



Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Instituto de Psicologia
Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica

**DE CORPO E IMAGEM: INCIDÊNCIAS PSÍQUICAS DO ADOECER DE
CÂNCER**

Alessandra Gonçalves de Sousa

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Teoria Psicanalítica.

Orientadora: Anna Carolina Lo Bianco

Rio de Janeiro

2019

**DE CORPO E IMAGEM: INCIDÊNCIAS PSÍQUICAS DO ADOECER DE
CÂNCER**

Alessandra Gonçalves de Sousa

Orientadora: Anna Carolina Lo Bianco

Banca examinadora:

Prof.^a Dr.^a Anna Carolina Lo Bianco

Prof.^a Dr.^a Heloísa Fernandes Caldas Ribeiro

Prof. Dr. Erialdo Matias Nicácio

Fevereiro de 2019

FICHA CATALOGRÁFICA

S725 Sousa, Alessandra Gonçalves de.
De corpo e imagem: incidências psíquicas do adoecer de
câncer/ Alessandra Gonçalves de Sousa. Rio de Janeiro 2019.
88f.

Orientadora: Anna Carolina Lo Bianco.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio de
Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação
em Teoria Psicanalítica, 2019.

1. Psicanálise. 2. Imagem corporal. 3. Câncer. I. Lo Bianco,
Anna Carolina. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro.
Instituto de Psicologia.

RESUMO

DE CORPO E IMAGEM: INCIDÊNCIAS PSÍQUICAS DO ADOECER DE CÂNCER

Alessandra Gonçalves de Sousa

Orientadora: Anna Carolina Lo Bianco

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Teoria Psicanalítica.

Esta pesquisa de dissertação investiga a constituição do corpo em psicanálise a partir da função imaginária do eu, considerando o efeito da incidência da imagem para o psiquismo. Toma como ponