíquico que procurará catexizar a imagem mnemônica da percepção e reevocar a própria percepção, isto é, restabelecer a situação da satisfação original”⁸. E mostra ter o sonho “uma força motivadora”, que é “um desejo a buscar realização”.

Satisfação de uma necessidade não é o mesmo que realização de desejo, podemos concluir. E mais, existe desejo a buscar realização porque a satisfação nunca é completa. Dizendo de outro modo, ela é sempre incompleta, porque, como Freud diz de forma radical, o objeto de satisfação está para sempre perdido. Voltaremos à noção de *desejo*.

Sobre essa “experiência de satisfação” encontramos também um outro texto de Freud - “Projeto para uma Psicologia Científica”⁹ - onde, ao falar de *Memória e Juízo*, ele também vem a descrever essa experiência. Já neste texto, a ênfase que Freud dá é nas características da percepção que o bebê humano tem da presença de um outro, seu semelhante, junto a ele. Quando isso ocorre, três situações diferentes acontecem: “... um objeto semelhante foi, ao mesmo tempo o

⁶ FREUD, S. Extratos dos Documentos Dirigidos a Fliess, Carta 52 (1950 [1892-1899]), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol I, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1969

⁷ _____ (1900), p. 602

⁸ _____ op. cit. p. 602

⁹ FREUD, S. op. cit.

primeiro objeto satisfatório [do sujeito], seu primeiro objeto hostil e também sua única força auxiliar.”

Com isso, continua Freud, haverá vários tipos de lembranças que advirão dessa experiência primordial, “*traços, na esfera visual*” ou percepções de movimentos (do semelhante) que coincidirão com seus próprios movimentos, ou ainda, na esfera auditiva, se o objeto der um grito, o sujeito poderá lembrar-se de seu próprio grito. E Freud fala, nesse momento do texto, de uma “*outra parte*” dessa experiência, além daquela que deixa “*traços*” e produz lembranças, parte essa que ele descreve como sendo aquela que “*... dá a impressão de ser uma estrutura que persiste coerente como uma coisa,...*”¹⁰

Esta *Coisa - das Ding* - a que Lacan se refere em seu Seminário, livro 7, sobre a *Ética*¹¹, comentando o texto de Freud acima referido, como aquilo que sempre nos escapa na relação com nosso semelhante, desde a experiência primordial de todo ser humano. Se seguirmos a trilha de Lacan, vemo-lo falar de *Das Ding* de várias maneiras, mas em todas elas nos levando a concluir ser *Das Ding* esse objeto que se perdeu para sempre no momento fundante do sujeito. Assim, vejamos:

*“O que há em das Ding é o verdadeiro segredo”*¹²

*“O Ding é o elemento que é originalmente isolado pelo sujeito em sua experiência do Nebenmensch como sendo, por sua natureza, estranho (Fremde)”*¹³

“O Ding como Fremde, estranho e podendo mesmo ser hostil num dado momento, em todo caso como o primeiro exterior, é em torno do que se orienta todo o encaminhamento do sujeito.....ao mundo de seus desejos”.¹⁴

¹⁰ FREUD, S. (1900), p. 438

¹¹ LACAN, J. O Seminário, livro 7 *A Ética da Psicanálise* (1959 - 1960). Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed. 1988

¹² LACAN, J. op. cit. p. 61

¹³ _____ id p. 68

¹⁴ LACAN, J. op. cit p. 69

Podemos, então concluir que a “*experiência de satisfação*” provoca uma perda, não satisfaz inteiramente. Essa é a “*amarga experiência da vida*” de que nos fala Freud¹⁵, perda fundante do sujeito. Desta experiência resta um traço, traço de um objeto, a marca primeira desse objeto perdido, aquilo que dá o caráter singular dessa experiência fundante do sujeito. O sujeito advindo a partir da incidência da Ordem Simbólica, mantendo também resíduos mnêmicos, um *sujeito* se constituindo através dessa experiência primordial - que inclui uma outra pessoa e uma linguagem permeando essa experiência amarga - a perda do objeto. A construção da *fantasia* e seu uso pelo sujeito, diferente da *alucinação* e o surgimento do *desejo* são marcas originais do *sujeito*.

Desejo é um dos conceitos mais importantes da teoria psicanalítica. Está na base dessa teoria, é um de seus fundamentos. Surge, como vimos, concomitante ao advento do *sujeito*. Podemos dizer que, se há *sujeito*, há *desejo*, forma encontrada por ele para explicitar a falta que lhe é inerente.

A “Interpretação dos Sonhos”, já citada por nós, é um texto que trabalha por excelência o conceito de *desejo* e a sua complexa articulação com o *sujeito*. Começemos, portanto, por esta obra de Freud a pensar o *desejo* na Psicanálise.

Freud diz textualmente, que ...” o sonho é uma estrutura com um significado”¹⁶. Ou ainda ... “Os sonhos são atos psíquicos de tanta significação quanto quaisquer outros; sua força motivadora é, em qualquer caso, um desejo a buscar realização”¹⁷.

E desenvolve aí uma *ciência* dedicada a interpretar a *linguagem* do sonho. O que interessa no sonho, diz ele, é a sua *elaboração*, isto é, reconhecer nele sua estrutura de linguagem. Dito de outro modo: reconhecer os mecanismos que regem a linguagem do inconsciente, presentificada no sonho, a saber: a

¹⁵ FREUD, S. (1900) p. 603

¹⁶ FREUD, S. (1900) p. 560

¹⁷ _____ op. cit. p. 569

condensação e o deslocamento, próprios, respectivamente à metáfora e à metonímia.

Examinemos inicialmente o sonho da “açougueira”. É assim que Freud se refere ao sonho relatado por uma cliente histérica a quem ele havia ensinado que o sonho era a realização de um desejo. Com o fim de lhe contestar a teoria ensinada, esta mulher faz o seguinte sonho:

“Queria dar uma reunião onde fosse servida uma ceia, mas não tinha nada em casa senão um pequeno salmão defumado. Pensei em sair e comprar alguma coisa, mas me lembrei de que era domingo de tarde e que todas as casas comerciais estariam fechadas. Em seguida, tentei telefonar para alguns fornecedores, mas o telefone estava defeituoso. Assim, tive que abandonar meu desejo de dar uma recepção”¹⁸.

Freud dá algumas informações sobre esta paciente: Parece ser uma mulher apaixonada por seu marido, um açougueiro “*honesto e capaz*” ainda que um tanto rude, e que sabe fazê-la feliz e satisfeita sexualmente. Tanto ela quanto o marido se sentiam gordos, precisando emagrecer. O marido já havia comentado que faria um regime. Havia também uma amiga desta paciente, de quem ela sentia ciúmes, pois seu marido falava muito bem desta moça. Freud se refere assim a esse fato: “*...Felizmente essa sua amiga é muito ossuda e magra e o marido de minha paciente admira uma figura mais cheia de corpo*”¹⁹.

E ainda relata que essa moça havia insinuado à sua paciente o desejo de ser convidada para jantar. Seu prato preferido era ... salmão defumado! A paciente de Freud, por sua vez, desejaria muito comer um sanduíche de caviar todas as manhãs, mas não o fazia “por economia”, segundo ela. Ela conta ainda a seu médico que o marido bem que tentou satisfazer esse seu desejo, mas ela própria lhe pedira que não o fizesse.

¹⁸ FREUD, S. *id.* p. 156

¹⁹ FREUD, S. (1900) p. 158

Baseando-se nesses dados relatados pela paciente, Freud apresenta a interpretação de seu sonho. De seu comentário, podemos realçar dois pontos, entre outros tantos a observar nessa exposição.

O primeiro é o fato de a sonhadora ter-se utilizado, no sonho, do desejo da amiga - *salmão defumado* - no lugar do seu próprio desejo - *caviar*. O segundo ponto é que, como é próprio a toda histérica - sua paciente tem desejo de ter um desejo insatisfeito: deseja caviar, mas não o come nem deixa que seu marido lhe dê o caviar. O sonho lhe dizia - segundo Freud - do desejo de não oferecer a ceia à amiga para não lhe proporcionar condições de engordar e se tornar atraente para seu marido; como também havia outra vertente da interpretação, que não seria contraditória com a primeira: a de que não conseguindo o salmão defumado para a amiga, a paciente de Freud sonhava que um desejo desta amiga não havia sido satisfeito. Lembremo-nos de que esta paciente havia demonstrado um desejo de renunciar a um desejo. O sonho da açougueira dizia de dois desejos dela, a saber: o de não favorecer a amiga aos olhos de seu marido, e o de ter um desejo insatisfeito - em vez de provar a *não realização* de um desejo.

Entretanto, as observações de Freud nos levam mais longe, com a ajuda de Lacan. Tomemos um de seus Escritos - aquele denominado "*A Direção da Cura*"²⁰, onde ele retoma "*o sonho da açougueira*".

Inicialmente, a observação de Lacan chama a atenção sobre a genialidade de Freud ao se ter antecipado às articulações sobre a estrutura da linguagem feitas por Saussure anos mais tarde. Mesmo sem ter podido conhecer esses trabalhos, Freud se utilizou da metáfora e da metonímia como mecanismos do processo primário inconsciente, estruturado como uma linguagem. Interrogando-se sobre o que teria levado Freud a descobrir esta estrutura, Lacan conclui ter

²⁰ LACAN, J. La direction de la cure et les principes de son pouvoir (1958) in *Écrits*, Paris, Éditions du Seuil, 1966

sido o fato de Freud ter seguido ... *“um fluxo significante cujo mistério consiste em que o sujeito não sabe mesmo onde dissimular ser disso o organizador”*²¹.

Seguindo Freud e Lacan, podemos tirar algumas conclusões:

- o sonho é a “estrada real” que nos leva ao inconsciente;
- o sonho é feito para o reconhecimento do desejo
- neste sonho da “açougueira”, constatam-se dois desejos: *Um “desejo de desejo”,* nome dado por Lacan ao que ele descreve como *“desejo significado por um desejo”,* e que ele aponta no sonho em questão como sendo *“o desejo de ter um desejo insatisfeito”,* significado, diz Lacan, por *“seu desejo de caviar”*. E diz ainda: *“o desejo de caviar é seu significante”*. Ressaltemos ser esse desejo significado como insatisfeito, inacessível, e que desliza no significante caviar, *desloca-se sobre ele,* sem que surja outra significação que não seja a insatisfação. Lembremo-nos de que a metonímia é

...*“este efeito tornado possível pelo fato de que não há nenhuma significação que não remeta a uma outra significação, e onde se produz seu mais comum denominador, a saber o pouco de sentido (comumente confundido com o insignificante), o pouco de sentido, digo eu, que se revela no fundamento do desejo, e lhe confere o acento de perversão que se é impelido a denunciar na histeria presente”*²².

A metonímia caracteriza, portanto, o deslocamento do desejo de uma significação para outra sem que nenhuma delas consiga satisfazê-lo. Isso nos fala do “pouco de sentido”, que nos remete à “falta em ser”, isto é, ao fato de que, a

²¹LACAN, J. op. cit. p. 623 “... un flux signifiant dont le mystère consiste en ce que le sujet ne sait pas même où feindre d’en être l’organisateur”. Tradução livre da autora.

²²LACAN, J. op. cit. p. 622 “... cet effet rendu possible de ce qu’il n’est nulle signification qui ne renvoie à une autre signification, et où se produit leur plus commun dénominateur, à savoir le peu de sens (communément confondu avec l’insignifiant), le peu de sens, dis-je, qui s’avère au fondement du désir, et lui confère l’accent de perversion qu’il est tentant de dénoncer dans l’hystérie présente”. Tradução livre da autora.

nível do ser, algo sempre falta ao sujeito. O desejo é a metonímia da falta em ser, falta esta de que já tivemos oportunidade de falar acima.

Numa outra vertente, voltando ao sonho da “açougueira”, e acompanhando Lacan em seu comentário, vemos ter havido também a substituição do *desejo de caviar* pelo desejo de *salmão defumado*. Isso caracteriza a substituição de um significante por outro, o que é o mecanismo da *condensação*, próprio da *metáfora*. “*Uma palavra pela outra, eis a fórmula da metáfora*”, nos diz ele em outro de seus escritos²³. Ora, se o desejo de caviar, que é apontado por Freud como significante do desejo de sua paciente, é no sonho substituído pelo desejo de salmão defumado, podemos dizer com Lacan que Freud propõe o sonho como *metáfora do desejo*.

Na metáfora caviar-salmão, dizemos que se produzem efeitos de sujeito, na medida em que um sujeito se faz sempre significar pela substituição de um significante por outro, como ensina Lacan.

Continuando nossa pesquisa sobre o conceito de sujeito na obra freudiana, encontramos na “*Psicopatologia da Vida Cotidiana*”²⁴, a utilização por ele dos esquecimentos, lapsos de língua, atos descuidados, superstições e erros para convencer seus pares da época da validade de sua descoberta: *a determinação inconsciente dos atos psíquicos*. E já no primeiro capítulo apresenta o hoje emblemático esquecimento do nome próprio *Signorelli*, fato ocorrido com ele numa viagem que fazia de Ragusa para Herzegovina, durante a qual conversava com um estrangeiro, companheiro de viagem. Ao tentar lembrar-se do nome do pintor dos afrescos da catedral de Orvieto - *Signorelli* - não só não o conseguiu, como também o substituiu por dois outros - *Botticelli* e *Boltraffio*. Segue-se aí uma detalhada descrição do processo psíquico que, em vez de levar à lembrança do nome esquecido, fez surgirem *nomes substitutos*. Isto para provar sua hipótese

²³ LACAN, J.L.'instance de la lettre dans l'inconscient, in *Écrits*, Paris, Éditions du Seuil, 1966, p. 507 “*Un mot pour un autre, telle est la formule de la métaphore...*”. Tradução livre da autora.

²⁴ FREUD, S. (1901) op. cit.

de que esse fato não é arbitrário, mas subordinado a leis específicas que lhe traçam o caminho a seguir. Leis estas que não devem ser procuradas... ”*nem numa peculiaridade do próprio nome nem numa característica psicológica do contexto em que foi apresentado...*”²⁵, mas por uma necessidade inconsciente de não lembrar de algo perturbador. No caso em questão, foi de uma idéia que lhe veio associada ao tema da conversa, que lhe causou mal estar, por se tratar do suicídio de um antigo paciente seu a quem ele se havia dedicado, mas a quem não conseguiu curar de uma perturbação sexual. Articulando os nomes Signorelli, Herzegovina, Botticelli, Boltraffio, Bósnia e Trafoi, este último, nome da cidade onde Freud estava quando soube do ocorrido a seu cliente, ele mostra como se deu, *por condensação e por deslocamento*, a substituição de *Signorelli* por *Botticelli* e por *Boltraffio*. Há, portanto, Freud afirma, leis impostas pelo inconsciente que submetem os atos psíquicos humanos a seus caprichos.

Continua a falar do sujeito quando, ao se deparar com a *histérica*, (1895)²⁶ descobre serem os seus sintomas uma forma de linguagem, linguagem cifrada, que fala do *gozo*, mas também uma história tramada em decorrência do *trauma* - a *fantasia*, conceitos estes que serão abordados por nós no próximo capítulo. Enfim, um dizer da impossibilidade de a pulsão se satisfazer totalmente e de o neurótico dar sentido último ao que vivencia.

E Freud, em 1905, apresenta a sua primeira teoria das Pulsões, ao publicar “Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade”²⁷. Nesse momento de elaboração teórica, ele descreve as pulsões como duas: as de auto-conservação (do ego) e a *libido*, energia de natureza sexual. É de se notar a oposição que Freud faz entre “*pulsões de vida*” e “*pulsões sexuais*”, o que podemos ver com clareza em outra publicação, esta de 1910: “A Concepção Psicanalítica da Perturbação

²⁵ FREUD, S. (1901) op. cit p. 20

²⁶ FREUD, S. e BREUER, J. “Estudos sobre a Histeria” (1893-1895), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol II. Rio de Janeiro, Imago Ed. 1969

²⁷ FREUD, S. “Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade” (1905), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol VII. Rio de Janeiro, Imago Ed. 1972

Psicogênica da Visão”, texto em que, pela primeira vez, ele usa o termo “*pulsões do ego*”, cujo fragmento citamos agora (é de se notar que na Edição Standard Brasileira, a palavra alemã *Trieb* é traduzida por instinto e não por pulsão, como preferimos adotar no presente trabalho):

“A oposição entre as idéias é apenas uma expressão das lutas entre os vários instintos. Do ponto de vista de nossa tentativa de explicação, uma parte extremamente importante é desempenhada pela inegável oposição entre os instintos que favorecem a sexualidade, a consecução da satisfação sexual, e os demais instintos que têm por objetivo a autopreservação do indivíduo - os instintos do ego”²⁸.

Afirmando a *pulsão* como um conceito fundamental, e a definindo como um ... “*conceito limítrofe entre o somático e o psíquico...*” (isto é, o conceito de pulsão não pertence nem ao somático nem ao psíquico) e como uma ... “*medida da exigência feita à mente no sentido de trabalhar em conseqüência de sua ligação com o corpo*”²⁹, Freud escandaliza o mundo científico de sua época ao falar da sexualidade como matriz do sujeito humano. O que seus pares na época não entenderam - e que muitos hoje em dia talvez continuem não entendendo - é de que sexualidade falava Freud.

De fato, é em torno do sexual que o saber psicanalítico se constitui. Mas não de um sexual de que fala a biologia ou a psicologia, como uma função orgânica que existe para a procriação. Sexual para a psicanálise é o campo no qual o sujeito humano se estrutura. E ele se estrutura, como já tivemos oportunidade de salientar, na articulação da Pulsão com a Linguagem. É uma característica do homem buscar representar através de significantes suas experiências de vida, tanto as que se referem aos fenômenos psíquicos, quanto

²⁸ FREUD, S. “A Concepção Psicanalítica da Perturbação Psicogênica da Visão” (1910), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol XI. Rio de Janeiro, Imago Ed. 1970 p. 199

²⁹ _____ “O Instinto e suas vicissitudes” (1915), Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol XIV. Rio de Janeiro, Imago Ed. 1974; p. 142

aquelas referidas aos fenômenos somáticos. É isso que o distingue de qualquer outro ser. Porém, somente ele se depara com o fato de que não consegue êxito completo nessa busca de significações. Na medida em que o sujeito humano se depara com a impossibilidade de encontrar um sentido pleno para essas experiências, isto é, na medida em que ele descobre que haverá sempre algo não dizível, não coberto por um dizer seu que o signifique, falar do sexual em psicanálise é também falar desse lugar que o ultrapassa - o *mais-além* do sexual.

A isso se refere Elia

“... tudo que é da ordem do psicanalítico situa-se num registro distinto, irreduzível e independente tanto do que é da ordem somática quanto do que é da ordem psíquica, estando dado que, a partir do registro pulsional, que define o psicanalítico, os fenômenos tanto somáticos quanto psíquicos devam ser redefinidos, ressignificados como efeitos da referida determinação pulsional.”³⁰

Ao introduzir o Narcisismo no corpo teórico da psicanálise, introduzindo com isso o *eu* na teoria da libido, Freud apresenta este *eu* como objeto da pulsão sexual. São suas estas palavras:

“...estamos destinados a supor que uma unidade comparável ao ego não pode existir no indivíduo desde o começo; o ego tem de ser desenvolvido. Os instintos auto-eróticos, contudo, ali se encontram desde o início, sendo, portanto, necessário que algo seja adicionado ao auto-erotismo - uma nova ação psíquica - a fim de provocar o narcisismo.”³¹

Uma nova ação psíquica. Freud assim substitui a mera tendência à auto-conservação, satisfação de necessidades vitais, pelo desejo da criança em ser amado, reconhecido, constituindo-se como *eu*, pelo investimento amoroso do

³⁰ ELIA, L. *Corpo e Sexualidade em Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Uapê, 1995; p. 52

³¹ FREUD, S. “Sobre o Narcisismo: Uma Introdução” (1914), in *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol XIV. Rio de Janeiro, Imago Ed.: 1974; p.93

Outro. Esse investimento produz o *eu-total*, capaz de entrar no circuito, sempre narcísico, do amor.

Esta dimensão de alteridade é fundamental para se entender a constituição do sujeito. A experiência primordial de satisfação propiciada pela pessoa que cuida dele - de que Freud já nos havia falado em outros textos anteriores, associada à de ser amado desencadeia nesse bebê a possibilidade de também amar essa imagem de si. Eis aí a *ação psíquica* que precisa existir para que o ego se constitua.

Constituir-se como *sujeito*. Processo complexo, com diversos momentos. Um deles, que é focalizado por Freud no texto do *Narcisismo*, é o do investimento pulsional nos objetos, fruto desse contato primeiro com seu semelhante. Essa "*pessoa que cuida dele*", para usar as palavras de Freud, é quem lhe propicia as condições para diferenciar as pulsões, de início indiferenciadas; investir sua energia libidinal em objetos, descobrir seu corpo, ou melhor, sua imagem, como um dos primeiros objetos de amor. Como também para fazer outras escolhas de objeto no percurso de sua vida, baseando essas escolhas no modelo de suas relações consigo mesmo e/ou com a mãe ou quem a substituir na função. Estão superpostos: *relação de objeto, narcisismo, constituição da imago própria - i (a)*. É por isso que Lacan, ao se referir ao *Narcisismo* no seu Seminário, livro 2, de 1955³², diz ser o narcisismo o enquadramento necessário a toda e qualquer relação de objeto.

Para dizer de outra forma o que Freud já havia dito: a nova ação psíquica é o investimento libidinal do sujeito na imagem de si que o Outro ama. É o ego como objeto da pulsão. É o id, refletido nos objetos, investindo neles sua libido.

A primeira configuração do objeto para o sujeito é o seu próprio corpo. Entretanto, determinado que é pela Ordem Simbólica, com a entrada do significante nessa relação do sujeito com seu corpo, há o que Lacan chamou de

³² LACAN, J. O Seminário, livro 2 (1954-1955). Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed, 1985

“corpsificação”³³, numa referência ao termo inglês “corpse”- que significa “cadáver”- isto é, a “morte” do corpo real, um esvaziamento da carne, doravante somente existindo para o sujeito através do significante que o representa. Seu corpo se torna também um objeto perdido, algo de certa forma não representado todo para o sujeito, vicissitude de todo e qualquer objeto com que o sujeito se relacione. A possibilidade de o sujeito lidar com essa “corpsificação” é o Narcisismo. Vejamos porque.

Tomemos a descrição de uma fase fundamental no desenvolvimento da criança que é a assunção por ela de sua imagem corporal - pela primeira vez unificada - diante de um espelho. Descrição esta apresentada pela primeira vez por Lacan em 1936, com o nome de “*O estádio do espelho como formador da função do eu, tal qual ela nos é revelada na experiência psicanalítica*”³⁴. Nesse texto, Lacan registra o júbilo experimentado pela criança diante da possibilidade de se ver refletida no espelho, brincar com seus movimentos e assumir como sua a imagem especular, cena esta que inclui necessariamente a participação do olhar amoroso e aprovador do adulto - em geral a mãe.

Esse júbilo parece demonstrar que o sujeito conquista a possibilidade de sair de um estado de impotência diante da forma parcial e parcelada com que vem lidando com suas necessidades e suas emoções através da descoberta de uma forma unificada que é ele mesmo. Aquele corpo que de certa maneira se perdeu quando os significantes o invadiram e se tornaram intermediários entre ele e este corpo - objeto perdido, objeto a -, agora é “vestido” pelo sujeito com a imagem especular. Entretanto, é preciso frisar que o Real (o objeto a) será revestido pela imagem desde que esteja presente na cena o adulto que encarna esse investimento amoroso na imagem.

³³ LACAN, J. in BRUNO, P. *Satisfação e Gozo*. Belo Horizonte, Tahl Ed, 1994, p 6.

³⁴ LACAN, J. “Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu’elle nous est révéllée dans l’expérience psychanalytique”, in *Écrits*, Paris, Éditions du Seuil, 1966.

Dissemos ser este momento fundamental para a criança, pela importância que ele adquire em sua constituição psíquica. Lacan se refere a esta fase como aquela que

... “ *parecer-nos-á desde então manifestar numa situação exemplar a matriz simbólica em que o eu se precipita em uma forma primordial, antes que ele se objective na dialética da identificação ao outro e que a linguagem lhe restitua no universal sua função de sujeito*”³⁵

Essa experiência radical para a constituição do sujeito traz representados os três registros de sua estrutura psíquica: o *Simbólico* é a presença do adulto, com a carga amorosa que é para ele - adulto - a revivescência de seu próprio momento narcísico, aparentemente deixado para trás. Citemos alguns trechos do artigo sobre o “Narcisismo”, de Freud, onde ele registra essa revivescência:

“... Se prestarmos atenção à atitude de pais afetuosos para com os filhos, temos de reconhecer que ela é uma revivescência e reprodução de seu próprio narcisismo, que de há muito abandonaram.”

“... Assim eles se acham sob a compulsão de atribuir todas as perfeições ao filho - o que uma observação sóbria não permitiria - e de ocultar e esquecer todas as deficiências dele. (Incidentalmente a negação da sexualidade nas crianças está relacionada a isso).”

“... A criança terá mais divertimentos que seus pais; ela não ficará sujeita às necessidades que eles reconheceram como supremas na vida. A doença, a morte, a renúncia ao prazer, restrições à sua vontade própria não a atingirão; as leis da natureza e da sociedade serão ab-rogadas em seu favor; ela será mais uma vez realmente o

³⁵ LACAN, J. op. cit. p. 94 “... nos paraître dès lors manifester en une situation exemplaire la matrice symbolique où le *je* se précipite en une forme primordiale, avant qu’il ne s’objective dans la dialectique de l’identification à l’autre et que langage ne lui restitue dans l’universel sa fonction de sujet”. Tradução livre da autora.

centro e o âmago da criação - "Sua Majestade o Bebê", como outrora nós mesmos nos imaginávamos."

*"... O amor dos pais, tão comovedor e no fundo tão infantil, nada mais é senão o narcisismo dos pais renascido, o qual, transformado em amor objetal, inequivocamente revela sua natureza anterior."*³⁶

A *Ordem Simbólica*, portanto, está aí representada pela presença amorosa do adulto, responsável que é junto à criança pela imersão dela na cultura e na linguagem que a envolvem.

O *Real* fica aquém do espelho. É a criança no colo do adulto. Criança esta que ainda não consegue controlar de todo seus movimentos, possivelmente ainda não anda, como também talvez não fale - é *infans*, termo tão usado por Lacan - e que vai dar um espetáculo de alegria e júbilo diante de sua imagem unificada no espelho.

Esta imagem especular assumida pela criança é o registro do *Imaginário*. Isso mostra como o ego é corporal, ... "*projeção de uma superfície...*", como o define Freud, em seu artigo denominado "O Ego e o Id": "*O ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície*"³⁷.

Projeção, é esta a palavra usada por Freud. Vemos nela a dimensão objetivante do ego - ele é a imagem de um objeto, imagem esta que se oferece à criança como exterior a si mesma, o que lhe traz alguns problemas, na medida em que, ao se reconhecer como unificada e não mais como um feixe de emoções e necessidades, é como um objeto externo a si que ela se reconhece. Lacan faz uma descrição desse momento num artigo seu denominado "A Agressividade em

³⁶ FREUD, S. "Sobre o Narcisismo, um introdução", in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol XIV, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1974, p. 107-108

³⁷ FREUD, S. "O ego e o id", in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol XIX, Rio de Janeiro, Imago Ed. 1976, p. 40, grifo nosso.

Psicanálise”, onde, fazendo referência a uma frase do poeta Rimbaud, mostra a problemática que envolve a questão para o homem de responder à pergunta *quem sou eu?*, seja ele um Bororo, que escandaliza o pesquisador com sua resposta, ou um “homem civilizado”. Ele diz que se identificar como... “*Eu sou uma arara*” (um Bororo diante de Van den Steinen), ou ... “*Eu sou médico*”, ou ainda ... “*Eu sou um cidadão da República francesa*” são formas de se reconhecer que estão todas referenciadas à frase de Rimbaud ... “*Eu é um outro*”³⁸.

Entretanto, da mesma forma que o significante não pode dizer tudo do sujeito (dimensão simbólica da castração $S(\mathcal{A})$, como dissemos e veremos ainda mais adiante), no nível da imagem há um ponto que é não especularizável: a imagem também não reflete todo o “ser” do sujeito (expressão imaginária da castração ϕ).

Dado que o falo (Φ) é o que permite que o sujeito se faça representar diante da castração, vejamos que vicissitudes ele tem no plano da imagem. Lacan o escreve $-\phi$, para mostrar que ... “*não existe imagem da falta*”³⁹.

Sabemos que o símbolo ϕ é usado na álgebra de Lacan para representar o falo enquanto falta. E vimos acima que ele usa o $-\phi$ para se referir ao falo que não se reflete no espelho. Em outras palavras, a falta que falta, isto é, o objeto perdido para sempre - o objeto a - que deveria estar barrado, se presentifica. É este o momento da irrupção da angústia, que sobrevém, portanto, da positivação do $-\phi$, o que representa para o sujeito a ameaça de sua invasão pelo objeto a .

Voltando a Freud, chegamos ao momento em que ele elabora o conceito de *pulsão de morte*, conseguindo com isso nomear algo que insistia em lhe causar tropeços há muito tempo, que é o que fica para *além do princípio do prazer*.

³⁸ LACAN, J. “L’agressivité em Psychanalyse”, in *Écrits*. Paris, Ed. du Seuil, 1966, p. 118: “Je suis un ara”; “Je suis médecin”; “Je suis citoyen de la République française”... “Je est un autre”. Tradução livre da autora.

³⁹ LACAN, J. *O Seminário, livro 10, “A Angústia”*, nov/62, mimeo.

Com isso ele mostra que os objetivos da psicanálise, após vinte e cinco anos de *árduo trabalho*, deixam de ser a arte da interpretação. Pois que há, trabalhando silenciosa e insidiosamente no psiquismo humano, um gozo mortífero que leva à compulsão à repetição e traz *ganhos secundários ao sintoma* a que o paciente se aferra e de que não consegue abrir mão; que há portanto uma dimensão de morte no sujeito.

É sobre esse fundamento fértil que a teoria freudiana é - revolucionária ao postular a existência do inconsciente e de sua linguagem - que Lacan, acrescentando a tudo isso a *lógica do significante*, baseada na lingüística e na matemática, vai construir a sua teoria do sujeito, como efeito do significante, tendo com pilares nessa constituição, de um lado a linguagem e de outro a pulsão. O *infans* nasce mergulhado num mar de linguagem e recebe logo uma enxurrada de significantes, ensina ele.

O *infans* é investido libidinalmente pelo Outro, a mãe, representante desse mundo estranho e talvez hostil que o precedeu e onde se vê mergulhado e totalmente dependente. O sujeito se constitui do Outro. Ele advém. O homem se faz homem, não nasce feito.

“O Outro é o lugar em que se situa a cadeia do significante que comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito, é o campo desse vivo onde o sujeito tem que aparecer. ... é do lado desse vivo, chamado à subjetividade, que se manifesta essencialmente a pulsão”.....

...” o que se deve fazer, como homem ou como mulher, o ser humano tem sempre que aprender, peça por peça, do Outro”⁴⁰.

A invasão simbólica e pulsional é traumática e, de certo modo, insuportável. Algo precisa ser feito, que coloque essa invasão intensa em níveis

⁴⁰ LACAN, J. *O Seminário, livro 11 “Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise”* (1964). Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed. 1985, p. 194

suportáveis para o sujeito em questão. Esse algo que radicalmente é feito, segundo Freud em 1915, é a *Verdrangung*, recalque. No texto com esse nome, ele afirma: “a essência da repressão consiste simplesmente em afastar determinada coisa do consciente, mantendo-a à distância”⁴¹.

E, continuando a descrever o recalque, fala da existência de um recalque originário, “uma primeira fase do recalque”, que consiste em ... “negar entrada no consciente do representante psíquico (ideacional) da pulsão”⁴².

A palavra usada por Freud em alemão é *Vorstellungsrepräsentanz*, que Lacan traduz como representante da representação (da pulsão), num dos momentos em que Lacan trata do inconsciente em seu ensino, e que foi durante o Seminário sobre *os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, que acabamos de citar.

Mostrou Lacan ser o inconsciente freudiano... “*estruturado como uma linguagem*”, isto é regido pelas mesmas leis que a regem, movido, podemos dizer, pelo que ele chamou de ... “*jogos do significante...*”, como também irremediavelmente marcado por atos falhos, chistes e sonhos, que apontam para uma dimensão de “*ultrapassamento*”, de “*rachadura*”, de “*tropeço*” (palavras muito usadas por Lacan) com que o inconsciente se depara a todo momento e que instaura a dimensão da *perda*.⁴³

O discurso inconsciente, portanto, será sempre marcado por essa dimensão de incompletude, por essa *falta fundamental, básica, estruturante do sujeito*. É com esses ingredientes que Lacan elabora a sua lógica do significante, baseado em Saussure e sua Teoria da Linguagem. Mas, com uma diferença essencial: se, para Saussure, um significante remete a um significado, em Lacan,

⁴¹ FREUD, S. “Repressão” (1915), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol XIV. Rio de Janeiro, Imago Ed. 1974; p. 170. Impõe-se notar que a tradução de *Verdrängung*, na edição da Imago, é repressão e não recalque, como optamos utilizar no presente trabalho.

⁴² FREUD, S. 1915, op. cit., p. 171

⁴³ LACAN, J. O Seminário, livro 11 (1964), op. cit. p. 29-30

um significante *não significa nada*. Se em Saussure o significante está atrelado ao significado, Lacan, por sua vez, o remete a outro significante. *Um significante é o que representa o sujeito para outro significante*, também ensina Lacan, reafirmando isso ao longo de seu ensinamento, e, a partir do texto freudiano *Die Verdrängung*, o Recalque, aplicando esses conceitos à sua teoria do *sujeito*.

Nesse texto, Freud, ao mostrar consistir a primeira fase do recalque em ... “*negar entrada no inconsciente do representante ideacional da pulsão...*”⁴⁴, afirma que é a idéia, portanto, que é recalçada, por ser ameaçadora ao equilíbrio do sujeito.

Lacan, retomando essa questão, denomina de S_2 esse representante ideacional recalçado, saber que torna opaco o sujeito. Momento de afânise, que cria uma condição “*in adjecto*”⁴⁵, que é o sujeito inconsciente. Veremos isso adiante.

É nesse momento do recalque que o *infans* passa a se constituir como sujeito, processo complexo e contínuo - “*circular mas não recíproco*”, como diz Lacan - que envolve duas operações lógicas: a *alienação* e a *separação*.

O *infans* (o que não fala) se constitui como sujeito, a princípio alienando-se nesse primeiro significante que lhe é endereçado pelo Outro (A), aqui representado pela mãe, na sua dimensão de linguagem.

Para a criança, a mãe é detentora de toda lei e de todo capricho. Surge quando quer e a satisfaz na hora em que bem entende. A criança, totalmente dependente e sem condições de sobreviver, está irremediavelmente ligada a ela. Aos poucos, porém, percebe na mãe a presença de outros interesses, que a afastam do bebê. E vai ter de descobrir meios de conviver com isso. Surge a figura do pai. O pai como objeto do desejo da mãe, mas também o pai enquanto

⁴⁴ FREUD, S. 1915, p. 171

⁴⁵ LACAN, J. *D'un autre à l'Autre*, Seminário, mimeo, nov 1968, p. 49

aquele a quem se atribui a progenera, atribuição esta que é puramente simbólica, diferente da certeza natural da maternidade.

Há vários ditos populares que se referem ao fato de que, com relação ao reconhecimento dos progenitores, a mãe é certa, isto é, é naturalmente identificável, o que não acontece com o pai, que é apontado pela mãe. Sobre isso, Lacan nos fala em seu escrito “De Uma Questão Preliminar a todo Tratamento Possível da Psicose”, ao demonstrar que, apesar de se constatar que qualquer pessoa percebe que uma mulher engravida por intervenção de um fator externo a ela, não é necessário que isso seja entendido como uma consequência natural da relação sexual homem-mulher. Lacan nos observa poder ser isso atribuído até mesmo *“ao encontro da mulher com um espírito de uma tal fonte, ou de um monolito em que ele estaria destinado a habitar”*⁴⁶

Continuando, Lacan diz: ... *“Isso é bem o que demonstra que a atribuição da procriação ao pai não pode ser senão efeito de um puro significante, de um reconhecimento não do pai real, mas daquilo que a religião nos ensinou a evocar como o Nome-do-Pai.”*⁴⁷

É na relação que tem com o casal parental que o bebê vai se estruturar como sujeito. Poderíamos dizer que é na vivência do drama edipiano que esse sujeito se constrói ou advém. Ou, dizendo de outro modo, ainda com a ajuda de Lacan, é na medida em que o Desejo da Mãe é barrado pelo Nome-do-Pai, que a criança pode ascender como sujeito.

A mãe é o lugar da Linguagem, isto é, é dela que vem a resposta ao primeiro grito do bebê. A mãe é que deseja algo e que responde de acordo com o seu desejo. A resposta da mãe vai fundar o que a criança vai ter a pedir. *“Tu és*

⁴⁶ LACAN, J. “D’Une Question Préliminaire à tout Traitement Possible de la Psychose” (1957-1958), in *Écrits*. Paris, Ed. Seuil, 1966; p. 556 “...à la rencontre par la femme d’un esprit à telle fontaine ou dans tel monolithe où il sera censé siéger”. Tradução livre da autora.

⁴⁷ LACAN, J. *id.*, *ibid.* “C’est bien ce qui démontre que l’attribution de la procréation au père ne peut être l’effet que d’un pur signifiant, d’une reconnaissance non pas du père réel, mais de ce que la religion nous a appris à invoquer comme le Non-du-Père.” Tradução livre da autora.

o que tem fome...” “*Tu és o Pedro, meu filho primogênito...*” “*Tu não devias ter chegado agora na minha vida...*” Enfim, esses são alguns exemplos da invasão simbólica - de significantes - que se dá na vida do bebê humano. Marcado pela primeira significação, penetrando nesse mundo simbólico, ele perde para sempre a dimensão do gozo mítico.

Lacan diz disso o seguinte: “*O dito primeiro decreta, legifera, aforisa, é oráculo, confere ao outro real sua obscura autoridade*”⁴⁸. Legifera, aforisa, é oráculo... Aliena o bebê nessa identificação primeira, traço unário. Surge aí o sujeito, por meio da significação que esse primeiro significante lhe dá. Alienado, advém como sentido e se petrificaria, atrelado ao significante, se ao mesmo tempo não se afaniasse. Alienação e afânise: dois processos vividos pela criança na sua aventura subjetiva. Vejamos, então de que se trata.

Em outro de seus escritos, denominado “*Posição do Inconsciente*”, onde Lacan formula o processo de causação do sujeito, ele chama a alienação de “*fato do sujeito*”⁴⁹. E nos adverte de que só há sujeito porque existem seres falantes. Vai além, afirmando que “*o sujeito só se impõe porque há significantes que nada querem dizer e que aí estão para serem decifrados*”⁵⁰.

E continua a ensinar que assujeitar o sujeito ao significante é acompanhar a experiência de Freud, onde o significante “*joga e ganha*” a partida com o sujeito, antes mesmo que ele disso se dê conta. Essa é a estrutura das formações do inconsciente - ensina Lacan, que foi buscar em Freud - ao registrar a instituição do significante (S₁) como aquele que representa um sujeito (\$) para outro significante (S₂). É isso também que explica a divisão originária do sujeito - a alienação.

⁴⁸ LACAN, J. “*Subversion du Sujet et Dialectique du Désir dans l’Inconscient Freudien*” (1960), in *Écrits*, Paris, Ed. du Seuil, 1966 ; p. 808. “*Le dit premier décrète, légifère, aphorise, est oracle, il confère à l’autre réel son obscure autorité*”. Tradução livre da autora

⁴⁹ LACAN, J. “*Position de l’Inconscient*”, in op. cit. p. 840 “*...l’aliénation, est le fait du sujet*”

⁵⁰ “*Un sujet ne s’y impose que de ce qu’il y ait dans le monde des signifiants qui ne veulent rien dire et qui sont à déchiffrer*”. Traduções livres da autora.

A alienação, como primeiro tempo da causação do sujeito, é referida por Lacan à operação da lógica matemática denominada *reunião*. No caso do sujeito e seu advento, entretanto, essa operação se reveste de características especiais: o *vel* de que se trata aqui exige que, para que algo aconteça, uma condição se faça necessária, ou, em palavras de Lacan: ... “*Não há algo ... sem outra coisa...*” E, para esclarecer o que quer dizer com isso, oferece dois exemplos de “*vel*”, onde o *ou* significa escolhas forçadas. São eles: o da interpelação “a bolsa ou a vida”, e o da dialética do escravo (em Hegel) da “liberdade ou a vida”. Mostra Lacan que, nesses casos, qualquer que seja a escolha, haverá forçosamente uma perda.

“ ...*A dialética do escravo é evidentemente não há liberdade sem vida, mas não haverá para ele vida com liberdade. De uma a outra há uma condição necessária. Esta condição necessária se torna precisamente a razão suficiente que causa a perda da exigência original*”.

Relacionando isso à alienação, assim se refere Lacan: “*O significante, produzindo-se no lugar do Outro não ainda constituído, faz aí surgir o sujeito, do ser que ainda não tem a fala, ao preço, porém de o congelar*”⁵¹

O *sujeito*, alienado nesse primeiro dito -S₁-, divide-se, por força desse “*outro significante*” - S₂ - cuja presença tem como efeito a *afânise* do sujeito. Surgindo como sentido, identificado ao traço unário, ele também se *afanisa*, e com isso ocorre sua *divisão*. Com a afânise, o *sujeito* desaparece enquanto sentido, esconde-se na margem de seu ser que nenhum significante conseguirá recobrir - “*em outro lugar ele se manifesta como fading, como desaparecimento*”⁵², diz Lacan. É o que leva o *sujeito* a ocupar outros lugares na cadeia significante, ser nomeado por outros significantes, representar-se por mais

⁵¹ LACAN, J. *O Seminário, livro 11 “Os Quatro Conceitos ...* op. cit. p. 205

⁵² LACAN, J. *O Seminário, livro 11 “Os Quatro Conceitos ...* op. cit. p. 207

de um deles, sem se congelar definitivamente em nenhuma significação que venha a dar a si mesmo, nem no conjunto de significantes que tentam defini-lo. O *sujeito* não se define, ele se constitui permanentemente. Isso exige trabalho constante.

O *ser do sujeito*, mesmo quando desaparece ao ser definido por um sentido, não é totalmente suprimido, na medida em que esse sentido não é suficiente para definir o *sujeito*. No deslizamento da cadeia de significantes que representam o *sujeito*, S_1 - significante primordial, traço unário - é seguido pelo representante da representação da pulsão - *Vorstellungsrepräsentanz* - S_2 - significante este que é recalcado e vai, com isso, fundar o inconsciente, para onde ele cai e passa a constituir aí o ponto central do recalque originário, chamado por Freud de ponto de *Anziehung*, que tem por função exatamente tornar possíveis outros recalques, atraindo para si outros significantes, com isso constituindo o inconsciente. S_2 faz também o sujeito *afanizar-se*.

O primeiro dito - S_1 - aliena, aforisa, congelaria para sempre o sujeito, atrelado a um significado, se se tratasse de um signo e não de um significante. O signo representa algo para alguém. O significante não. Nunca é demais lembrar que ele representa um sujeito para outro significante.

Em palavras textuais, Lacan assim descreve esse processo:

“ O vel da alienação se define por uma escolha cujas propriedades dependem do seguinte:

que há, na reunião, um elemento que comporta que, qualquer que seja a escolha que se opere, há por consequência um nem um, nem outro. A escolha aí é apenas a de saber se a gente pretende guardar uma das partes, a outra desaparecendo em cada caso.

... Escolhemos o ser, o sujeito desaparece, ele nos escapa, cai no não-senso - escolhemos o sentido, e o sentido só subsiste decepado dessa parte de não-senso que é, falando propriamente, o que constitui na realização do sujeito, o inconsciente. Em outros termos, é da natureza desse sentido, tal como ele vem a

emergir no campo do Outro, ser, numa grande parte de seu campo, eclipsado pelo desaparecimento do ser induzido pela função mesma do significante."⁵³

Mas é preciso não esquecer de que esse processo de causação do sujeito é circular. E ele não se completa somente com as operações de alienação e afânise. Há, diz Lacan, uma *via de retorno do vel da alienação*⁵⁴ que o sujeito encontra a fim de continuar a se constituir. Essa via de retorno é a operação denominada por ele de separação e que ele compara a outra operação matemática: a intersecção.

A separação é uma operação que se faz possível pelo fato de o *Outro*, aqui representado pela mãe, ser inconsistente. Com toda a aparente potência dela, há sempre uma parcela de insatisfação do bebê diante da atenção afetuosa e do suprimento que a mãe lhe proporciona. É nessa margem de insatisfação que surge o desejo do *sujeito*. Seu desejo é essa possibilidade que ele tem de "...jogar sua partida...", i.é, aproveitando-se do "furo" do *Outro*, não desaparecer nesse *Outro*, mas separar-se dele e empreender a aventura de sua existência. É, portanto, porque acha, segundo Lacan, ... "*o ponto fraco do par primitivo da articulação significante...*", quer dizer, porque essa articulação jamais lhe diz tudo, que seu desejo se constitui, ele que está ... "*para além ou para aquém*" do que o *Outro* - representado pela mãe - lhe diz.

Portanto, o primeiro dito aliena, aforisa, é oráculo. Mas não diz tudo do sujeito. Por isso mesmo, remete a outros ditos sobre ele, representados, na álgebra de Lacan por S_2 , pela cadeia dos significantes (S_3, S_4, \dots)

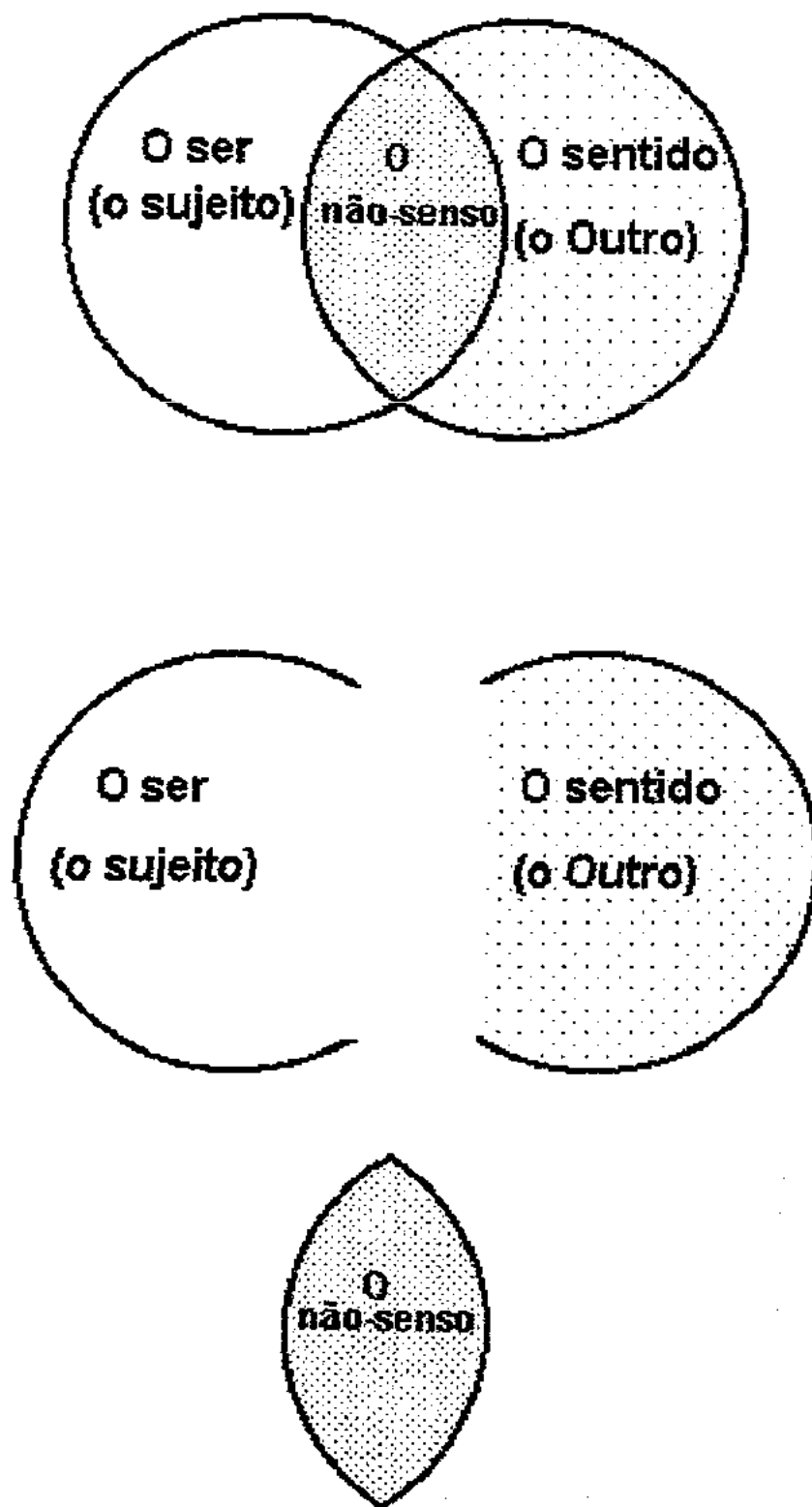
O sujeito se percebe decepado, incompleto, sem se poder definir por qualquer significante que o pretenda dizer. Percebe também no *Outro*, a princípio potente e caprichoso, a impotência para resolver esse problema básico. É o que Lacan explica como duas faltas - a do sujeito e a do *Outro*. É na percepção

⁵³ LACAN, J. 1964 p. 200

⁵⁴ LACAN, J. op. cit. p. 207

dessas faltas que surge o desejo inconsciente que desliza metonimicamente através da cadeia de significantes, buscando satisfazer-se.

A separação se dá pelo recobrimento dessas duas faltas. No desenho exposto abaixo, a “lúnula” que representa o “não-senso” - intersecção dos campos do sujeito e do Outro - contém as duas faltas recobertas: a do sujeito - para sempre incompleto, tendo perdido uma parte de seu ser - e a do Outro - também irremediavelmente falho diante do sujeito.⁵⁵



⁵⁵ cf. LACAN, J. O Seminário, livro 11 "Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise" (1964). Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed. 1985_p.200

Num jogo de palavras, tão característico em Lacan, lançando mão dos verbos *separare*, *se parer*, *parere*, ele nos leva a associar *separação* a *engendramento*, busca de si mesmo, de sua própria constituição, vicissitude do sujeito humano.

separare(latim) *separar*
se parer (francês) *vestir-se, mas também*
defender-se
parere (em especial nas línguas indo-européias)
*buscar um filho para o marido*⁵⁶

No texto já acima citado, sobre “*Posição do Inconsciente*”, jogando com essas palavras, Lacan mostra que para *separar-se*, *defender-se* (*se parer*) do significante que o subjuga, o sujeito se prende na cadeia significante exatamente no seu ponto de intervalo. Mostra ele também que é nesse ponto de intervalo, que se repete, que se estrutura, diz ele, de forma mais radical, a cadeia significante....“*É o lugar habitado pela metonímia, veículo.... do desejo*”⁵⁷ palavras textuais. O sujeito advém, portanto nesse intervalo S_1 --- S_2 , momento de fundação do inconsciente. Podemos, então, dizer que o sujeito é intervalar.

E mais, nessa associação de significantes, Lacan define o processo pelo qual se dá a separação, mostrando que *parte*, divisão do sujeito, tem a ver com *parto*, *parturição*, *nascimento*. Mostrando que “*a parte não é o todo*” e que é preciso reafirmar que “*ela não tem com o todo nada a fazer*”⁵⁸, Lacan mostra mais uma vez o sujeito humano como dividido, partido desde sua origem, tendo que se haver com isso para se engendrar. “*É de sua partição que o sujeito procede à sua parturição*”⁵⁹.

⁵⁶ LACAN, J. “Position de l’Inconscient” (1966), op. cit. p 843

⁵⁷ LACAN, J. (1966), op. cit. p. 843: “L’intervalleest le lieu que hante la métonymie, véhiculedu désir”. Tradução livre da autora.

⁵⁸ id, ibid: “La partie n’est pas le tout,.....elle n’a avec le tout rien à faire”. Tradução livre da autora.

⁵⁹ LACAN, J. 1966, op. cit. p. 843 “...c’est de sa partition que le sujet procède à sa parturition”. Tradução livre da autora.

A psicanálise nos ensina que qualquer sujeito é de certo modo partido, incompleto, deficiente. Todos somos marcados pelo recalque originário e pela castração. Todo sujeito humano já sofreu outros “traumas” no decorrer de sua vida. Traumático é o encontro do “filho do homem” ao nascer e se deparar com suas pulsões e com a linguagem. Nessa dimensão alteritária em que vai se constituindo, está o primeiro grande choque traumático que experiencia. E já aí, mesmo sem o perceber, se choca com o fato de que não há sentido para tudo, que sempre algo se perde ao se inscrever simbolicamente.

Passemos, então, para o próximo capítulo, onde tentaremos articular o *sujeito* e o *trauma*, sendo o *sintoma*, o *gozo* e a *fantasia* decorrências dessa vicissitude do *sujeito* - a de se deparar com o *trauma* desde a sua origem.

CAPÍTULO III

TRAUMA, SINTOMA, FANTASIA E GOZO

Com o objetivo de descobrir e apontar as conseqüências que o acidente traumático acarreta para o sujeito humano, procuramos, no capítulo anterior, identificar este sujeito dentro do universo da Psicanálise, pois que é com o instrumento psicanalítico que estamos trabalhando.

Feito isso, faz-se necessário que definamos o *trauma* enquanto conceito psicanalítico, e sua articulação com o que, para a Psicanálise, são seus desdobramentos na aventura do sujeito pela vida, a saber: *o sintoma, a fantasia, o gozo, e o desejo*, este último já tendo sido objeto de nossa atenção anteriormente.

O que se segue, portanto, é um estudo do percurso que esses conceitos fizeram na teoria psicanalítica, isto é, sobre quais aspectos foram tratados no desenvolvimento dessa teoria, e como se deu sua articulação entre si.

O conceito de *trauma* é anterior à Psicanálise, tem seu uso próprio no senso comum, mas sua conceituação é bem definida na teoria psicanalítica.

No “Vocabulário da Psicanálise”, Laplanche & Pontalis descrevem trauma e traumatismo como fazendo parte da terminologia médico-cirúrgica. *Trauma* vem do grego τραυμα = ferida, e deriva de τιτρωσχω = furar. Designa uma ferida com efração. *Traumatismo* seria antes reservado para as conseqüências no conjunto do organismo de uma lesão resultante de uma violência externa.”¹

No senso comum, *trauma* é uma palavra utilizada para descrever o irrompimento de uma grande emoção provocada por um acontecimento repentino, brutal e doloroso, emoção essa impossível de ser controlada ou assimilada por um ou mais sujeitos. “...é...o que faz calar: diante dele, o sujeito está como despossuído de palavras, ele não tem o que ou como dizer...”².

Freud falou do *trauma* desde o início de seu trabalho, e sempre a ele se referiu. Como era de seu estilo, ao se utilizar de uma palavra do senso comum, dava-lhe um sentido específico.

Num texto de 1892-94, denominado “Extratos das notas de rodapé, de Freud, à sua tradução das lições das terças-feiras, de Charcot” - ele fala do *trauma* e o define como “...um incremento da excitação no sistema nervoso, que este é incapaz de fazer dissipar-se adequadamente pela reação motora”³.

Ainda nessa época, em 1888-93, num texto denominado -“Alguns pontos para o estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas” - ao se referir novamente ao **trauma**, faz a seguinte observação:

“Todo evento, toda impressão psíquica é revestida de uma determinada carga de afeto (Affektbetrag) da qual o ego se desfaz ou por meio

¹ LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.-B. Vocabulário da Psicanálise. Santos, Martins Fontes Ed. 1977; p. 678

² REGO BARROS, R. “Transferência e trauma”, in Fort-Da Revista do CEPPAC - Nº 2. Rio de Janeiro, Barrister's Ed. 1992; p. 73

³ FREUD, S. “Extratos das notas de rodapé, de Freud, à sua Tradução de Leçons du Mardi, de Charcot, in Publicações Pré- Psicanalíticas e Esboços Inéditos. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol I, Imago Ed. 1977; p. 197

de uma reação motora, ou pela atividade psíquica associativa. Se a pessoa é incapaz de, ou reluta em, eliminar esse afeto excedente, a lembrança da impressão passa a ter a importância de um trauma e se torna a causa de sintomas histéricos permanentes. A impossibilidade de eliminação torna-se evidente quando a impressão permanece no subconsciente...’’⁴

Em outro texto contemporâneo aos acima citados, a “Comunicação preliminar”⁵, encontram-se os termos *histeria traumática* e *neuroses traumáticas*. Ao explicar a patologia da histeria, Breuer e Freud relacionam seus sintomas a um ou mais de um *trauma* desencadeante. Suas observações lhes demonstraram que os sintomas dos pacientes histéricos se relacionavam a cenas de seu passado que lhe causaram um grande choque a que não foi possível reagir, no momento em que ocorreram. Estas cenas (cenas traumáticas ou traumas) foram, no entanto, esquecidas. Quando, através do que se denominou então método catártico, o paciente se relembra da cena e reagia com uma forte emoção diante da lembrança (ab-reação), os sintomas desapareciam.

Desses textos, verificamos algumas características do *trauma*, acentuadas por Freud: a de *evento*, acontecimento traumático, cuja carga de afeto pode ser de tal ordem que se transforma em “*excesso, excedente, um a mais do que o sujeito pode assimilar e elaborar psiquicamente*”⁶ e a de *impressão desse evento que permanece no inconsciente*, que pode suscitar em momentos precisos uma *lembrança*. Esse registro do evento traumático, que permanece no inconsciente será a causa do *sintoma*, de acordo com os textos acima citados, e cuja confirmação podemos encontrar em diversos momentos da obra freudiana,

⁴ FREUD, S. “Alguns pontos para o estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas” (1893 [1888 - 1893]), op. cit. p. 238.

⁵ FREUD, S. & BREUER, J. “Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: Comunicação Preliminar” (1893), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol II. Rio de Janeiro, Imago Ed. 1974.

⁶ REGO BARROS, R., 1992, op. cit. p. 74

tais como, por exemplo, aquele onde, falando de Anna O, descreve um evento traumático relatado por ela, ao ver o animal nojento beber água em um copo⁷; ou, outro momento, a confrontação brutal e precoce com a sexualidade, descrita pelas histéricas em tratamento; ou ainda o trauma descrito como "*condição que ocorre após graves concussões mecânicas, desastres ferroviários e outros acidentes que envolvem risco de vida*", palavras de Freud no cap II do "Além do Princípio do Prazer"⁸.

Trauma, nesse momento se referia a qualquer acontecimento que provocasse grande emoção não ab-reagida, acontecimento que seria a causa desencadeante da doença histérica, a causa dos *sintomas*. Deve-se notar, entretanto, que esse acontecimento não se refere ao acidente ou dano físico. Freud, desde o início fala é do *trauma psíquico*, pois é a esse que a psicanálise se dedica. Vejamos o que ele nos diz, ainda na "Comunicação Preliminar":

*"... Em neuroses traumáticas a causa atuante da doença não é o dano físico insignificante mas a emoção do susto - o trauma psíquico. De maneira análoga nossas pesquisas revelam, para muitos, se não a maioria dos sintomas histéricos, causas desencadeantes que somente podem ser descritas como traumas psíquicos."*⁹

Ao se referir a esta fase de suas pesquisas, Freud diz: "*na verdade foi esta realmente a primeira fórmula pela qual Breuer e eu (em 1893 e 1895) explicamos teoricamente nossas observações*". Diz ele ainda nessa ocasião que... "*a neurose poderia equivaler a uma doença traumática , e apareceria em*

⁷ FREUD, S. & BREUER, J. "Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: Comunicação Preliminar" (1893), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol II. Rio de Janeiro, Imago Ed, 1974; p. 77

⁸ FREUD, S. "Além do Princípio de Prazer" (1920), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol XVIII. Rio de Janeiro, Imago Ed, 1976; p. 23.

⁹ FREUD, S. & BREUER, J. op. cit. p. 46.

virtude da incapacidade de lidar com uma experiência cujo tom afetivo fosse excessivamente intenso." ¹⁰Percebe-se aí o sentido econômico do *trauma*, o "tom afetivo", "excessivamente intenso", provocando a incapacidade de lidar com a experiência. Aliás, Freud ainda nesse mesmo texto, afirma que o termo *traumático*... "não tem outro sentido senão o sentido econômico".

Há dois tempos no *trauma*: o evento traumático, passado; e uma outra cena, a princípio sem sentido e sem relação com a primeira, mas que é a que vai produzir no paciente os sintomas dolorosos ou desagradáveis a que ele se refere ao procurar o analista. Um exemplo disto é o de Emma, relatado por Freud n' "O Projeto"¹¹. Emma, que apresentava um sintoma de não poder entrar sozinha em lojas, conta a Freud um acontecimento traumático: aos doze anos, ao entrar numa determinada loja, percebe os vendedores rindo. Leva um grande susto, e sai correndo de lá. Consegue recordar que considerou que os vendedores riam dela e ainda recorda também que sentiu atração sexual por um deles (cena I). Freud prossegue no que ele chama de "*investigações*" e então Emma se lembra de outra cena que era a seguinte: aos oito anos, quando foi por duas vezes à confeitaria comprar doces, logo da primeira vez, o proprietário da loja agarrou seus genitais por cima da roupa. Apesar do ocorrido, ela relata ter voltado lá mais uma vez. E se sente culpada pois considera que a atitude de ter voltado lá demonstraria um desejo de provocar novamente o atentado que sofrera (cena II). Freud mostra que existe um "*vínculo associativo*", ou, dizendo de outra forma, há uma série de articulações significantes entre as cenas, fazendo com que elas sejam partes de um mesmo *trauma*. Nesse momento de sua obra, Freud mostra que a cena I, mais recente, vivenciada por Emma, num momento de sua vida em que... "*atingiu a puberdade*...", permitiu a lembrança da cena

¹⁰ FREUD, S. "Fixação em traumas - o inconsciente", Conferência XVIII (1917 [1916- 1917]), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol XVI. Rio de Janeiro, Imago Ed. 1976

¹¹ FREUD, S. "Projeto para uma psicologia científica" (1950 [1895]), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol I. Rio de Janeiro, Imago Ed. 1977.

traumática do passado. “ *A lembrança, diz ele ... “evocou o que ela certamente não estaria apta a sentir na ocasião, uma liberação sexual, que se transformou em angústia.*”¹²

Cena esta que se tornou *a causa do sintoma* de Emma. E é em virtude da possibilidade de uma ... “*interpretação diferente do que era lembrado...*”, trazida pela puberdade, que os “*vínculos associativos*”, as articulações significantes, desencadearam a recordação da cena passada.¹³

No caso de Emma, o **sintoma**, descrito como “*compulsão de não poder entrar em lojas sozinha*”, é uma resposta ao trauma psíquico sofrido por ela, um enigma a ser decifrado.

Salientemos aqui que estamos diante de algo muito específico do inconsciente, para o que o evento traumático aponta: o fato de o inconsciente seguir por um tempo outro que não o cronológico. A lembrança de Emma foi possível em virtude de uma “*lógica do a posteriori*”, como bem a define Nasio¹⁴. Este autor, utilizando-se de um texto freudiano sobre “*A Cabeça de Medusa*”¹⁵, demonstra que o *trauma* não era simplesmente um fato marcante do passado que surgia através de um *sintoma*, mas se submetia a uma lógica, onde seriam necessárias duas cenas, relacionadas entre si por um ... “*ato de dizer, que repete algo que não era.*” Seguindo a demonstração de Nasio, e a transpondo para o nosso exemplo, podemos dizer que a cena I - assim chamada por Freud no texto acima citado, e que Nasio identifica como P2, aquela em que Emma aos 12 anos entra na loja e percebe os vendedores sorrindo, é uma ... “*percepção não antiga, mas atual, ligada a certas circunstâncias ocasionais que reatualizarão P1...*”, no nosso exemplo, a cena traumática da confeitaria, ocorrida com Emma aos 8 anos, e que Freud chama de Cena II. E o *sintoma* - “*não entrar em lojas*

¹² FREUD, S. op. cit p. 466

¹³ FREUD, S. id pp. 464 - 468

¹⁴ NASIO, J-D. “O Paradoxo do traumatismo”, in *Nos Limites da Transferência*. Campinas, Papirus Ed. 1987

¹⁵ FREUD, S. “A cabeça de Medusa”, in *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol XVIII. Rio de Janeiro, Imago Ed. 1976

sozinha”, denominado *E3* pelo autor em questão, seria o efeito da relação significativa operada por Emma entre as duas cenas.¹⁶

O que Nasio mostra é que não foi a cena passada que determinou o sintoma atual, mas, em virtude dos “*vínculos associativos*” (palavras de Freud) estabelecidos entre os três elementos - *P1; P2; E3* - o trauma pode ser *deduzido do sintoma atual*, e não *determinante* do sintoma. Nasio reafirma: “*A partir do evento, e somente a partir dele, podemos supor que houve trauma. O trauma, insisto, não aparece senão no a posteriori do evento.*”¹⁷

Quando lemos em Freud “*vínculos associativos*”, lembramo-nos, com Nasio, dos mecanismos inconscientes da condensação e do deslocamento, que determinam a lógica do *a posteriori*, que é a que rege os mecanismos da repetição e da rememoração. A relação (significante) entre as duas cenas nos mostra a atuação desses dois mecanismos: o de *deslocamento*, quando o que ocorre na cena passada se articula, pela semelhança entre elas, com a cena mais atual e o de *condensação*, quando há uma superposição entre cada uma das percepções delas, da mais atual para a mais antiga. Com isso, os significantes que se produziram ficam superpostos - “*sobreimpresso um sobre o outro*” - produzindo um *sintoma*, que é o “*significante metafórico*”¹⁸.

E é porque se produziu um *sintoma*, um sofrimento que fala de um outro sofrimento maior, que podemos dizer que o sintoma faz gozar. *Gozo* aqui precisa ser entendido no sentido que ele tem na teoria psicanalítica: uma resposta do corpo aos eventos traumáticos que o atingem, como nos mostra Nasio, no seguinte trecho de seu trabalho:

“... *Que, quando há verdadeiramente evento, podemos afirmar que o corpo é atingido. Que corpo? Não o corpo anatômico, nem*

¹⁶ NASIO, J.-D. op. cit. p. 25

¹⁷ NASIO, J.-D. id. p. 27

¹⁸ NASIO, J.-D. id p. 27

*aquele tratado pela ciência (biologia, química, etc...), mas o corpo tal qual a psicanálise o pensa enquanto lugar de gozo. É esse corpo aí que é atingido quando da aparição do sintoma como evento*¹⁹.

Neste momento da teoria, o *sintoma* já é apresentado como uma *metáfora*. Contém um enigma, que insiste em ser decifrado. Tem uma linguagem própria e, em suas manifestações, tenta explicitar algo vivenciado de *forma traumática*, que, como vimos, pela intensidade desse *trauma*, não conseguiu se significar para o sujeito e, sem outra possibilidade, teria sido recalçado no inconsciente. Recalçado pode ser entendido como calcado com força, fazendo marca, riscando com um traço. Emitindo sinais, criando uma linguagem própria do inconsciente, que se revela nos atos falhos, nos sonhos, nos chistes... no *sintoma*.

A novidade da psicanálise era poder entendê-lo assim, e não um sinal de degenerescência do organismo. E cabia ao analista ser o "*intérprete fiel e eficiente*" desse *sintoma*, descobrindo a significação do enigma que ele propunha e, dessa forma, promovendo a sua remissão.

Um passo adiante, entretanto, logo seria dado por Freud, na descoberta do *trauma* e do sentido do *sintoma*. Passo esse que lhe custaria a parceria com Breuer. Freud sabia que a teoria da neurose de que dispunham era... "*muito incompleta*"²⁰. Uma das falhas de que se ressentia era do pouco que se tinha descoberto da sua etiologia, ou, melhor dizendo, o que se tinha descoberto não o satisfazia. Ele se dava conta - no que não era acompanhado de modo algum por Breuer - de que a causa da neurose não era qualquer excitação emocional que se fazia acompanhar pelos fenômenos próprios a ela, mas ...

¹⁹ NASIO, J.-D. id, ibid

²⁰ FREUD, S. "Um estudo autobiográfico" (1925 [1924]), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol XX. Rio de Janeiro, Imago Ed., 1976, p. 36

“habitualmente uma excitação de natureza sexual, quer fosse um conflito sexual comum, quer o efeito de experiências sexuais anteriores”²¹.

Chegou, portanto à conclusão de que as neuroses eram... “sem exceção, perturbações da função sexual...”²². E, com a descoberta da resistência e do recalque, que ele definiu como forças que impediam os pacientes de se recordarem das experiências traumáticas com facilidade, Freud abandona também o método catártico e, para diferenciar este último do seu próprio método, passa a denominar o seu de *psicanálise*²³.

Nesse momento, onde prevalece como causa da doença psíquica o *trauma psíquico*, de natureza sexual, podemos dizer que interpretar o *sintoma* e promover sua remissão eram o material com que a psicanálise trabalhava. O paciente falava de seu *sintoma*, queria livrar-se dele, pois que lhe causava problemas, desprazer, sofrimento. O analista buscava com o paciente as articulações significantes que existiam por trás do sintoma e as interpretava para o paciente, na busca da causa do mal que se apresentava.

Mas ainda persistia algo de insatisfatório. Mais do que isso, perigoso! Assim o próprio Freud se refere a isso, quando fala de sua teoria da *sedução precoce*, conseqüência da escuta dos relatos das histéricas da época, que giravam em torno de cenas traumáticas de sedução sofridas por elas cujos autores seriam adultos perversos, em geral seus pais. Ao falar desse engodo, da “fraude” da sedução precoce, ele diz ter sido ... “um erro quase fatal” para a Psicanálise. Vejamos de que “fraude” se trata:

Em sua carta 69 a Fliess²⁴, datada de Viena, ele fala de um “segredo”, i.é., de sua descoberta da face fantasmática do trauma. Nessa carta ele sintetiza em quatro itens as razões que o levaram a desacreditar de sua

²¹ FREUD, S. *id*, *ibid*

²² FREUD, S. (1925 [1924])*op. cit* p. 38

²³ FREUD, S., *op. cit.* p. 43

²⁴ FREUD, S. “Extrato dos documentos dirigidos a Fliess - Carta 69”(21/9/1897), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol I. Rio de Janeiro, Imago Ed. 1977

neurótica: Primeiro, o desapontamento com o desenvolvimento dos tratamentos empreendidos, que não conseguiam chegar a uma “*conclusão real...*”; depois, a surpresa diante do relato das histéricas denunciando uma possível perversão dos adultos, em geral o pai, surpresa essa que o teria impulsionado a continuar nas investigações e a descobrir que... “*no inconsciente não há indicações da realidade, de modo que não se consegue distinguir entre a verdade e a imaginação que está catexizada com afeto*”....

E, por fim, aquele que se refere ao fato de que nem tudo poderia ser recordado do que foi recalcado, levando-o a dizer algo cujas conseqüências a psicanálise sofreu, muitos anos mais tarde: “*Se, dessa forma, verificamos que o inconsciente nunca supera a resistência do consciente, então também abandonamos nossa expectativa de que no tratamento aconteça o contrário, a ponto de o inconsciente ser totalmente dominado pelo consciente*”²⁵.

Parece que já em 1897 se prenunciavam conclusões que seriam nomeadas no “*Além do Princípio do Prazer...*”

É esse o momento em que o conceito de *fantasia inconsciente* - a face fantasmática do trauma - é nomeado na teoria: o relato das histéricas não se referia a um fato ocorrido na realidade. Entretanto, não era uma mentira, ao contrário, era a *sua verdade* (da histérica), pois dizia respeito à *fantasia* do inconsciente, onde, por não haver “*indicações da realidade*”, “*verdade*” e “*imaginação catexizada com afeto*” não se distinguiam, o que dava oportunidade a uma possível “*fantasia sexual*” cujos pais fossem o “*tema*”²⁶. “*Imaginação catexizada com afeto*”, eis a definição dada aí por Freud à *fantasia*.

²⁵ FREUD, S. op. cit. p. 351

²⁶ FREUD, S. id, ibid

Freud se dedicou em vários outros momentos ao tema da *fantasia*. Este conceito tanto pode se referir aos *devaneios*, ou fantasias conscientes, “sonhos acordados” - como o *teatro privado* de Anna O, citado por Breuer nos “Estudos sobre a Histeria”²⁷, ou como o *bem mais íntimo* de cada um, assim definida por Freud em *Escritores Criativos e Devaneio*²⁸; ou ainda à *fantasia inconsciente*, cujo protótipo em Freud é o texto “Uma criança é espancada”²⁹.

O conceito de *fantasia* faz parte do arsenal de conceitos fundamentais onde se baseia a teoria psicanalítica. E, também como os outros conceitos, foi sendo construído ao longo do trabalho de Freud, sofrendo formulações e reformulações, na medida em que os impasses o faziam prosseguir. Numa conferência pronunciada em 1906, publicada dois anos mais tarde, traduzida na ESB como “Escritores Criativos e Devaneio”, Freud mostra ser a fantasia motivada pelos “*desejos insatisfeitos*”, afirmando ainda que ... “*toda fantasia é a realização de um desejo, uma correção da realidade insatisfatória*”.³⁰

E o *sintoma* toma, então, a significação de uma ... “*expressão de uma realização de desejo e a realização de um fantasma inconsciente, que serve para realizar tal desejo*”³¹.

Encontramos, por exemplo, em textos datados de 1905, em Dora³², ou nos Três Ensaio...³³, a fantasia como efeito do recalque do funcionamento

²⁷ BREUER, J. & FREUD, S. “Estudos sobre a histeria” (1893 - 1895), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol II. Rio de Janeiro, Imago Ed., 1974, p. 85

²⁸ FREUD, S. “Escritores criativos e devaneio” (1908 [1907]), in Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, Vol IX. Rio de Janeiro, Imago Ed 1976, p. 151

²⁹ “Uma criança é espancada” Uma contribuição ao estudo da origem das perversões sexuais” (1919), in Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, Vol XVII. Rio de Janeiro, Imago Ed. 1976

³⁰ FREUD, S. “Escritores criativos e devaneio” (1908 [1907]) in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol IX. Rio de Janeiro, Imago Ed. 1976

³¹ CHEMAMA, R. Dicionário da Psicanálise Larousse. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1905, p. 203

³² FREUD, S. “Fragmento da análise de um caso de histeria” (1905 [1901]) in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol VII. Rio de Janeiro, Imago Ed. 1972

³³ “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol VII. Rio de Janeiro, Imago Ed. 1972

pulsional, que é perverso em sua estrutura. A ausência do recalque, portanto, nesse momento da teoria, faria com que o sujeito permanecesse na perversão.

Leiamos em Freud:

“ ... Todos os psiconeuróticos são pessoas de tendências pervertidas fortemente acentuadas, que foram reprimidas no curso de seu desenvolvimento e tornaram-se inconscientes. Conseqüentemente, suas fantasias inconscientes mostram precisamente o mesmo conteúdo que as ações documentalmente registradas dos pervertidos...

... As psiconeuroses são, por assim dizer, o negativo das perversões.”³⁴

Ou ainda:

“... Os neuróticos são dominados pela oposição entre realidade e fantasia. Se aquilo que desejam com mais intensidade em suas fantasias se lhes apresenta na realidade, eles não obstante o evitam; e abandonam-se a suas fantasias tão logo não precisam temer vê-las realizadas...”³⁵

No primeiro dos “Três Ensaio...”, denominado de “As Aberrações Sexuais”, Freud critica a “*opinião popular*” que veria a pulsão sexual como algo regido por leis fixas e preestabelecidas, tal qual o instinto sexual animal. Ele considera esses pontos de vista como “*falsos*” e contendo “*numerosos erros, inexatidões e conclusões apressadas*”³⁶. E, através da descrição do que chama de “*aberrações sexuais*”, vai provando a sua hipótese de que no homem a pulsão

³⁴ FREUD, S. (1905 [1901] p. 48

³⁵ _____ id p. 107

³⁶ FREUD, S. (1905) p. 135

sexual nada tem a ver com o determinismo do instinto animal. Ela é perversa no seu funcionamento. É, portanto, de outra coisa que se trata.

Descrevendo a inversão sexual, por exemplo, Freud demonstra que essa “aberração” não é de forma nenhuma uma degenerescência do organismo. Antes, pelo contrário, uma vicissitude a que todo e qualquer ser humano está sujeito. Até porque, ... *“uma disposição física originalmente bissexual”*³⁷, é uma suposição bastante provável, ou ainda ... *“Nos homens, a mais completa masculinidade psíquica pode se combinar com a inversão”*³⁸.

Ainda nesse texto, numa nota de rodapé acrescentada em 1915, falando sobre a pesquisa psicanalítica, Freud nos diz: ...

“ Estudando as excitações sexuais, além das que se manifestam abertamente, descobriu que todos os seres humanos são capazes de fazer uma escolha-de-objeto homossexual e que na realidade o fizeram no seu inconsciente.... ”

E, ainda mais adiante, nessa mesma nota: ...

*“ ...do ponto de vista da Psicanálise, o interesse sexual exclusivo de homens por mulheres também constitui um problema que precisa ser elucidado, pois não é um fato evidente em si mesmo, baseado em uma atração, afinal de natureza química ”*³⁹.

Ainda sobre as perversões, ele afirma: ...

³⁷ FREUD, S.op. cit p. 142

³⁸ _____ id p. 143

³⁹ FREUD, S. (1905) p. 146

“Nenhuma pessoa sadia, ao que parece, pode deixar de adicionar alguma coisa capaz de ser chamada de perversa ao objetivo sexual normal, e a universalidade desta conclusão é em si suficiente para mostrar quão inadequado é usar a palavra perversão como um termo de censura”⁴⁰.

Entretanto, quando nos deparamos com textos como “Uma Criança é Espancada - Uma Contribuição ao Estudo da Origem das Perversões Sexuais”⁴¹, ou “Fetichismo”⁴², por exemplo, verificamos que a *fantasia*, nesses textos, será condição para perversão, ou, melhor dizendo, a perversão vai depender de uma fantasia. Se, antes, a fantasia era efeito do recalque do funcionamento pulsional - perverso - agora, a fantasia está na base de qualquer estrutura psíquica, inclusive da perversão.

Em “ Uma Criança é Espancada”, Freud descreve uma *fantasia* muito freqüente em neuróticos em tratamento analítico - tanto histéricos quanto obsessivos. Trata-se de uma fantasia que se revestia de um...

“alto grau de prazer e tinha sua descarga num ato de agradável satisfação auto-erótica”⁴³.

Sua formulação, entretanto, era singela. Reduzia-se a uma frase, que se modificava em três tempos distintos, e que se resumia no seguinte: “*Bate-se*

⁴⁰ FREUD, S. (1905) p. 163

⁴¹ FREUD, S. “Uma criança é espancada” Uma contribuição ao estudo da origem das perversões sexuais” (1919), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol XVII. Rio de Janeiro, Imago Ed. 1976

⁴² _____ “Fetichismo” (1927), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol XXI. Rio de Janeiro, Imago Ed. 1974

⁴³ FREUD, S. (1919) p. 226

numa Criança”, frase esta pela qual o texto de Freud também é conhecido. Essa *fantasia* era articulada pelos sujeitos com grandes dificuldades, somente no transcurso de uma análise. Mesmo assim, pelo menos um de seus momentos não era lembrado e sim construído com a ajuda do analista. Essa articulação era sempre acompanhada de um grande sentimento de culpa.

Freud fala em detalhes sobre os desdobramentos dessa *fantasia*, mostrando-nos que ela acompanha os diferentes desenvolvimentos da história dos sujeitos, modifica-se de várias maneiras, tanto em relação do sujeito com o autor do ato de espancar, como com relação ao objeto da fantasia, ao seu conteúdo e mesmo ao seu significado. Trata-se, portanto de algo de grande complexidade; o que não impede que sua formulação se dê através de frases simples, a saber: “*O meu pai está batendo na criança.*” Ou, como desdobramento desse momento: “*O meu pai está batendo numa criança que eu odeio.*” Depois: “*Estou sendo espancada pelo meu pai*”. E, num terceiro momento, “*Uma criança é espancada.*” A fantasia, portanto, na sua dimensão simbólica, tem uma estrutura gramatical, é uma pequena história, que, no seu relato, obedece às leis da linguagem. E, para o sujeito que conta essa história, ela se reduz a nada mais que um dito: “*Nada mais sei sobre isso: Estão espancando uma criança*”⁴⁴. É o que Freud ouvia de seus sujeitos.

Sobre essas fantasias, Freud também diz que elas ... “*subsistem à parte do resto do conteúdo de uma neurose e não encontram lugar adequado na sua estrutura*”⁴⁵.

Importante é ressaltar esta característica da *fantasia*, apontada por Freud nesse texto. Diferente do *sintoma*, ela está em outro lugar, que não o da estrutura da neurose. E mais: enquanto o *sintoma* provoca desprazer e faz falar, a

⁴⁴ FREUD, S. op. cit. p. 227

⁴⁵ FREUD, S. id p. 230

fantasia provoca prazer, mas, diante dela, o sujeito se cala, pois que dela se envergonha, já que ela procede do discurso da perversão.

Nessa época, portanto, o campo da Psicanálise parece delimitado. A força das pulsões recalçadas irrompendo, insistindo em vir à tona, provocando as *formações do inconsciente* - sintomas, atos falhos, sonhos, - buscando, como uma linguagem, ser decifradas, encontrarem uma tradução e um sentido. Os devaneios e a fantasia inconsciente oferecendo material para o trabalho de decifração dos enigmas apresentados. Lembremos que o que é *enigma* para o sujeito é o fato de ele se deparar com o *desejo do Outro* e a esse *desejo* ter de responder de alguma forma.

Através da transferência e da repetição, a análise prossegue na busca da articulação do sentido, como Freud anuncia, por exemplo, ao se referir à possibilidade que a psicanálise oferece de ...*conferir um sentido aos sintomas neuróticos mediante interpretação analítica*⁴⁶, ou ao falar da tarefa do tratamento analítico, diz que ele ...*consiste em tornar consciente tudo que é patogenicamente inconsciente*⁴⁷. E poderíamos pinçar em seus casos clínicos os diversos momentos em que ele fez o que prescreveu.

Entretanto, alguma coisa ainda o inquietava, diante dos impasses com que se defrontava na clínica. E, como não podia deixar de ser, esses impasses o fizeram novamente avançar. É assim que, em 1920, sai publicado "*Além do Princípio do Prazer*"⁴⁸, obra traumática de Freud, momento de tal forma marcante que se pode dizer da Psicanálise que há em sua história um antes e um depois desse artigo.

⁴⁶ FREUD, S. "Fixação em traumas - o inconsciente" conferência XVIII (1916 - 1917), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol XVI. Rio de Janeiro, Imago Ed. 1976, p. 329

⁴⁷ _____ op. cit p. 333

⁴⁸ FREUD, S. "*Além do princípio do prazer*" (1920) in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol XVIII. Rio de Janeiro, Imago Ed. 1976

Muito se tem a dizer desse texto. Alguns aspectos, no entanto, chamam a atenção:

No cap. II, Freud começa a descrever as neuroses traumáticas, aquelas resultantes de acidentes graves. E dá seu quadro sintomático, que, diz ele, "*aproxima-se da histeria pela abundância de seus sintomas motores semelhantes*. Mas, diz também, os sintomas vão além da histeria, pois apresentam... "*sinais fortemente acentuados de indisposição subjetiva (no que se assemelha à hipocondria e à melancolia)*"⁴⁹. E aponta, como característica proeminente, o fator surpresa, susto, diante do evento traumático.

Ele também chama a atenção para o fato de surgirem sonhos traumáticos, que se repetem e, com isso, ... "*trazem o paciente de volta à situação do seu acidente, uma situação da qual acorda em outro susto*"⁵⁰. E faz uma observação: não é do seu conhecimento que as pessoas que sofreram acidentes graves estejam empenhadas em se lembrar deles. Curiosa observação, que orienta o leitor para o que vem a seguir.

Interrompe aí a descrição das neuroses e dos sonhos traumáticos para descrever a brincadeira das crianças- a famosa brincadeira conhecida como o *Fort-da*, que consiste na ação costumeira de um menininho de um ano e meio de se utilizar de um carretel preso a uma linha, atirá-lo para fora de seu berço, fazer com que desapareça, e o trazer de volta. Tudo isso sendo acompanhado por ... "*um longo e arrastado o-o-o-ó*", quando atira o carretel, e de ... "*alegre da*", quando o puxa para si. Freud relaciona esses sons emitidos pela criança a, respectivamente, duas palavras da língua alemã: "*fort*", que significa "*ir embora*" e "*da*", ali⁵¹. Podemos dizer que a linguagem que acompanha a brincadeira é parte integrante dela, pois que é através dela que o menino

⁴⁹ FREUD, S. op. cit. p. 23

⁵⁰ _____ id p. 24

⁵¹ FREUD, S. op. cit p. 26.

repetidamente engendra a perda e o retorno do objeto desaparecido, aqui representado pelo carretel.

Freud termina esse capítulo fazendo uma breve alusão, ainda sem provas, segundo ele, de... *“tendências além do princípio do prazer.....tendências mais primitivas do que ele e dele independentes”*⁵².

Esse capítulo já é uma introdução para o que de novo Freud quer apresentar. E nós nos adiantaríamos, dizendo ser o gozo humano contraditório, dividido entre o que satisfaria tanto ao princípio do prazer quanto a esse outro princípio de que estamos tendo as primeiras notícias nesse momento da teoria.

Mas, se até aqui já havia indícios de mudanças, a contundência do capítulo III vai apontar para as conclusões que fizeram Freud mudar os rumos da Psicanálise. Eis alguns trechos desse texto:

“Vinte e cinco anos de intenso trabalho tiveram por resultado que os objetivos imediatos da Psicanálise sejam hoje inteiramente diferentes do que eram no começo.” ...

...“ A Psicanálise era primeiro e acima de tudo uma arte interpretativa...”

...“Contudo, tornou-se cada vez mais claro que o objetivo que fora estabelecido - que o inconsciente deve tornar-se consciente - não era completamente atingível através desse método. O paciente não pode recordar a totalidade do que nele se acha recalçado e o que não lhe é possível recordar pode ser exatamente a parte essencial ...”

*...“É obrigado a repetir o material recalçado como se fosse uma experiência contemporânea...”*⁵³

⁵² _____ id p. 29.

⁵³ FREUD, S. (1920) P. 31

São afirmações muito sérias, radicais. A Psicanálise não é mais uma arte interpretativa. O inconsciente não se tornará consciente, pelo menos em sua totalidade. O sentido que se buscava se revelou perdido, pelo menos em parte. O que é impossível de recordar pode ser exatamente a parte essencial... Diante disso como ficar? Pergunta que deve ter sido feita por muitos psicanalistas da época, e também repetida por muitos de nós, pois é uma experiência forte - traumática - a de tomar conhecimento desse texto de Freud.

Ele estaria renegando vinte e cinco anos de trabalho? de intenso trabalho?

O que ocorreu? Freud teria sido *freudiano* nessa obra? Essa é a pergunta que se faziam alguns analistas diante desse texto freudiano, conforme nos relata Weill, ao se referir à perplexidade deles diante do texto⁵⁴.

No entanto, "Além do Princípio do Prazer" representa o resultado de questões que fervilhavam de há muito em Freud. Não é um trabalho marginal, no sentido de que estaria à margem do que vinha se desenvolvendo. Ao contrário, é o resultado do que vinha *insistindo* em Freud e que nesse momento pode ser nomeado. Se nos lembrarmos do trecho da carta 69, acima reproduzido, vemos que já em 1897, Freud percebia as limitações de o inconsciente ser desbravado... Mais uma vez, portanto, os impasses e fracassos deram impulso aos seus avanços, mesmo que para isso houvesse necessidade de um bom período de tempo.

Com a descoberta da *pulsão de morte* e de seu trabalho silencioso, Freud delimitou de maneira mais realista as possibilidades do tratamento analítico, sem renegar todo um arcabouço teórico que o sustentava até então. O *trauma* permanece com sua face de evento e com a outra de *fantasia*. A busca do

⁵⁴ DIDIER-WEILL, A. "O mais além do princípio do prazer e a transmissibilidade da psicanálise", in Inconsciente Freudiano e Transmissão da Psicanálise. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed. 1988, p.12

sentido do *sintoma* e da estrutura da doença psíquica se mantém. Só que, a partir de agora, se conhece mais um dado - fundamental - e não se pode mais, sob pena de prejudicar o trabalho analítico, ignorá-lo. É o *além do sentido*, é o que fica perdido para o sujeito, irremediavelmente perdido, aquilo que cai e que ele não mais encontra. O inassimilável, o que não tem como ser elaborado, o que não tem saída, nem psíquica nem mesmo motora. Eis aí o sentido novo que o conceito de *trauma* adquire na teoria.

Mas, não é somente o *trauma* que adquire novo sentido com a nomeação da pulsão de morte. O gozo - o prazer na dor - ou, como Freud o denomina, o masoquismo, também é re-conceituado a partir do "Além do Princípio do Prazer".

Freud, ao se referir ao masoquismo, num texto de 1924, denominado "O Problema Econômico do Masoquismo", posterior e complementar ao "Além...", comenta, logo no primeiro parágrafo, que está diante de algo "*misterioso, do ponto de vista econômico*". E é exatamente o fato de haver uma "*tendência masoquista na vida instintual dos seres humanos*". Assim ele continua:

*"Pois, se os processos mentais são governados pelo princípio do prazer de modo tal que o seu primeiro objetivo é a evitação do desprazer e a obtenção do prazer, o masoquismo é incompreensível. Se o sofrimento e o desprazer podem não ser simplesmente advertências, mas, em realidade, objetivos, o princípio de prazer é paralisado -"*⁵⁵

O masoquismo (o gozo) contraria, portanto o princípio de prazer. E isso, ao que parece, traz perplexidade a Freud. Acompanhemos as vicissitudes que

⁵⁵ FREUD, S. "O problema econômico do masoquismo" (1924), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol XIX. Rio de Janeiro, Imago Ed. 1976, p. 199

tanto o masoquismo quanto o sadismo sofreram na teoria freudiana e chegaremos com Freud à nova conceituação a que ele chegou.

Na primeira teoria sexual formulada, o sadismo é entendido como uma tendência primária da libido, uma de suas pulsões parciais, fazendo par com o masoquismo, sendo porém, originário, anterior, portanto, ao masoquismo. O sadismo era a força propulsora e agressiva que expulsava do *ego* alguma coisa, que se transformava em seus objetos no mundo externo. O masoquismo, por sua vez, era secundário, entendido como um retorno do sadismo contra o *ego*.

Essa anterioridade do sadismo sobre o masoquismo corresponde à tendência freudiana otimista com relação à busca de sentido do sintoma. Para ele, nesse momento, tudo poderia ser representado pelo *ego*, através da expulsão dos objetos e de sua total simbolização.

Entretanto, quando Freud diz que, após vinte e cinco anos, percebeu que nem tudo pode ser recordado e que o que não se pode recordar será provavelmente o essencial, mostra que a psicanálise deixará de ser *primeiro e acima de tudo uma arte interpretativa* e seus objetivos terão de ser mudados. Ao se deparar com a pulsão de morte e a nomear, Freud também descobre que nem tudo se exterioriza, nem tudo pode ser excluído do *eu*, ficando alguma coisa "*libidinalmente presa*".

Com o reconhecimento da *pulsão de morte* e sua nomeação por Freud, dá-se uma reviravolta na teoria, como já vimos, e, nessa virada também os conceitos de sadismo e masoquismo, entre tantos outros, são atingidos. Faz-se necessário explicitar a mudança. O trecho que se segue, pertencente ao artigo acima citado, nos dá a dimensão da mudança:

" A libido tem a missão de tornar inócuo o instinto destruidor e a realiza desviando esse instinto, em grande parte para fora - e em

breve com o auxílio de um sistema orgânico especial, o aparelho muscular - no sentido de objetos do mundo externo.

.... Uma parte do instinto é colocada diretamente a serviço da função sexual, onde tem um papel importante a desempenhar. Este é o sadismo propriamente dito. Outra porção não compartilha dessa transposição para fora; permanece dentro do organismo e, com o auxílio da excitação sexual ..., lá fica libidinalmente presa. É nessa porção que temos de identificar o masoquismo original, erógeno.”⁵⁶

Vemos, portanto, que a partir da segunda teoria sexual, a segunda tópica, é a *pulsão de morte* retida que, erotizada, promove o gozo. Podemos então dizer que, por isso, todo gozo é masoquista e se situa além do princípio de prazer.

No capítulo anterior, sobre o *sujeito*, vimos que ele se constitui permanentemente, fruto de um trabalho que se inicia do encontro desse *sujeito* com o *Outro*, lugar da *pulsão* e da *linguagem*. Faz-se mister lembrar que este *Outro* não é completo, não satisfaz plenamente. O *infans* nasce mergulhado num mar de linguagem, dizíamos, e, ao se relacionar com essa linguagem, ao precisar articular sua energia pulsional com a dimensão alteritária que a linguagem representa, vê-se pressionado, “calcado”, “marcado” pelos significantes que, vindos de fora - do *Outro* - deixam *traços* - as primeiras *representações psíquicas (Vorstellungen)*, de que nos fala Freud. É o recalque, no sentido de “pressão”, “marca” que, de fora, desencadeia o advento do processo de subjetivação. Sexual, portanto, é essa construção do psiquismo a partir da *pulsão* e da *linguagem*. Para a psicanálise, então, a subjetividade se constrói como resultado do investimento pulsional nos elementos de representação oferecidos pela linguagem. Em outras palavras, o *inconsciente* é estruturado como um conjunto organizado de traços mnêmicos, resíduos (representações) de palavras

⁵⁶ FREUD, S. (1924) p. 204

que foram ouvidas e que se prestam a significar as experiências do sujeito, como ensina Freud. Lacan vai dizer, em seu Seminário: “*O inconsciente são os efeitos da fala sobre o sujeito, é a dimensão em que o sujeito se determina no desenvolvimento dos efeitos da fala, em consequência do que o inconsciente é estruturado como uma linguagem*”. Mais adiante, diz que.. “*A realidade do inconsciente é ...sexual*”⁵⁷.

Mas, nesse encontro da pulsão com a linguagem, algo se perde, não consegue ser assimilado, como vimos anteriormente. Existe, então, no inconsciente uma “*área*”, se assim podemos denominar, um “*além*” do *recalcado*. Então, quando dizemos que o *trauma* é sexual, o que realmente será traumático? Será o sentido sexual que ele tem e que pode ser decifrado, ou, ao contrário é o que fica nele além do sentido, o que sobra, o que faz resto e realmente não será jamais decifrado? O que a psicanálise ensina, portanto, é que traumático é o fato de o sujeito não conseguir jamais representar o real do sexo.

No caso de Emma, que já foi referido acima, o que provocou sua reação nesse *a posteriori* terá sido o sentido sexual do que houve na cena da padaria, ou mais exatamente o que desse sentido lhe escapou e para o que jamais encontrou resposta?

Nesse encontro da pulsão com a linguagem, onde há algo que escapa para sempre, inaugura-se uma dimensão de insatisfação radical, e, daí por diante uma busca incessante de preenchimento da falta radical, uma procura do objeto que está para sempre perdido, acompanhada da insatisfação que marca indelévelmente os humanos. Essa compulsão a repetir quando não é possível representar é aquilo a que podemos denominar *gozo*.

O conceito de *gozo*, em Psicanálise, está, portanto, como já vimos acima, relacionado tanto à pulsão de morte quanto ao fato de que o sujeito humano fala. E, pelo fato de falar, sua relação com os objetos jamais será

⁵⁷ LACAN, J. O Seminário livro 11 (1964). 2ª edição. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed. 1985, p. 143.

imediatamente; ao contrário, é sempre mediatizada pelos significantes. E isso é demonstrado, tanto em Freud, como em Lacan. O gozo, intrincado com a linguagem, é, portanto, marcado pela falta e não pela plenitude do Ser. [ser como efeito de “língua”: $S(\bar{A})$].

Depois da nomeação da *pulsão de morte*, os conceitos fundamentais da psicanálise tiveram de se confrontar com ela e desse confronto saíram reformulados, complementados em sua definição. Não só o *trauma*, mas também *sintoma*, *fantasia*, *desejo*, *gozo* estão entre eles.

Com relação ao *sintoma*, é certo que ele permanece sendo uma formação do inconsciente, portanto uma forma de expressão do *sujeito*, uma articulação significativa, um enigma a ser decifrado. Mas há também uma articulação do *sintoma* com o *gozo*, outro nome da pulsão de morte, o que explica aquilo que Freud cedo descobriu e a que deu o nome de “ganho secundário da doença”. Isso significa que, se há uma dinâmica do sintoma, que faz com que o sujeito se mobilize em busca de seu sentido e de sua eliminação, há também nele uma dimensão de inércia, de imobilismo, de *aderência ao gozo*, que atrapalha o tratamento e com a qual o analista tem que se haver na direção da cura. Daí as palavras de Freud sobre a finalidade da análise: não é mais *...primeiro e acima de tudo interpretar!* Há que se agir na transferência de outras formas, como, por exemplo, fazer pontuações, escansões, interrompendo a sessão, o que, com Lacan, se chama praticar o “ato analítico”.

É com o objeto a , nome dado por Lacan ao objeto perdido, que o conceito de *fantasia* ganha novos contornos e melhor pode ser entendido, à luz do ensinamento de Freud. Com a ajuda de J. Alain-Miller, em seu texto sobre “Duas Dimensões Clínicas - Sintoma e Fantasia”⁵⁸ levantemos algumas características dessa última:

⁵⁸ MILLER, J.- A. “Duas dimensões clínicas: sintoma e fantasia”, in Percurso de Lacan uma introdução. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed. 1987

Miller faz um paralelo entre Freud e Lacan no que tange à *fantasia*. Para Freud, por exemplo, a fantasia seria algo que permite ao sujeito obter prazer. Para Lacan, ela seria ... *"uma máquina para transformar o gozo em prazer"* ou ainda ... *"uma máquina que se põe em ação quando se manifesta o desejo do Outro"*⁵⁹

Tanto Freud quanto Lacan, cada um a seu modo, demonstram estar a fantasia em outro lugar, diferente do lugar do sintoma, pois, enquanto este é uma expressão do sujeito do inconsciente, aquela está relacionada com o objeto, para sempre perdido. Freud chega a dizer que a fantasia ... *"permanece apartada do conteúdo da neurose"*⁶⁰, conforme verificamos acima. Lacan, por sua vez, na conhecida fórmula da fantasia - $\$ \diamond a$ - mostra que o *sujeito barrado* ($\$$), o *sujeito do inconsciente* se articula com o *objeto*, criando com isso um ... *"dispositivo"*, *uma articulação significativa fantasmática que permite ao sujeito dominar o gozo pela via de uma relação com o objeto*⁶¹.

O sujeito, diante do fato de ser objeto do gozo do Outro, constrói a fantasia, para não sucumbir como objeto desse gozo.

Rego Barros, comentando o caso de Emma, acima descrito, observa que seu sintoma diz da cena traumática, aquela do proprietário da padaria. Nesse sentido, ele é uma formação subjetiva, porque ... *"há uma resposta ao desejo do Outro à qual se supõe um sujeito"*. E o autor mostra que esta linguagem cifrada do sintoma foi possível somente porque ... *"entre a cena e o sintoma, recuperou-se na linguagem alguma coisa do gozo."*⁶² Mostra ainda que... *"essa retomada ou recuperação do gozo é em psicanálise a própria função da fantasia*. E diz mais:

⁵⁹ MILLER, J. op. cit. p. 102

⁶⁰ cf nota nº 45, acima

⁶¹ MILLER, J.- A.op. cit. p. 107

⁶² REGO BARROS, R. "Transferência e trauma", in *Fort - Da, Revista do Ceppac nº 2*. Rio de Janeiro, Barrister's Ed. 1992, p. 76

“ É pela fantasia que o sujeito pode enfrentar, sem sucumbir, a sua condição de objeto do desejo do Outro. É pela fantasia (e aqui tanto faz que seja a fantasia que está no fundamento do sintoma ou a fantasia que se constrói na análise) que o sujeito pode mediatizar no simbólico aquilo que é no real.⁶³

⁶³REGO BARROS, R. “Transferência e trauma”, in Fort - Da, Revista do Ceppac nº 2. Rio de Janeiro, Barrister's Ed. 1992 p. 77

CAPÍTULO IV

O COTIDIANO TRAUMÁTICO E O SUJEITO

Em um artigo denominado “*Do Bom Uso do Trauma*”, Jean Cournut, psicanalista francês, nos diz: “... O trauma é o momento em que se perde o paraíso. Mas é também aquele onde se faz uma experiência, a, por exemplo, da perda desse paraíso. É, aliás, o que se diz às crianças: isso te ensinará!

E prossegue:

“De fato, a idéia de trauma supõe um drama provido de uma temporalidade, de uma ação, de um espaço, de um ou de vários agentes, de um ou de vários sujeitos. Há um antes ou durante e um depois, com conseqüências, feridas, cicatrizes, a curto, médio e longo tempo. Há um encadeamento temporal e circuitos de causalidade. Há um agente traumático, e um sujeito que sofre o trauma, sujeito inscrito numa trajetória, uma circunscrição, uma cultura e onde o trauma vem modificar, se não o destino, pelo menos o curso habitual da existência. Poder-se-ia acrescentar que há a esperança de um tratamento do trauma e de seus efeitos, e talvez a de uma prevenção. Em todo caso, a idéia de trauma é bastante carregada num conjunto individual e coletivo, por redes de significações, de valores, de explicações realistas, míticas, científicas, ou pretensamente tais. ...”¹

¹ COURNUT, J. “Du bon usage du trauma”, in Trauma Réel, Trauma Psychique, Les Cahiers de l’IPPC, nº 8 Paris, Institut de Psycho-Pathologie Clinique, 1988, p. 12/13 “...Le trauma c’est le moment où l’on perd le paradis. Mais c’est d’ailleurs ce que l’on dit aus enfants: ça t’apprendra!” “En fait, l’idée de trauma suppose un drame pourvu d’une temporalité, d’une action, d’un espace, d’un ou de plusieurs agents, d’un ou plusieurs sujets. Il ya a un avant, un pendant et un après, avec des conséquences, des blessures, des cicatrices, à court, à moyen ou à long terme. Il y a un enchaînement temporel et des circuits de causalité. Il ya a un agent traumatique, et un sujet qui subit le trauma, sujet inscrit dans une trajectoire, un environnement, une culture, et dont précisément le trauma vient modifier

Acreditamos ser essa descrição de *trauma* apropriada para darmos início a este capítulo, pois aí estão muito bem definidas, tanto as características do que aqui vamos tratar como *acidente traumático*, como também as questões que esse acidente envolve. Por isso a transcrevemos na íntegra.

Partindo do relato de alguns dos casos que nos chegaram à clínica, refletiremos sobre seu cotidiano e as vicissitudes pelas quais eles passam, baseando-nos no desenvolvimento que demos ao tema nos capítulos anteriores.

Seguem-se algumas descrições de acidentes traumáticos, das que nos foram relatadas, que nos ajudarão na reflexão que nos propomos fazer, e cujas características se adequam à descrição de trauma, acima apresentada:

- Um sujeito A, do sexo masculino, de trinta e poucos anos, que sofre de diabetes, tem uma crise aguda da doença, que lhe deixa entre outras seqüelas a cegueira e uma grave depressão. Entrega-se de tal forma à doença que não consegue voltar ao trabalho, mesmo que para isso tenha havido oportunidade, pelo tipo de ocupação que tem. Sua esposa o deixa e ele permanece "internado" num quarto da casa dos pais, sem desejo de viver. A mãe, já com uma certa idade, é quem "cuida" dele. O pai não o quer lá, e em razão da situação criada, há uma crise permanente entre o casal. A mãe faz demanda de ajuda.

- Um sujeito B, do sexo feminino, de vinte e poucos anos, sofre um acidente de trânsito, aparentemente sem gravidade maior. Antes de chegar ao hospital, porém, seu estado se agrava, pois surgem complicações neurológicas: entra em coma, do qual sai ao cabo de alguns dias, porém com seqüelas graves. No auge de seus projetos de vida, como profissional liberal no início de carreira e com o casamento marcado para futuro próximo, vê ruírem seus sonhos. O noivo se vai, e ela volta para a casa dos pais, que, a essa altura, também já tinham

si ce n'est le destin, du moins le cours habituel de l'existence. On pourrait ajouter qu'il y a l'espoir d'un traitement du trauma et de ses effets, et aussi, peut-être celui d'une prévention. En tout cas, l'idée de trauma est forcément prise dans un ensemble individuel et collectif, dans des réseaux de significations, de valeurs, d'explications réalistes, mythiques, scientifiques ou prétendues telles." Tradução livre da autora.

novos projetos e para quem esse retorno, nas condições em que se deu, foi uma verdadeira revolução. Os pais procuram a analista.

- Um sujeito C, uma menina de 7 anos, é atropelada na porta de sua casa. O acidente é grave. Socorrida, permanece em coma por alguns dias no hospital. Recebe alta médica e vai para casa com prognóstico sombrio, pois tudo indica que o coma é irreversível. Quando a mãe procura a analista, o caso já se estende por mais ou menos dois meses. O contato da mãe é feito pelo telefone, através do qual ela relata o fato e as condições em que a menina se encontra nesse momento. Esta criança não volta para casa de sua mãe, onde morava antes do acidente. Permanece com avó materna, que mora num apartamento ao lado do da mãe, já que o novo marido da mãe não quer a menina em sua casa. A mãe se mostra muito apreensiva com a situação, fala de sua angústia diante da gravidade do caso, mas não quer ainda marcar entrevista. Desliga com a promessa de voltar a fazer contato. Como isso não ocorre, duas semanas depois, a analista retoma o contato; mas, ao telefonar para esta mãe, a analista fica sabendo por uma empregada que a ... “família não está em casa...” Foram todos ao enterro dessa menina, que havia morrido no dia anterior...

- Um sujeito D, do sexo feminino, de vinte anos, ao se submeter a uma intervenção médico-cirúrgica, entra em coma, de que consegue sair, com seqüelas graves, para quem o prognóstico médico é bastante sombrio. Era casada e, apesar de jovem, já tinha dois filhos. O marido não permanece a seu lado, após esse acidente e ela é levada para a casa dos pais, que assumem seus cuidados e seus filhos, apesar de já serem idosos. A mãe busca ajuda com a analista. Não sabe mais o que fazer, pois sua filha não apresenta nenhuma melhora, apesar de já se terem transcorrido dois anos do acidente.

- Um sujeito E, do sexo masculino, aos treze anos e meio sofre um grave acidente: cai do telhado de sua casa, de cabeça, de uma altura de mais ou menos seis metros, queda livre. Ele estava soltando uma “pipa”, e, de acordo com seu

próprio depoimento cerca de um ano e meio depois do acidente, lembra-se de estar tentando fazê-la subir mais, puxar a linha, olhando fixamente para ela e andando para trás. Tudo indica que não se deu conta dos limites do telhado e despencou de lá, quando este acabou. Desta queda, resultou um traumatismo crânio-encefálico e edema cerebral generalizado. O jovem entra em coma imediatamente após o acidente, do qual leva alguns meses para sair, com seqüelas graves, muitas irreversíveis. Apesar dos prognósticos sombrios, tanto quanto à possibilidade de viver, como quanto às melhoras que se possam esperar, esse menino surpreende a todos, recupera algumas funções e empreende, com seus familiares, uma aventura - a busca de novas condições para viver, não de qualquer maneira, mas o melhor possível.

- Um sujeito E, paralisado cerebral, descobre, aos 11 anos, que é *deficiente*, no momento em que assim é definido e discriminado pela equipe docente de sua escola. Este é o caso já relato por nós acima, no Cap I, quando criticamos o contexto ético e sócio-cultural em que o problema da deficiência se encontra inserido. Tivemos oportunidade de verificar quão traumático foi para este sujeito deparar-se, não com sua deficiência, mas com a forma como ela estava sendo encarada pelos professores de uma escola onde, até a emergência desse fato, ele era tratado sem discriminação.

Trauma é "o momento onde se perde o paraíso", diz Cournut em seu artigo citado, e podemos constatar a veracidade dessa afirmação nos exemplos acima, no que tange ao acidente traumático, tema de nossa reflexão.

Em todos eles se constata ... "*um antes, um durante e um depois...*", "*... conseqüências, feridas, cicatrizes ...*", marcas, enfim, que, seja qual for o "*agente traumático*", adquirem significações diversas para cada sujeito atingido e aqueles que estão mais perto dele.

Vimos também o quanto a vida desses sujeitos se modificou a partir do evento traumático, que os tirou de seu cotidiano de trabalho e/ou lazer e os lesou

de forma significativa e irreversível. Da mesma forma a vida de seus familiares, alguns movidos pela ... *“esperança de tratamento...”*, de que fala Cournut, outros corroídos pela culpa e pelo remorso por não terem podido evitar esse acontecimento; outros ainda mergulhados em incessantes buscas de explicações - realistas ou não - para o que lhes veio a acontecer de forma tão brutal e repentina.

Durante os anos em que tivemos a oportunidade de escutar sujeitos e familiares atingidos por acidentes traumáticos, chamou-nos a atenção o fato de que esses *sujeitos*, inscritos que estão num grupo específico, a que o autor focalizado por nós chama de *trajetória, circunscrição, cultura*, sofrem de imediato as conseqüências desses *trauma*, que tem o dom de *modificar senão o destino, pelo menos do curso habitual da existência*.

Uma forte impressão que se tem no contato com sujeitos lesados gravemente em suas funções neurológicas é o seu aprisionamento na impotência somática que os atingiu. É comum verificar-se, ao se chegar junto a eles, algumas tentativas de relacionamento, buscas de contato, traduzindo, a nosso ver, um desejo de dizer alguma coisa. São olhares vivos - brilhantes ou amortecidos - mas, de qualquer forma fixados no interlocutor; são balbucios que não conseguem se transformar em fala, são esforços vãos de movimentos, alguns quase imperceptíveis, enfim, essa tentativa frustrada e frustrante terminando quase sempre pelo fato de o sujeito mergulhar novamente num estado de torpor, que nos faz pensar poder ser uma expressão do desânimo gerado pela frustração desse aprisionamento.

Conviver com esta situação é muito doloroso, bastante difícil, enfim. Mas essa dificuldade se agrava, na medida em que esse estado de coisas tende a se perpetuar. Há casos em que a situação permanece praticamente sem melhoras por muitos meses, alguns chegam a anos. O acidentado, entretanto, está lá, vivo e lutando para quebrar o grilhão. Partilhar com ele dessa luta sem quartel e praticamente sem esperanças é, tanto para seus familiares e amigos como para a

equipe de cuidados, um encargo por demais pesado. Peso este que invariavelmente incide sobre as relações que se estabelecem entre os sujeitos envolvidos.

Além disso, outro dado que também logo nos chamou a atenção foi o fato de que, de acordo com a ... *“rede de significações, de valores, de explicações...”* que se pudesse tecer em torno do fato ocorrido e do sujeito envolvido nele, isto é, da reação familiar e social ao evento traumático, os prognósticos para o caso tenderiam a se tornar menos ou mais sombrios. Vejamos, por exemplo, o caso do homem jovem que sofria de diabetes, que, pela maneira como foi vivido tanto pelo sujeito, quanto pelos que o cercavam, transformou um prognóstico razoável em sombrio. Este homem, apesar de seu diabetes, mesmo tendo ficado cego, teria tido condições de se reorganizar, tanto na vida profissional quanto na afetiva. Não pôde fazê-lo e, por isso mesmo, caiu numa prostração tão grande que determinou o curso que a doença tomou.

Por outro lado, o caso do sujeito E, que desde o início teve um prognóstico bastante reservado, surpreendeu pela possibilidade de recuperação - ainda que parcial - que demonstrou. E podemos citar mais uma vez o sujeito E, paralisado cerebral, que de viva voz teve oportunidade de descrever os estragos que devastaram por algum tempo seu “paraíso”, no momento em que veio do *Outro* um dito aforisante e alienante a seu respeito. Cada um desses sujeitos, a seu modo, vivenciou o seu drama. E a cada forma como eles e seus familiares o vivenciarem correspondeu também uma direção que cada caso tomou.

Começamos, então, a indagar que fatores seriam esses que, além de não dependerem diretamente da lesão orgânica sofrida pelos sujeitos, ainda pareciam contradizer as expectativas decorrentes da gravidade ou não que o caso engendrava.

Nossa hipótese central é a de que, tanto o *indivíduo psicofísico* é atingido em seu organismo pelo fato traumático que o acidentou, com lesões neurológicas

graves,² quanto o *sujeito*. Só que este é atingido, mas em outro plano. E a forma como ele reagirá a essa agressão sofrida é determinante na evolução do caso. E mais, esta forma, que é consequência da estrutura de cada sujeito, será também diretamente marcada pelos “ditos” que lhe são endereçados pelas “*redes de significações, de valores, de explicações realistas, míticas, científicas, ou pretensamente tais...*” que envolvem os sujeitos em questão. Em Psicanálise, nomeamos essa rede como o *Outro*. Como vimos nos capítulos precedentes dessa Dissertação, desde sua origem, o *sujeito* tem que se haver com esse *Outro* para se constituir.

Esses “ditos”, essas “redes de significações” estão presentes desde o primeiro momento do acidente, por exemplo, pela maneira como se organiza o socorro e o tratamento a ser dado a ele. Esta maneira já diz do investimento que lhe será dedicado. Esse investimento, apesar de se afigurar a nós como necessário, senão indispensável, pode ou não ser feito. E isso é expressado de várias formas, no cotidiano de cada caso, conforme o peso que a idéia de *trauma* tenha no *conjunto individual e coletivo* (citando novamente Cournut) onde cada caso está inserido.

E foi a partir dessa hipótese central, sempre privilegiando a escuta desses e outros relatos que nos chegaram, suscitando em nós muitas questões, que levantamos quatro hipóteses derivadas, através das quais nortearmos nosso trabalho:

1 - A primeira é a de que os profissionais implicados no acompanhamento de acidentados com graves lesões neurológicas podem ter dificuldades - maiores do que em outros casos - de lidar com os problemas daí decorrentes. Nós a

² Entendemos por “*lesões neurológicas graves*”, no contexto desse trabalho, aquelas que atingem o sistema nervoso do indivíduo, imobilizando-o, pelo menos temporariamente, e lhe retirando, além dos movimentos, o controle de várias funções, como, por exemplo, na maioria dos casos ouvidos por nós, as esfinterianas e a fala. A respiração é outra função vital que, geralmente, é atingida. O indivíduo está, temporariamente mudo e imobilizado. Já o sujeito...

escolhemos como primeira hipótese de trabalho porque desde o primeiro momento do acidente a ação desses profissionais é decisiva. E, na fala dos pais, ela está sempre presente, ou como gratidão pela presteza e eficiência, ou como queixas e lamentações pelo que consideram descaso ou incompetência.

Parece-nos que o contato constante com os limites impostos pelas lesões, a presença da morte, nesses casos surgindo com frequência como possibilidade iminente, a exigência de trabalhar sem perspectivas delineadas de melhoras - enfim, tudo isso mobiliza nos sujeitos envolvidos certos sentimentos ou afetos que acabam por contaminar os procedimentos e as condutas em relação ao acidentado. Além disso, o confronto com o *outro*, seu semelhante, numa situação precária, com a qual podem se identificar, imaginando que eventualmente podem vir a estar em igual situação, pode causar horror, o que contribui para uma reação de aparente frieza e descaso.

Sugerimos que a gravidade dos casos aqui mencionados e a previsão inicial da quase total impossibilidade de recuperação das funções atingidas é um desafio ao profissional que se crê dono do poder de curar, seja ele médico, psicanalista, fisioterapeuta, psicólogo ou outro profissional da área. Sem recursos técnicos para o caso, não o querem por perto, pois a todo momento em que com ele se deparam é com seu *fracasso* que se defrontam.

Como já tivemos oportunidade de dizer, as dificuldades em lidar com a irreversibilidade de muitas dessas lesões, gerando procedimentos inadequados ou "ditos" inconvenientes, trazem conseqüências importantes que influenciam definitivamente esse atendimento. Sabemos o quanto este é árduo, como envolve esforços, nem sempre coroados com o êxito que se desejaria alcançar na recuperação das funções lesadas. O desânimo, o desinvestimento são fatores com que se têm de contar. Isso ocorre tanto com a "equipe de cuidados", como com o grupo familiar.

Com relação à aqui chamada “equipe de cuidados”, vemos que os obstáculos às melhoras, inerentes à gravidade das lesões, são um permanente desafio ao investimento de tempo e de paciência que o caso exige. Os profissionais - sujeitos que também são - sofrem por isso, como qualquer outro sujeito, as vicissitudes da *castração*, e reagem a elas cada um de sua forma peculiar. Não é raro nos defrontarmos com profissionais que, em que pese à competência e ao zelo ao seu paciente, em algum momento se deixam levar por suas emoções e acabam por não mais agir de forma eticamente correta diante de determinadas situações clínicas. E, por se manterem numa posição de *saber* e de *autoridade*, agem como se a *culpa* do que chamariam de “*fracasso terapêutico*” repousasse sobre os ombros do doente lesado, ou da família.

Há um impressionante exemplo desta atitude, que nos foi relatado. Um médico, procurado por um familiar para uma avaliação neurológica e possível orientação de tratamento de um rapaz lesado por um grave acidente, esteve com ele por duas vezes. No final da segunda entrevista, chamou o familiar e lhe disse, de forma categórica, entre outras coisas, o seguinte: “O senhor deveria ter deixado seu filho no hospital público onde ele foi atendido ao se acidentar. Assim, ele morreria mais depressa! Não há nenhuma chance para ele”. Este acidentado, que tinha ficado na sala de espera com outro familiar e, portanto, nada ouvira desta conversa, mas que sabia perfeitamente como havia sido atendido por esse profissional, ao perceber que seu pai pagava à secretária do médico a consulta feita, gritou: “*Pai, não pague! Isso é roubo! Ele não me fez nada!*” A consulta foi paga, contou-nos o pai, mas jamais esta família voltou a procurar esse profissional.

Outras vezes, o profissional abandona o caso, sem explicação. Talvez por não saber como agir diante do limite que a lesão impõe, e ter dificuldade de se dar conta disso. Quanto a isso, tivemos oportunidade de ouvir de mais de uma mãe o relato do abandono da psicoterapia de seu filho, por parte do profissional

que o atendia, sem explicações convincentes, como a do analista que chamou os pais de um jovem acidentado e lhes explicou que não tinha mais condições de atender a seu filho porque esse rapaz estava ... “*incapaz de simbolizar*”, fato desmentido em seguida, quando este jovem passou a freqüentar uma Clínica que privilegiava a escuta do que o *sujeito poderia dizer*.

Outro exemplo de como o profissional reage de forma pouco ética pode ser observado pelo seguinte relato dos pais de outro jovem: seu filho estava há um mês e meio hospitalizado, em coma, quando eles foram notificados de que deveriam levá-lo para casa ou para um hospital geral, porque para seu caso não havia tratamento que justificasse sua permanência num hospital especializado e ele estava “*ocupando um leito*” que poderia ser melhor utilizado por um outro paciente neurológico que eventualmente precisasse de um tratamento específico. Os pais argumentaram, assustados, que não sabiam como lidar com aquela situação de seu filho, que precisava de tantos cuidados. E pediram um tempo para se organizar diante da perspectiva da volta do filho para casa. A resposta do médico chefe da equipe foi a seguinte: - “É bem provável que ele nunca mais saia desse estado. E os senhores vão querer ficar com ele aqui para sempre?” Esses pais, anos após o ocorrido, relataram ainda sob emoção que ficaram revoltados com a frieza com que foram informados de que seu filho poderia permanecer em coma para sempre, bem como com o desinteresse do médico em ouvi-los e em ajudá-los naquele momento. À guisa de esclarecimento, informamos que esse jovem saiu do coma e está vivo.

2 - A segunda hipótese é a de que o *investimento* imediato que é feito pelos familiares do acidentado e a equipe de socorro que o atende é fundamental para o curso que o caso tomará. À primeira vista, isso poderá parecer óbvio, lugar comum a qualquer reação a um acidente. Insistimos, porém, nessa hipótese,

dadas as especificidades do problema focalizado e da interdependência que ela tem com a hipótese anterior.

Usamos propositadamente a palavra *investimento*, pois ela nos oferece dois sentidos que, pelo que nos parece, muito têm a ver com o assunto tratado: *investimento amoroso e desejante*, fundamental para o desenvolvimento do caso e *investimento financeiro*, sem o que pouco ou nada se fará, dadas as condições de atendimento existentes em nossa realidade, onde qualquer procedimento é muito oneroso, em que também se constata a quase total inexistência de recursos públicos para esse fim, e onde os chamados “seguros de saúde”, hoje em dia tão disseminados pela propaganda como solução definitiva para os problemas de saúde da população, recusam-se, em sua grande maioria, a aceitar como segurados casos como os aqui mencionados.

Desses casos, os que tiveram como solução a morte certamente teriam muito a nos dizer do *investimento* feito, bem como das questões daí decorrentes, se seus familiares tivessem sido acompanhados mais de perto por nós. Estas questões que a morte desencadeia são muitas e complexas. Entretanto, não foram casos assim que nos deram oportunidade de escutá-los, mas os daqueles que permaneceram vivos, apesar da gravidade de suas lesões.

Com o acidente traumático, gerador de graves lesões, principalmente aquelas com diagnóstico de irreversibilidade, os desafios começam. Susto, medo, angústia, tristeza são os ingredientes desse momento. Pronto-Socorro, médicos, diagnósticos sombrios, prognósticos reservados, dia a dia de um hospital, enfim, a rotina de uma família implode e se exige que rapidamente providências sejam tomadas diante do fato inesperado e brutal que ocorreu. Como já tivemos oportunidade de dizer, o problema se complica quando o acidentado não morre logo, nem há perspectivas de melhoras, a curto ou longo prazo. Parece-nos que essa situação de *vida ceifada*, de *ruptura com os projetos do sujeito*, situação esta não definida ou pela morte ou pela melhora do

acidentado e que, pelo contrário, tende a se prolongar de uma forma absolutamente imprevisível, gera, na maioria dos casos, perplexidade e impotência. A família e o acidentado ficam, então, muito vulneráveis.

Com freqüência, surge a questão: “não seria melhor que ele morresse?” Questão esta que, por sua gravidade e pelo horror que ela provoca, muitas vezes é impedida de sequer ser enunciada. Entretanto, quanto mais ela é recalcada, mais efeitos pode ter, na forma de se conduzir do sujeito que se deparou com ela, mesmo sem a ter formulado. E, se este sujeito tem algum poder decisório na orientação a ser dada ao caso, esses efeitos podem se tornar decisivos na direção que o caso tomará. Por isso falamos em *investimento*. Parece-nos que o que faltou àquele médico que de forma tão rude decretou a irreversibilidade do coma diante dos pais acima citado foi exatamente *investimento*.

Ainda sobre as dificuldades que constatamos no trato com cotidiano de um acidentado grave, com lesões neurológicas ditas “irreversíveis”, bem como sobre o *investimento necessário*, podemos relatar mais um caso que nos chegou. É o da reação de um médico plantonista em um hospital especializado em doenças neurológicas, diante de uma grave crise respiratória de um acidentado que, procurado no meio da noite pela enfermeira e pelo familiar deste acidentado, responde: “*esperemos até de manhã...*” A enfermeira, então, desobedece a este médico, coloca o paciente no oxigênio e convence o familiar a chamar em casa um outro profissional da equipe, que havia se interessado mais pelo caso desde o início. Este profissional, diante da gravidade do caso, faz imediatamente uma *traqueostomia* e salva a vida desse homem. O pai deste acidentado nos conta que o primeiro médico o havia decepcionado bastante com sua atitude, pois em outra ocasião se mostrara tão interessado no caso, sugerindo mesmo que ... “procurássemos no espiritismo ajuda, pois a medicina nada mais teria a fazer”(!). Se o enunciado desta frase poderia - como este pai ouviu - dizer de um “grande interesse” do médico, o que estaria dizendo sua enunciação? Ouvindo

esta enunciação, sem preocupação com o enunciado dela, talvez pudéssemos explicar sua atitude...

Um outro ponto a se observar - comum a todos aqueles que nos chegaram - é o desconhecimento por parte da família das condições de atendimento às necessidades da rotina diária de uma pessoa com graves lesões neurológicas. A queixa do familiar que nos procurava começava sempre pela perplexidade diante de um fato novo, que revolucionou sua vida, e cujos recursos para lidar com ele não sabia onde encontrar. Referimo-nos nesse momento às necessidades mais elementares, como, por exemplo, aprender a cuidar de um paciente acamado, como efetuar a higiene diária, fazer mudanças periódicas de decúbito para evitar escaras, como operar com cânulas traqueais quando o acidentado foi traqueostomizado, ou com bolsas fecais quando o problema foi no intestino, etc. Outra grande dificuldade é descobrir que tipos de intervenções reabilitadoras de funções devem ser feitas, em que momento, e por quais profissionais da área de reabilitação.

Foi quase unânime, nos casos ouvidos por nós, a sensação da família de que, como o acidentado "*não tinha chances (sic)*", havia sido mandado para casa para "*esperar a morte*". Só que, dependendo do estado de saúde de cada um, de sua idade, e da lesão envolvida, essa *espera* poderia *eternizar-se*. E, nesse caso, que qualidade de vida se proporcionaria a ele durante esse tempo? Essa parece ser a primeira pergunta cuja resposta cada família deverá encontrar sozinha, de acordo com seu *investimento* junto ao caso, e com a ajuda de uma boa dose de criatividade, pois os recursos instituídos para esse fim são precários, estão dispersos, e não parece haver nenhuma intenção de os relacionar e divulgar por parte de ninguém.

Parece-nos que, após o momento mais crítico, que definimos como aquele em que o acidentado permanece hospitalizado, quando ele é levado pela família para casa, o desamparo se torna maior, pois daí por diante a família deixa de

contar com os procedimentos hospitalares, tem de assumir por si mesma os cuidados do enfermo, sem que para isso tenha sido orientada. E mais: o que lhe é dito é que enfrente o problema que é só seu e da melhor maneira que lhe for possível.

A mãe de um rapaz dado como *irrecuperável* pela equipe médica, e que por isso não foi orientada na busca de novos caminhos para ele, relatou-nos que descobriu a possibilidade de uma musicoterapia para seu filho através da irmã de um vizinho seu. A mãe se interessou pela sugestão, resolveu procurar a profissional em caráter experimental. E seu filho, que até então permanecia acamado e quase nada tinha para fazer de seu tempo, teve um imenso progresso com o tratamento empreendido, pois graças a ele voltou gradativamente a falar, chegou a cantar, compor músicas e, através dessas atividades, teve novamente a oportunidade de *falar de si*, quase dois anos após seu acidente. Esse tipo de intervenção não só era desconhecido pela equipe médica que assistia o rapaz, como não foi levado a sério por essa equipe.

Não se deve estranhar, portanto, que, diante de situações graves e complexas como essas, para cujas soluções se conte com tão poucos recursos, as famílias tenham tantas dificuldades de *investir*, criando melhores possibilidades de vida para os acidentados. E não só os familiares, mas também os outros envolvidos com o caso. O que talvez respondesse a uma questão que nos ocorre, e que é a seguinte: qual o motivo dessa precariedade de recursos disponíveis, da dispersão dos poucos que já existem, e do desconhecimento deles por parte de uma grande maioria de médicos?

No grupo familiar, outros fatores agravam a situação: culpas, remorsos por não se ter podido evitar o acontecido, antigas questões de relacionamento que afloram, enfim, tudo isso “vem à tona” e tempera de forma muito amarga os cuidados com o traumatizado, gerando atitudes radicais e mesmo violentas. A esse respeito, ouvimos o relato impressionante de outra mãe, angustiada com a

possibilidade de seu marido cumprir a promessa de matar o filho, gravemente atingido no rosto - que ficou desfigurado - por um acidente de trânsito. Esta mãe nos descrevia o desespero do pai diante do filho com o rosto todo deformado, Para ele, era melhor vê-lo morto...No entanto, tivemos oportunidade de rever esse rapaz tempos mais tarde e verificar que pôde se recuperar com êxito e ficar quase sem nenhum vestígio, na face, do que lhe havia acontecido.

Faz-se mister, portanto, por em relevo a importância do cuidado que se tem diante de casos como esses, tanto do ponto de vista das providências específicas a serem tomadas, quanto da qualidade das reações diante do mesmo. Elas podem ser de estimulação e apoio, necessários sem dúvida; ou de desânimo e conseqüente abandono do caso; ou mesmo de expectativas exageradas de melhora ou de cura. As questões suscitadas, e seus desdobramentos, pelo que pudemos escutar, repetimos, costumam marcar fortemente o processo de recuperação, em alguns casos, prejudicando-o bastante.

3 - A terceira hipótese é a de que, dadas as condições de fragilidade da estrutura psíquica do sujeito, após um grave acidente traumático com lesões neurológicas que o condenam a uma situação de total ou quase total dependência de outros para sobreviver, os "ditos" que lhe são endereçados podem tornar-se "sentenças condenatórias" com fortes sinais de irreversibilidade.

Esses "ditos" começam a lhe ser endereçados desde os primeiros momentos após o acidente, e podem partir de qualquer pessoa que esteja por perto, seja familiar, equipe de socorro ou visitas.

Como exemplo desses "ditos", da família, ou dos outros envolvido, eis alguns relatos dos que ouvimos:

O primeiro, de um rapaz que havia sobrevivido a um sério acidente de motocicleta, que lhe causou um traumatismo crâneo-encefálico com conseqüente

estado de coma pelo período aproximado de um mês. Ele nos contou que, apesar de estar em coma, ouvia muito bem o que diziam em redor dele, mesmo que não conseguisse esboçar nenhuma reação diante disso. Certo dia, sua mãe, muito aflita, na cabeceira de seu leito de hospital, diz em soluços ao médico que acabava de entrar no quarto, que sabe que seu filho está morrendo. Este médico, mesmo sem concordar textualmente com o dito da mãe do rapaz, confirma a gravidade de seu estado. Esse rapaz nos fala disso com muita emoção, ao descrever seu pânico diante da possibilidade - fantasiada por ele - de ser enterrado vivo. Queria avisar que estava vivo, não o conseguia, pois que nada em seu corpo se mexia, e se convenceu de que ia ser dado como morto, estando vivo. Anos após o ocorrido, já de todo recuperado do acidente físico, mas demonstrando ainda estar sob os efeitos da cena descrita, esse rapaz se obrigava a visitar familiares de pessoas de cujos acidentes ele tomava conhecimento e lhes advertia enfaticamente para que só dissessem e só deixassem dizer junto aos acidentados "coisas agradáveis" a seu respeito...

Outro fato que nos foi relatado, por um familiar que tinha sido alertado por esse rapaz, levava a sério sua sugestão, e que, por isso mesmo ficara atento aos ditos que eram endereçados a seu parente, foi o número de vezes em que visitas muito bem intencionadas (ele não nega) precisaram ser retiradas do quarto do enfermo com energia, pelo que estavam expressando diante do quadro. Coisas como: "Olhem, olhem como ela está amarela! Vejam, ela está piorando! Ontem não estava assim!" O familiar envolvido assustou-se com um amigo seu dizendo isso diante da filha atropelada, que realmente estava em coma, mas que absolutamente não apresentava nenhum sinal de piora. Disse-nos ele que deu um jeito de esse amigo não mais voltar a visitar a moça até que ela estivesse em melhores condições.

Outro exemplo é o de uma senhora, mãe de um estudante de medicina, que, ao visitar o filho acidentado de amigos seus, disse a esses pais o seguinte: -

“Meu filho X, que é estudante de medicina, já me disse que não há possibilidade nenhuma de ele sair desse estado de coma, pois já se passaram dois meses do acidente. Vocês ainda têm esperanças?” Essas coisas foram ditas aos pais, dentro do quarto do filho acidentado, ao lado de seu leito, no hospital. Escusado será dizer que esse rapaz se recuperou do coma, contra todas as expectativas desta prestimosa senhora.

Se o acidentado não morre do acidente, inicia um processo de “volta à vida” que, em alguns casos, é dramático e radical, quando se trata da saída de um estado de coma. Sugerimos que, do ponto de vista da estruturação do sujeito, há que haver um trabalho de reorganização diante da nova situação de vida com que este *sujeito* vai ter que se deparar.

Quando falamos do *sujeito*, é do *sujeito do inconsciente* de que estamos falando. Vimos que ele se constitui permanentemente, que isto exige trabalho constante. Vimos também o quanto esta constituição depende, tanto da relação dele com seus semelhantes como com o Outro faltoso, designado por Lacan como (\bar{A}) - A barrado, lugar da linguagem, do código, do universo cultural, mas também da falta e seu correlato, o desejo primordial. Enfim, no qual o bebê humano está mergulhado ao nascer.

É voz corrente dizer-se que o indivíduo que sai do coma *renasceu*. Se encontra um ambiente acolhedor e estimulante, pode empreender a aventura de sua reestruturação. Se, ao contrário, como nos exemplos A e C, se percebe como um “peso” ou um “estorvo”, pode não encontrar razões para viver e simplesmente desistir, seja entrando numa perigosa depressão, seja morrendo efetivamente, como ocorreu no caso da menina, acima descrito. Não afirmamos que sua morte se deveu a isso, pois desde que tomamos conhecimento de seu caso, ouvimos da mãe que o diagnóstico era de irreversibilidade do coma e que o prognóstico não era favorável. Levantamos a hipótese, entretanto, de que o fato de ter sido alijada de sua casa, afastada das atenções diretas da mãe, pode ter sido

vivido pela menina como um desinvestimento amoroso e desejante por parte da mãe e, em decorrência disso, contribuído para um desinvestimento seu em continuar viva. É pouco conhecida a possibilidade que tem o sujeito, sob o estado de coma, de perceber o que se passa em redor dele e *subjetivar* isso. Por ser desconhecida, muitas vezes não é levada em conta e por isso os sujeitos que, na sua dimensão psicofísica, estão em coma são tratados como se eles não existissem ou a nada pudessem reagir. Alguns relatos, como o do rapaz da motocicleta, alertam-nos para o problema.

Para os sujeitos como os aqui descritos, atingidos por um grave acontecimento traumático que os lesou, a imagem que tinham de seu corpo tende a desaparecer, primeiro porque o investimento narcísico, como tal, imagem do corpo - $i(a)^3$ - se esfacela. Acresce-se a isso o fato de seu organismo já não responder mais como antes a seu comando. E mais, o que ouvem a seu respeito são coisas estranhas, quando não terríveis. Já não têm autonomia para realizar as tarefas mais corriqueiras de sua vida diária. Estão, portanto, desamparados e na total dependência de outrem para sobreviver...Será que não estão reproduzindo em suas existências aquela dimensão descrita por Freud como "*Hilflosigkeit*"⁴ (desamparo)?

Essa situação, como dizíamos, pode ser traduzida nos termos conceituais da Psicanálise como uma catástrofe do universo imaginário do sujeito no qual seu *eu* se constitui pelo viés do narcisismo. Em casos como esses, a apreensão da imagem corporal desses sujeitos e a identidade aos seus semelhantes ficam irremediavelmente prejudicadas. Lembremo-nos do que já foi dito sobre a possibilidade de essa catástrofe imaginária desmontar a distinção fundamental entre o *indivíduo* que porta deficiência(s) em uma ou mais de suas funções psico-

³ LACAN, J. "Subversion du sujet et dialectique du désir" (1960), in *Écrits*. Paris, Éditions du Seuil, 1966; p.808

⁴ FREUD, S. "A Interpretação dos sonhos" (1900), in *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol V, Rio de Janeiro, Imago Ed, 1972p. 602

físicas, e o *sujeito*, para cujo estatuto corporal a questão da(s) deficiência(s) poderia colocar-se. Isto é, o sujeito, na sua dimensão imaginária, parece estar implodido, sua configuração narcísica sugere ter-se desintegrado. A crise que vive é intensa e a angústia por vezes insuportável. Mas a estrutura do sujeito está lá, mesmo que encoberta por uma dimensão imaginária acachapante. Entretanto, esse “sofrimento” e esse “dano” não necessariamente levam ao desenvolvimento de uma neurose; muito menos a uma questão de análise. Pelo menos, é o que temos observado, confirmando na clínica a seguinte constatação de Freud, que, ao falar da “neurose traumática”, diz haver nela duas características principais: a primeira, diz ele “... *que o ônus principal e sua causação parece repousar sobre o fator da surpresa, do susto, ...*”; quanto à segunda, que aqui nos auxilia a pensar, ele diz “... *um ferimento ou dano infligidos simultaneamente operam, via de regra, contra o desenvolvimento de uma neurose.*”⁵

Sabemos que Freud não dizia coisas sem conseqüências... É preciso, portanto, estar atento a essa observação, quando se trata de casos como esses em questão.

Comumente, o que se dá é uma total alienação desse sujeito na condição de objeto de cuidados.

Pois, agravando a situação de fragilidade em que se encontram, o que parece ocorrer, pelo menos em muitos casos, é que tudo isso provoca no adulto responsável por seus cuidados - em geral a mãe - uma atitude de tal desvelamento e dedicação, que termina por tornar esse sujeito o único objeto de cuidados e carinhos, para quem a mãe se torna o “*falo*” nesse quadro de “completude” que nos é apresentado. Ou ainda, evidentemente sem que disso tenham consciência nenhum dos dois envolvidos, é este sujeito que se torna a absoluta razão de viver desta mãe - isto é, seu “*falo*” imaginário.

⁵ FREUD, S. “Além do Princípio de Prazer” (1920), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol XVIII, Rio de Janeiro, Imago Ed, 1976; p. 23

Pode também ocorrer que, estando tamponado seu desejo pela gravidade da alienação, o sujeito se apresente paralisado e mudo, totalmente submetido a essa contingência traumática.. A seqüela grave “calou” o indivíduo, que se apresenta “*lesado*”; e pode ou não “calar” o *sujeito*. A possibilidade de que este tenha voz é a de que possa surgir algum ponto de angústia, alguma abertura de seu inconsciente, algum furo na obstrução fálica que se criou.

Chegamos, então, a um outro ponto que desejamos ressaltar, e que se articula com a hipótese sobre a qual vimos refletindo. Esse ponto é o de que estes *sujeitos* estão, nessa fase de “retorno à vida”, tão vulneráveis aos ditos e expectativas a seu respeito quanto estiveram no momento em que se constituíram enquanto tal, enquanto *sujeitos*. Esses ditos “alienam”, “aforisam”, “são oráculo”, como vimos no capítulo sobre a constituição do sujeito⁶. Ou, dizendo de outra forma, S_1 - notação que se refere aos significantes endereçados ao sujeito - corre o risco de se tornar consistente. O que isto quer dizer?

Tivemos oportunidade de observar, nos capítulos precedentes, que o inconsciente é estruturado como uma linguagem, como ensina Lacan em vários momentos de sua obra. Se é estruturado como uma linguagem, podemos concluir que ele “fala”, tem um discurso próprio. Esse discurso do inconsciente corresponde - ensina Lacan - “*a algo relativo à instituição do próprio discurso do mestre*”⁷. Poderíamos deduzir, então, que a estrutura do inconsciente é idêntica à do discurso do Mestre.

Isto quer dizer que o sujeito (o do inconsciente - $\$$ -) é representado através de S_1 - um lugar⁸ e não um significante único - perante os demais significantes - S_2 . Entretanto, nenhum significante é capaz de dizer tudo do

⁶ Cf. nota de rodapé nº 48, cap 2, acima.

⁷ LACAN, J. *O Seminário, livro 17 O Avesso da Psicanálise* (1969-1970). Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed. 1992, p.85

⁸ “lugar” deve ser entendido aqui no sentido que lhe dá Lacan ao apresentar a estrutura dos quatro discursos, isto é, como uma das... “funções próprias do discurso que podem encontrar diferentes posições...” cf. LACAN, J. op. cit p.87

sujeito. Daí, sobra sempre algo indizível, irrepresentável, um ponto de opacidade do sujeito (a). Porém, torna-se necessário precisar bem o que queremos dizer quando falamos deste ponto de opacidade. Quando dizemos que sempre há algo de irrepresentável do sujeito, isto quer dizer que os significantes são, *todos, sempre*, inconsistentes. Não há nem mesmo um que o diga todo; e não, como poderia ser entendido, que exista uma parte do sujeito que é toda dita - uma parte representada consistentemente - e que haja uma outra, opaca, não dita toda. Isto é, o que ocorre é que o a, incidindo sobre os significantes, faz com que eles sejam inconsistentes, o que é representado por $S \overline{A}$ - leia-se *S de A barrado* - que quer dizer "significante da falta no Outro", na linguagem lacaniana.

O matema desse discurso do Mestre é o seguinte:

$$\begin{array}{ccc} \frac{S_1}{\$} & \frac{S_2}{a} & \text{Essa é a estrutura do} \\ & " & \text{inconsciente} \end{array}$$

Após um grave acidente seguido por um longo período de coma, do qual o indivíduo sai lentamente e com seqüelas importantes, o *sujeito*, na sua dimensão imaginária, ou seja, o *ego*, se vê na iminência de sua dissolução e com muitas dificuldades de advir enquanto tal, isto é, enquanto *sujeito*.

Acrescente-se a isso o fato que muito comumente ocorre nessas ocasiões que é o de que os outros que o cercam, em geral emitirem ditos que o identificam de maneira discriminatória, referindo-se a ele como "*coitadinho*", "*lesado irreversível*", "*deficiente*". Existe a possibilidade de um movimento do *sujeito* no sentido de *colar*, de *aderir*, pelo gozo, ao que lhe é dito, provocando nele uma identificação massiva a esses "ditos" - tal como somente se considerar dali por diante um "*deficiente*", ou mesmo um "*lesado irreversível*". Nessa

posição *aderida* ao significante, o *sujeito* parece ser *apresentado* e não representado por S_1 . Com isso, o processo de *subjetivação* fica prejudicado ou mesmo impossibilitado de seguir seu rumo.

Dizíamos que para a Psicanálise o que importa, em relação à deficiência, é o que o sujeito faria com ela. Pois bem, diante da situação de fragilidade e de desamparo em que se encontra - que é indiscutível - o sujeito corre o risco de enveredar pela vertente do *gozo* e acabar por reconhecer como do *Outro* os ditos provenientes desses outros que o cercam e falam dele. E esses dizeres passam a ter força imaginária de Lei, de inscrição simbólica vinda do *Outro*. O resultado disso é a cristalização, o congelamento, com poucas possibilidades de o *sujeito* se separar dessa identificação, como parece ter ocorrido, por exemplo, no caso do diabético, apresentado por nós. É por isso que dizíamos acima que *deficiente*, um significante que, como todos os outros, não pode dizer tudo do sujeito, corre o risco de, nesses casos, vir a se tornar um *significante consistente*, idêntico a si mesmo, ficar *eficiente*, quando, como vimos, eles sim - os significantes - devem permanecer *deficientes*, inconsistentes, em sua função de representar o *sujeito* para que, no caso em questão, este não fique reduzido à *deficiência*, que atinge o funcionamento orgânico desse sujeito.

Vimos, no matema da estrutura do inconsciente, que o \underline{a} representa o que sobra sem ser dito do sujeito, ou melhor, a impossibilidade de o simbólico determinar, de todo, o sujeito. Mostrávamos que, em consequência disso, o *sujeito* advinha no intervalo entre \underline{S}_1 e \underline{S}_2 . Dizíamos que o sujeito era *intervalar*. Pois bem, o que apontamos como vicissitude dos sujeitos lesados como os de que estamos tratando é que pode haver o risco de uma *colagem* entre \underline{S}_1 e \underline{S}_2 . Nesse caso, o \underline{a} estaria eliminado do campo, o que faz com que o *sujeito*, como dissemos há pouco, fique aparentemente *apresentado* por dois significantes: $\underline{S}_1 - \underline{S}_2$, a tal ponto que podemos perguntar se haveria em tal

esquema dois significantes sem intervalo no qual o \$ pudesse alojar-se, traço determinado pela extração do objeto a do campo do *Outro* (dos significantes). O que nos lembra que a manutenção do objeto a nesse campo do *Outro* é condição de possibilidade de advento do *sujeito*. De um *Outro* sem barra, de $S_1 - S_2$ sem intervalo, não advém *sujeito*. A extração do objeto a do campo do *Outro* ocasionaria a identificação imaginária do \$ com o significante que, nesse caso, passaria a *apresentá-lo* como deficiente (e não *representá-lo*) em holófrase (sem intervalo) com S_2 . Lacan, no Seminário 11, utiliza essa categoria para caracterizar a situação em que os significantes S_1 e S_2 colabam num todo indiferenciado (sentido da palavra *holófrase*, que vem do grego *holos*=*todo*), suprimindo o intervalo no qual o *sujeito* poderia se fazer representado.

Em contrapartida, a sustentação do lugar de a permite ao *sujeito* ultrapassar sua determinação pelo simbólico, assim mantido inconsistente, e nele ancorar as condições de retorno do *desejo*, o que, no caso em questão, poderia acontecer se o *sujeito se mantivesse no viés do desejo*. No entanto, quando ele adere à condição de objeto (“*deficiente*”), sustenta, pelo viés do gozo e não do *desejo*, a impossibilidade do seu advento.

Vemos, assim, que há duas vertentes por onde o *sujeito* pode se conduzir, em sua aventura diante dos significantes que dos outros lhe são endereçados: a vertente do *desejo* e a vertente do gozo. A orientação de seu processo de constituição e de advento vai depender da escolha que fizer entre essas vertentes.

A questão de que se trata aí, portanto, é a de abrir as vias que possibilitem a esses sujeitos colocar suas questões, entre as quais a da sua reconfiguração narcísica e, com isso ter acesso à via do *desejo*. Como essas vias poderão ser abertas, eis o desafio que nos move a procurar novas formas de intervenção junto aos sujeitos lesados e às suas famílias.

Acreditamos poder ilustrar com alguns exemplos a pertinência dessa nossa hipótese. Para começar, retomemos o caso do sujeito E, acima exposto. Quando,

dois anos após o acidente, demonstrou desejo de voltar à escola onde estudava, não conseguiu seu intento. A Direção da escola argumentou que ... *“não saberia lidar com ele, pois nunca haviam tido ali um aluno como ele”*... - referindo -se às suas lesões. No entanto, a família insistiu, tentando mostrar que o próprio sujeito e seus familiares ... *“também não tinham passado por aquela situação antes”*... e, no entanto, estavam precisando enfrentá-la. Argumentou também que para o jovem a possibilidade de reencontrar-se com os colegas e de retomar o contato com a escola, mesmo que de forma limitada, era de muito valor naquele momento. A família falava do *desejo* e a escola estava surda a isso.

Com a insistência dessa família, a escola voltou atrás e consentiu que ele freqüentasse algumas atividades escolares. Logo, logo, porém, desistiu, com a desculpa de que o estado de E ... *“tão diferente do que era antes, emocionava a todos e atrapalhava os alunos em fase de final de curso, que precisavam fazer “prova de aula e poderiam se ver prejudicados em sua avaliação”*.

Estranha observação, na medida em que esta escola era um colégio de aplicação de uma universidade pública, que mantinha dentre seus cursos um, de formação de professores em ...Educação Especial! Em vez de encarar esse pedido de retorno do aluno como uma oportunidade ímpar de os professorandos em Educação Especial se verem confrontados concretamente com uma situação que poderiam encontrar no futuro em sua vida profissional, e oferecer a este aluno, mesmo que em caráter experimental, uma proposta original de trabalho escolar, adaptada às suas necessidades e limitações, que os fizesse refletir sobre a realidade da vida profissional que escolheram, a escola, com sua atitude, fugiu do problema e, pior que isso, só enxergou nesse aluno a sua dimensão de *lesado* ou *deficiente*. E, nessa condição, esta escola não o queria mais. É o que em geral se constata: as instituições se tornam surdas à vertente desejante do sujeito, sideradas que estão pela dimensão da deficiência de suas funções.

No acompanhamento que fizemos deste sujeito nesse momento, pudemos constatar as conseqüências dessa atitude da escola: ele, pela vertente do gozo, viveu como *verdade* os ditos provenientes desses *outros* que lhe eram significativos. E teve muita dificuldade de se separar dos significantes a ele referidos - *incapaz para o estudo, deficiente, lesado* - e que lhe pareciam *definir, apresentar, dizer tudo dele*, enfim.

Esta situação de desarranjo em sua estrutura subjetiva perdurou por muito tempo, até que, em razão de uma intervenção terapêutica que se preocupava em "fazer falar o sujeito", o *sujeito* foi *causado pelo desejo* e se deslocou da posição de gozo. Os progressos que logo se verificaram foram de impressionar.

Na perspectiva psicanalítica, centrada no *sujeito*, como vimos demonstrando, não se trata nunca, entretanto, de eximi-lo de sua responsabilidade ética pelas "escolhas" que faz. Se assim fosse, acabaríamos por "culpar" o *Outro* (instituições, pessoas, escola), situando o *sujeito* como vítima, o que é um modo de reduzi-lo, pela via inversa, à condição de *objeto*, da qual precisamente visamos retirá-lo.

Outro exemplo, este apresentado no Congresso sobre os Direitos do Multideficiente, pela psicanalista Maria Eugênia C. Nabuco, foi o de um adolescente que lhe foi levado ao consultório pela mãe, com a seguinte demanda: "*a senhora, por favor, convença-o de que ele não pode casar, porque é deficiente*". Neste caso, era a mãe desse rapaz que somente o representava pelo significante *deficiente*, pois o jovem demonstrava poder se representar por vários outros. Por não conseguir se descolar dessa maneira de enxergar seu filho, acabou por manter com ele uma atitude de autoridade a nosso ver violenta, ao tentar impedir, pelo fato de o jovem portar uma deficiência física - não tinha ereção, em virtude de um acidente de moto - que ele vivesse da maneira que lhe conviesse a sua sexualidade. Esta mãe, que não encontrou eco na analista para

sua proposta, também não conseguiu abrir-se para os assinalamentos que lhe foram feitos no sentido de encontrar em si outras formas de representar seu filho.

4 - a quarta hipótese é consequência dessas três, acima citadas. E se refere à demanda dirigida ao analista, por parte de familiares ou de algum profissional da equipe de cuidados do acidentado, o que nos leva a questionar para quem deve se dirigir a nossa atenção, enquanto analista. Sugerimos, como hipótese mais provável, que o pedido de ajuda, mesmo expressado *como se fosse endereçado ao acidentado*, na maioria das vezes é *um pedido de socorro para aquele que nos traz o problema*. Familiar ou algum membro da equipe de cuidados, é freqüente acontecer que se deixem envolver pelo sofrimento ou pelo estado de saúde precário do acidentado e não consigam, sem uma ajuda específica, manter-se na posição profissional que ocupam junto a ele. Ou, no caso do familiar, parece sem rumo diante da situação, não só por não saber agir concretamente frente aos problemas com que se depara, mas também pelas fantasias desencadeadas a partir da nova realidade que está vivendo.

Engolfados pela angústia que o caso às vezes suscita, pelas inumeráveis e diversas providências que se precisam tomar, acidentados, pais ou familiares, ou mesmo, como já nos aconteceu algumas vezes, um profissional da equipe de cuidados, esses sujeitos chegam ávidos de soluções, e vêem no analista aquele que pode lhes dar o que outros até então não conseguiram.

As consequências de um evento como esses, em virtude da violência do fato em si e das mudanças que ele provoca tanto no sujeito atingido quanto naqueles que o cercam são descritas por eles com cores de um verdadeiro cataclisma. E os pais, ou se desesperam e desistem, ou investem "tudo o que podem", na tentativa de "reparar" o fato ocorrido. Tanto uma atitude quanto a outra falam da dificuldade de se depararem com o inevitável, com os limites

muitas vezes trágicos que a vida impõe. Com a *castração*, dizemos nós, psicanalistas. Angustiadados, às vezes procuram um analista - mais um profissional, no afã de reabilitar seu filho - e fazem a ele uma demanda de tratamento, muitas vezes com essa marca de esperança: a de que enfim encontraram alguém que lhes vai trazer a saúde de volta para o acidentado. Foi o que aconteceu nos casos como aqueles descritos acima. Alguns deles, ao perceberem que mais uma vez não encontram o "milagre" desejado, não mais voltam a procurar o analista. E continuam a ter de se haver com a falta de perspectivas de melhoras que desejariam obter.

Essas questões aparecem no material trazido nas entrevistas, tanto como pedido de ajuda ou intervenção concreta, quanto como busca de explicação ou solução para os problemas.

Mais que nunca a advertência de Freud sobre o "furor sanandi" se faz pertinente, exigindo do analista um trabalho redobrado na direção do luto desses pais. Pois é de um luto que estamos tratando, quando nos deparamos com pais que tinham um projeto de vida para seus filhos, sonhavam com ele, e de repente, se viram na situação de enfrentar uma realidade por demais dolorosa que jogou por terra aquele sonho. É de luto também que estamos falando quando um profissional nos traz um caso de sua clínica e nos descreve com muita emoção a sensação de desânimo diante do que considera uma *derrota* frente aos limites que a situação lhe impôs.

A psicanálise é a psicanálise do sujeito. Criança, jovem, adulto, velho, deficiente, lesado ou não, sejam quais forem suas características enquanto indivíduo, é a ele - ao *sujeito* - que o analista escuta e para ele que orienta as suas intervenções. Essa escuta se norteará pelos pressupostos teóricos que ele tem à mão, referidos entre outros ao *sujeito do inconsciente* e seu advento, ao processo de sua inscrição simbólica, à sua imagem narcísica, e aos impasses que a realidade lhe impõe a toda hora. Impasses esses para os quais não encontra

sentido nem solução. É baseado nessa escuta - nós o sabemos - que o analista vai orientar a *cura* que se empreenderá.

Ao se deparar com o trauma, desencadeador do sintoma, a busca de sentido se mantém e se intensifica. Só que, a partir da nomeação da pulsão de morte, fica patente um dado fundamental que não se pode ignorar. É o além do sentido, o que fica perdido para o sujeito. Aquilo que cai e ele não mais encontra. O que é verdadeiramente traumático será o que pode ser decifrado, ou antes é o que vai além do sentido, o que se torna resto, indecifrável?

Lacan, no seu Seminário XVII, de 1969-70, apresentando os *quatro discursos*, falando do significante e de sua função, e do objeto *a*, que designa como sendo aquilo que de indecifrável permanece para o sujeito (\$), ao se tentar representar, mostra que todos sustentamos em nós algo que ele chama de "*sede de sentido*", por mais que saibamos que nunca nos satisfaremos com o sentido que conseguirmos obter. A linguagem, enquanto um *sistema*, diz ele, não tem necessidade de sentido. Nós é que temos. Vejamos a frase de Lacan:

*" De uma sede de sentido, como se o sistema o necessitasse. O sistema não tem nenhuma necessidade. Mas nós, seres de fragilidade, ..., nós temos necessidade de sentido. "*⁹

Enfim, nenhuma cura empreendida dará pleno sentido à experiência. Algumas vezes nós analistas desistimos, como tantos outros profissionais envolvidos, diante de casos como esses em questão. Nós os abandonamos, arranjamos junto aos familiares desculpas para não seguirmos em frente. Parece que a empreitada é maior do que os recursos que temos à disposição. Atingidos em algum ponto de opacidade de nossas próprias vidas, sem o perceber, deslizamos do lugar de analista e, fora dele, procuramos avidamente por um outro lugar, onde a angústia que nos causa a situação apresentada fique um

⁹ LACAN, J. O Seminário livro 17 O avesso da Psicanálise (1969-1970) Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed. 1992

pouco mais sob controle. Saímos do lugar de analista e ocupamos o lugar de Mestre, de detentor do Saber, procurando, talvez um sentido para tudo aquilo. Por isso falhamos.

Falando do *procedimento do passe*, em seu Seminário de 14 de fevereiro de 1991, Charles Melman diz o seguinte:

*“ O procedimento do passe constitui uma interrogação sobre o fato de saber se o candidato analista renunciou ou não ao caráter faraônico da autoridade que seu fantasma apresenta ”.*¹⁰

Se o analista se mantiver, em que pese à angústia que lhe poderá advir, em sua posição específica de *objeto que causa* e não de onipotente salvador, renunciando ao caráter faraônico da autoridade que seu fantasma representa, acredito que muito poderá fazer pelo sujeito que lhe chegou à escuta. Pois aquilo que se espera nesse momento do analista é exatamente o de ocupar o *lugar de causa de desejo*, permitindo que, seja qual for o sujeito que o procure: o acidentado, seus familiares ou outro profissional, este sujeito possa se descolar de algum lugar paralisante - lugar de gozo - e, deslocando-se dele, seguir em frente seu caminho, (caminho esse feito, dentre outras coisas, de muitas situações sem explicação ou sentido), e construir vias de saída para seus impasses.

¹⁰ MELMAN, C. *La Nature du Symptôme*. Séminaire de l'année 1990-1991, Paris, Association Freudienne Internationale. 1994.p.139

CONCLUSÃO

“É mais simples eliminarem-se as pessoas em desvantagem do que viver o conflito produzido por sua existência”

É chegada a hora de concluir esta Dissertação. Difícil hora esta, na medida em que sabemos que tocamos de leve na superfície de problemas cuja profundidade apenas vislumbramos.

Há dias atrás, ao lermos o jornal pela manhã, deparamo-nos com uma entrevista concedida pela viúva do psiquiatra Franco Basaglia, que se notabilizou pela proposta que liderou de extinção dos manicômios. Proposta esta nascida na Itália, nos anos sessenta. Foi da entrevista concedida por esta senhora que extraímos a epígrafe com que decidimos iniciar nossa Conclusão. É de se notar a propriedade com que a senhora Basaglia se expressa para dizer dos problemas com que se defrontam milhões de pessoas em todo o mundo - o de estarem em desvantagem - forma terrível de ser diferente.

No decorrer desses anos em que estivemos às voltas com este problema, por várias vezes nos defrontamos com a mesma constatação. É mais simples eliminarem-se as pessoas em desvantagem do que pensar nelas, viver a seu lado, prestar-lhes alguma forma de atendimento. Em geral, como bem disse a ex-senadora e socióloga Basaglia, só por existirem, elas já geram conflitos para nós.

No entanto, cabe perguntar quem concebeu, e baseando-se em que, esses critérios de *vantagem* e de *desvantagem*. Como foram eles concebidos? Em outros termos, a quem esses critérios interessam?

Enfim, por diversas vezes pensamos em desistir. A tarefa parecia muito maior do que nós. Este era uma tema inusitado, pouco explorado, de interesse duvidoso. Às vezes, gerava mal estar, pelo teor do que trazíamos à discussão. Entretanto, estávamos tomada por essa questão e a nós só cabia seguir em frente. Foi o que fizemos.

Quando nos propusemos a tratar da questão da deficiência adquirida em virtude de um acidente traumático e de suas conseqüências para o *sujeito*, logo nos deparamos com o fato de que não poderíamos contar com outros trabalhos afins, porque eles pareciam não existir. Pelo menos, nós não os encontramos.

Instigada pelas questões que nos chegavam, pela complexidade dos problemas que traziam, começamos a procurar alguma pesquisa sobre o assunto. E, apesar de não ser específico sobre o tema que nos preocupava, a obra de Maud Mannoni nos cativou, pela preocupação que demonstrava em seus escritos com a situação do sujeito que se torna *difícil* por ser *diferente*. Essa preocupação levou-a, há quase trinta anos, a criar uma instituição dedicada a esses sujeitos. É deles que ela trata, juntamente com seus colaboradores, em Bonneuil. E a isso que ela se refere em alguns de seus livros, que nos apressamos em ler. Não contente com isso, escrevemos-lhe uma carta, relatando nossas preocupações e lhe pedindo um estágio em sua instituição. Prontamente, através de uma sua colaboradora, a Dra. Marie-José Lerès, veio a resposta: Bonneuil não tratava de casos como os que descrevêramos, mas estava às ordens para nos receber em estágio e debater conosco as questões. Infelizmente, não pudemos ainda chegar lá, por motivos pessoais, mas o intercâmbio que pudemos ter com seu pessoal técnico nos foi de grande valia. Por coincidência, tempos depois a Dra. Marie-José esteve no Rio e gentilmente aceitou a um convite nosso para debater conosco as questões que se nos apresentavam. Mesmo não tratando de acidentados graves, a experiência de Bonneuil nos trouxe subsídios para uma reflexão que fizemos a respeito dessas questões.

Também foi com um misto de espanto e de alegria que acabamos tomando conhecimento de uma instituição no Rio de Janeiro - e com ela mantendo um íntimo contato - que procura pautar sua ação junto a crianças e jovens lesados de várias formas nos pressupostos teórico-clínicos de Bonneuil. Esta instituição do Rio atende também àqueles que se encontram lesados por acidentes, com a mesma estratégia clínica que usa com os outros pacientes. O acompanhamento de alguns de seus pacientes também nos foi de grande valia.

Continuando a nossa procura de subsídios para pensar o problema que nos veio cair nas mãos, encontramos em Michel Foucault recursos para focalizá-lo do ponto de vista da crítica à forma como o corpo social trata seus membros que, por uma razão ou outra, portem deficiências em sua unidade psicofísica.

Na primeira vertente do nosso trabalho, seguindo o pensamento foucaultiano, sugerimos que a forma de atendimento ministrada a esses sujeitos engendra uma nova classificação nosográfica e aprisiona esses sujeitos nessa nova classe. E pudemos também corroborar essa hipótese através do estudo da constituição do *sujeito* tal qual ela é explicada pela teoria psicanalítica, na medida em que esta teoria demonstra que é na sua relação com o *Outro*, símbolo do *Código*, da *Lei* e da *Cultura* que o *sujeito se constitui*.

Na segunda vertente, fundamentada na Psicanálise, partindo da questão de como o *sujeito do inconsciente* poderia advir diante de um quadro de deficiência das funções psicofísicas, fizemos uma reflexão sobre os percursos desse sujeito na aventura de sua constituição, percurso esse que privilegiou os conceitos de *trauma*, *desejo*, *gozo*, *sintoma*, *fantasia*, *angústia*, enfim, os ingredientes da aventura da existência humana.

Articulando tudo isso com a situação específica de que tratamos, levantamos quatro hipóteses também interrelacionadas sobre as conseqüências do acidente traumático para o sujeito.

Observamos que existe uma forte tendência a que os *sujeitos* lesados em uma ou mais funções psicofísicas, diante da fragilidade em que se encontram e da forma como são identificados pelo tratamento discriminatório que recebem, tomados pelo gozo, se congelem no significante “*deficiente*” como o único passível de os representar. E tentamos apontar de que maneira o analista poderia dirigir seu trabalho frente a essas questões.

Foi com alguma surpresa, entretanto, que, na medida em que escutávamos os sujeitos, constatávamos não ser somente o acidentado o sujeito atingido pelo acidente que o vitimou, mas vários outros nele envolvidos.

E procuramos, através de exemplos concretos extraídos de nossa experiência, demonstrar a pertinência dessas observações.

Entretanto, temos consciência de que essas constatações são incompletas. A gravidade do assunto focalizado por nós exige que se prossiga no caminho que ora começamos a trilhar.

Questões múltiplas e variadas se colocaram para nós, no decorrer desse trabalho, como, por exemplo, a da morte como solução para determinados casos, com todas as suas conseqüências. Em alguns momentos a prática da eutanásia nos foi colocada, mesmo que de forma sutil. Sabemos que somente a tocamos de leve, apesar de ela nos ter sido trazida, ainda que em quase todos os casos de forma recalcada ou apenas sugerida, com exceção dos exemplos citados, onde ela se apresentava explícita, como o do médico que não prestou o socorro necessário, ou o do pai que não só expressava abertamente o desejo da morte de seu filho, como também ameaçava executá-lo.

Esta questão, pelas fortes implicações que traz, do ponto de vista da ética que nortearia um tratamento, por si só valeria um trabalho específico. Por ora, fica apenas aqui sua colocação.

A definição do sujeito da demanda de análise, quando o analista é procurado em casos como esses, é outra que apenas foi vislumbrada. Entretanto,

ela merece um maior aprofundamento. A interlocução com outros profissionais que estejam diante dela será fértil para que possamos cerni-la melhor.

A possibilidade de se criar um *forum* específico para acolher e trabalhar os problemas suscitados por casos como esses pareceu-nos de importância. A criação do GAPP - Grupo de Apoio de Pais de Politraumatizados¹ - foi uma tentativa nesse sentido. Mas esbarrou numa forte resistência dos pais à proposta que foi feita de trocarem entre si experiências relativas ao acidente de seus filhos. Pareceu-nos que trazer a público um fato tão doloroso e traumático era para eles, de certa forma, *indecoroso*. Eles, mesmo com dificuldades, conseguiam falar disso sozinhos com o analista, mas jamais se deparando com outros pais na mesma situação. Esta é outra questão que mereceria ser aprofundada, melhor explicitada, para, enfim, serem buscadas formas de enfrentá-la.

Essa atitude dos pais tem conseqüências sobre qualquer tentativa de intervenção no social no sentido da discussão do problema da deficiência e de propostas de novas estratégias de atuação. Se os pais não conseguem falar de um problema que é seu e que depende de várias outras instâncias para encontrar soluções, preferindo - ou somente conseguindo - recolher-se na solidão e no anonimato, fica difícil imaginá-los organizando-se para reivindicar o direito à assistência e ao reconhecimento deles e de seus filhos enquanto cidadãos. Qualquer *ajuda* oferecida pelo Estado corre o risco de permanecer discriminatória e pouco eficaz. Mas isso seria outro tema que mereceria um estudo mais acurado.

Enfim, no momento de concluir nossa Dissertação, em que pese à sensação de sua incompletude diante da amplitude do problema a que visou, fica a satisfação por ter sido possível introduzir sua discussão no meio acadêmico. Desejávamos vivamente fazer isso, em primeiro lugar, porque acreditávamos ser de grande valor promover debates sobre essas questões dentro da Universidade,

¹ Esse grupo foi um projeto do CAPPOT, um Centro da APPEC, de que falamos na Introdução deste trabalho.

pelas oportunidades que isso abre em seu meio. O intercâmbio de informações, a riqueza e a diversidade de pontos de vista diante de uma questão, a possibilidade de ouvir sobre ela o que professores e alunos interessados têm a dizer, de suas expectativas ou mesmo desilusões relacionadas ao tema, seria, a nosso ver, uma forma de abrir a questão na Academia e estimular a busca de novas formas de intervenção. Pensar, debater o assunto na Universidade, eis uma das formas de continuar este trabalho.

É muito maior do que se pensa a possibilidade de intercâmbio acadêmico nesse sentido, não só no campo da discussão e do debate de idéias e sugestões, mas também já no âmbito das realizações efetivas e concretas.

Quanto a isso, podemos dar um exemplo: Um aluno do curso de Desenho Industrial da PUC-Rio, trabalhando como bolsista de Iniciação Científica junto ao Laboratório Oficina de Treinamento e Desenvolvimento de Protótipos - LOTDP (unido ao Centro de Vida Independente - CVI) - desenvolveu um projeto de uma cadeira especial para banho para um paciente neurológico grave, impossibilitado até o momento de se movimentar; cadeira esta que está em fase final de construção na própria PUC. Talvez poucos de nós soubéssemos dessa possibilidade de intercâmbio de estudo e de intervenção que a Universidade oferece. Devemos lembrar que, se esse projeto desenvolvido beneficiará diretamente a pessoa para quem ele foi feito, sua utilidade não se esgota aí. Os conhecimentos adquiridos durante o seu desenvolvimento, que certamente foram ou serão divulgados entre os outros alunos do curso, também ficarão registrados para uma futura aplicação, fazem parte do acervo cultural da Universidade que o promoveu. E, quanto maior for o número de pessoas interessadas que tomar conhecimento desse projeto e de outros que puderem ser desenvolvidos, mais e mais estaremos vendo a função social da Universidade se realizar. Eis, portanto, uma outra maneira de continuar trabalhando: conhecer e divulgar as possibilidades existentes hoje de intercâmbio acadêmico e de efetivas realizações.

A questão da deficiência adquirida, em especial da grave lesão por acidente, como é o que focalizamos aqui, não está isolada num contexto de intervenções sociais no que tange ao atendimento de grupos discriminados. Podemos citar os psicóticos ou os delinquentes, como exemplos de outros grupos discriminados e cujo atendimento oferecido também é passível de análise crítica e de propostas de novas formas de intervenção.

Esta é a orientação ética e metodológica que norteou a fundação da instituição de pesquisa e intervenção que mencionamos na Introdução desta Dissertação - a APPEC, que deu origem a outros três projetos², além deste de que estamos tratando. O que esperamos e o que gostaríamos de explicitar nessa Conclusão é que o saber produzido através de projetos como esses - só realizáveis através da Universidade - venha a retornar ao meio social concreto, do qual suas questões, em última instância, provieram, de forma a modificar os modos convencionais de assistência, que, via de regra, desconhecem esse saber.

Acreditamos ainda que uma outra via de trabalho poderá ser aberta, diante das questões difíceis que casos como esses aqui focalizados suscitam. Será a de os analistas, que porventura tiverem em atendimento casos como esses poderão desenvolver trabalhos teórico-clínicos na forma de projetos de pesquisa a serem abrigados no seio da Universidade a respeito das questões que eles venham a suscitar ou dos impasses que surgirem. Com o aval da Academia, aproveitando-se de todos os recursos de que ela dispõe e coloca ao alcance do pesquisador, acreditamos que o que hoje poderá ser um entrave no atendimento às questões suscitadas, amanhã poderá ter encontrado alguns esclarecimentos e caminhado na perseguição das melhores soluções. Enfim, a divulgação das

² Além do projeto de nossa autoria que resultou na presente Dissertação, conferir os projetos de autoria de Luciano Elia, também pesquisador da APPEC, assim denominados: "A clínica-dia com pacientes psicóticos como extensão espaço-temporal e estrutural do dispositivo analítico", "Análise crítica da emergência histórico-política da categoria de deficiência e da reprodução das condições de produção desta categoria no processo de medicalização da assistência ao sujeito deficiente", e "A passagem ao ato delituoso e sua determinação inconsciente a partir do confronto do sujeito delinquente com a experiência da paternidade".

conclusões, não só no meio universitário mas também em reuniões clínicas, jornadas, congressos, enfim, num outro *forum* competente a debates dessa natureza, será fundamental.

Vemos também como outra possibilidade de trabalho a de a Universidade se aliar a instituições oriundas da comunidade que tenham como objetivo refletir sobre o assunto e propor soluções. Condições de intercâmbio entre a Universidade e essas forças da comunidade através de Convênio de colaboração mútua serão, a nosso ver, uma outra via que poderá ser aberta, pois projetos não faltarão.

Enfim, muito há a ser feito com relação à questão que se apresenta para o sujeito da deficiência adquirida em decorrência de um acidente traumático de grandes proporções. Desejamos que esta Dissertação tenha alcançado seu objetivo: o de poder introduzir sua discussão no meio acadêmico.

Quanto a nós, é nossa proposta prosseguir nesta linha de estudo e de trabalho, aprofundá-lo, cada vez mais, pautada nas possibilidades que pontuamos acima.

BIBLIOGRAFIA

BREUER, J. & FREUD, S. "Estudos sobre a Histeria"(1893-1895), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol II. Rio de Janeiro, Imago Ed. 1969.

BRUNO, P. Satisfação e Gozo. Belo Horizonte, Tahl Ed, 1994.

CANGUILHEM, G. O Normal e o Patológico (1966). Rio de Janeiro, Forense-Universitária Ed. 1978.

COSTA, J. F. Ordem Médica e Norma Familiar. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1980.

CHEMAMA, R. Dicionário da Psicanálise Larousse. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1995.

COURNUT, J. " Du bon usage du trauma", in Trauma Réel, Trauma Psychique, Les Cahiers de l'IPPC,nº 8 Paris, Institut de Psycho-Pathologie Clinique, 1988.

DIDIER-WEILL, A. "O mais além do princípio do prazer e a transmissibilidade da psicanálise", in Inconsciente Freudiano e Transmissão da Psicanálise. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed. 1988.

DELEUZE, G. "A ascensão do social", in A Polícia das Famílias, Rio de Janeiro, Edições Graal, 1980.

DONZELOT, J. A Polícia das Famílias (1977), Rio de Janeiro, Edições Graal, 1980.

ELIA, L Corpo e Sexualidade em Freud e Lacan. Rio de Janeiro, Uapê, 1995.

FOUCAULT, M. O Nascimento da Clínica (1962). Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1977.

FOUCAULT, M. Les Mots et les Choses une archéologie des sciences humaines. Paris, Éditions Gallimard, 1966.

FOUCAULT, M. "O Nascimento da Medicina Social" (1974), in Microfísica do Poder, De Michel Foucault, organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro, Edições Graal, 11ª ed., 1993.

FOUCAULT, M. Vigiar e Punir - História da Violência nas Prisões (1975), Petrópolis, Vozes Ed. 4ª ed., 1986.

FOUCAULT, M. História da Sexualidade 1 A vontade de saber (1976) Rio de Janeiro, Edições Graal, 11ª ed. 1993.

FOUCAULT, M. História da Sexualidade 2 O uso dos prazeres (1984) Rio de Janeiro, Edições Graal, 6ª ed. 1990.

FOUCAULT, M. História da Sexualidade 3 O uso dos prazeres (1984) Rio de Janeiro, Edições Graal, 4ª ed. 1990.

FREUD, S. "Prefácio e notas de rodapé à Tradução de Leçons du Mardi, de Charcot" (1892-94), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol I, Imago Ed. 1977.

FREUD, S. "Alguns pontos para o estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas" (1893 [1888 - 1893]), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol I. Rio de Janeiro, Imago Ed, 1977.

FREUD, S. "Projeto para uma psicologia científica" (1950 [1895]), in Edição Standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol I. Rio de Janeiro, Imago Ed. 1977.

FREUD, S. "Extratos dos Documentos Dirigidos a Fliess, Carta 52 (1950 [1896]), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol I, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1969.

FREUD, S. "Extrato dos documentos dirigidos a Fliess - Carta 69" (1950 [1897]), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol I. Rio de Janeiro, Imago Ed. 1977.

FREUD, S. "A Interpretação dos sonhos" (1900), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol V, Rio de Janeiro, Imago Ed, 1972.

FREUD, S. "A Psicopatologia da Vida Cotidiana" (1901), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol VI, Rio de Janeiro, Imago Ed, 1969.

FREUD, S. "Fragmento da análise de um caso de histeria" (1905 [1901]) in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol VII. Rio de Janeiro, Imago Ed. 1972.

FREUD, S "Três ensaios sobre a teoria da sexualidade" (1905), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol VII. Rio de Janeiro, Imago Ed. 1972.

FREUD, S. "Escritores criativos e devaneio" (1908 [1907]), in Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, Vol IX. Rio de Janeiro, Imago Ed 1976.

FREUD, S. "A Concepção Psicanalítica da Perturbação Psicogênica da Visão" (1910), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol XI. Rio de Janeiro, Imago Ed. 1970.

FREUD, S. "Sobre o Narcisismo: Uma Introdução" (1914), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol XIV. Rio de Janeiro, Imago Ed. 1974.

FREUD, S. "O Instinto e Suas Vicissitudes" (1915), Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol XIV. Rio de Janeiro, Imago Ed. 1974.

FREUD, S. "O Inconsciente" (1915), Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol XIV. Rio de Janeiro, Imago Ed. 1974.

FREUD, S. "Repressão" (1915), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol XIV. Rio de Janeiro, Imago Ed. 1974.

FREUD, S. "Fixação em traumas - o inconsciente", Conferência XVIII (1917 [1916- 1917]) , in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol XVI. Rio de Janeiro, Imago Ed. 1976.

FREUD, S. "Uma criança é espancada" Uma contribuição ao estudo da origem das perversões sexuais" (1919) , in Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, Vol XVII. Rio de Janeiro, Imago Ed. 1976.

FREUD, S. "Além do Princípio de Prazer" (1920), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol XVIII. Rio de Janeiro, Imago Ed, 1976.

FREUD, S. "Psicologia de Grupo e Análise do Ego" (1921), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol XVIII. Rio de Janeiro, Imago Ed, 1976.

FREUD, S. "O ego e o id" (1923), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol XIX. Rio de Janeiro, Imago Ed. 1976.

FREUD, S. "O problema econômico do masoquismo" (1924), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol XIX. Rio de Janeiro, Imago Ed. 1976.

FREUD, S. "Um estudo autobiográfico" (1925 [1924]), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol XX. Rio de Janeiro, Imago Ed., 1976.

FREUD, S. "Fetichismo" (1927), in Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, Vol XXI. Rio de Janeiro, Imago Ed. 1974.

FREUD, S. "A cabeça de Medusa" (1940 [1922]), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol XVIII. Rio de Janeiro, Imago Ed. 1976.

GOFFMAN, E. Estigma - Notas sobre a manipulação da identidade Deteriorada (1993), Rio de Janeiro, Zahar Ed. 1975

LACAN, J. "L'agressivité em Psychanalyse" (1948), in Écrits. Paris, Ed. du Seuil, 1966.

LACAN, J. "Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révéllée dans l'expérience psychanalytique" (1949 [1936]), in Écrits, Paris, Éditions du Seuil, 1966.

LACAN, J. O Seminário, livro 1 Os Escritos Técnicos de Freud . Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed, 1983

LACAN, J. O Seminário, livro 2 O Eu na Teoria de Freud e na Técnica da Psicanálise (1954-1955). Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed, 1985

LACAN, J. O Seminário, livro 3 As Psicoses (1955-1956). Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed. 1985

LACAN, J. "D'Une Question Préliminaire à tout Traitement Possible de la Psychose" (1957-1958), in Écrits, Paris, Ed. Seuil, 1966.

LACAN, J. "La direction de la cure et les principes de son pouvoir" (1958) in Écrits, Paris, Éditions du Seuil, 1966

LACAN, J. O Seminário, livro 7 A Ética da Psicanálise (1959 - 1960) Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed. 1988.

LACAN, J. "Subversion du Sujet et Dialectique du Désir dans l'Inconscient Freudien" (1960), in Écrits, Paris, Ed. du Seuil, 1966.

LACAN, J. O Seminário, livro 11 "Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise" (1964). Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed. 1985.

LACAN, J. D'un autre à l'Autre, Seminário, mimeo, nov 1968

LACAN, J. O Seminário, livro 17 O Averso da Psicanálise (1969-1970). Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed. 1992.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.-B. Vocabulário da Psicanálise. Santos, Martins Fontes Ed. 1977.

LUZ, Madel T. As Instituições Médicas no Brasil, Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979.

MACHADO, R. "Por uma genealogia do poder", in Microfísica do Poder, de Michel Foucault, organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro, Edições Graal, 11ª ed., 1993

MANNONI, M. L' enfant, sa "maladie" et les autres . Paris, Ed. du Seuil, 1967.

MANNONI, Maud. Le Psychiatre, son Fou et la Psychanalyse, Paris, Éditions du Seuil, 1970.

MANNONI, M. et alii. Bonneuil, seize ans après Comment échapper aux destins programmés dans l'État-Providence, Paris, Denoël, 1986

MELMAN, C. La Nature du Symptôme, Séminaire de l'année 1990-1991, Paris, Association Freudienne Internationale. 1994.

MILLER, J.- A. "Duas dimensões clínicas: sintoma e fantasia", in Percurso de Lacan uma Introdução. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed. 1987.

NASIO, J-D. "O Paradoxo do traumatismo", in Nos Limites da Transferência. Campinas, Papyrus Ed. 1987.

RACJCHMAN, J. Eros e Verdade - Lacan, Foucault e a Questão da Ética, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed. 1993.

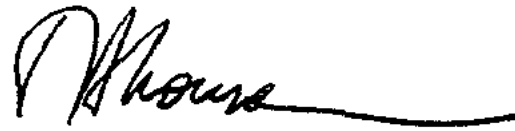
REGO BARROS, R. "Transferência e trauma", in Fort-Da Revista do CEPPAC - Nº 2. Rio de Janeiro, Barrister's Ed. 1992.

VELHO, G. Desvio e Divergência - Uma crítica da Patologia Social, Rio de Janeiro, Zahar Ed. 4ª ed. 1981

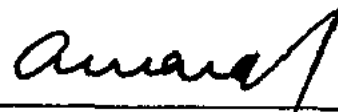
Tese apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-Rio pela aluna Maria Silvia Elia Galvão, intitulada "*O Acidente Traumático e suas Consequências para o Sujeito*", e aprovada pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes Professores:



Prof. Esther Maria de M. Arantes
Orientadora - PUC/Rio



Prof. Octávio Almeida Souza
PUC-Rio



Prof. Márcio Tavares D'Amaral
ECO/UFRJ

Visto e permitida a impressão
Rio de Janeiro, 10/3/97



Prof. Jurgen Heye
Coordenador dos Programas de Pós-Graduação do Centro de
Teologia e Ciências Humanas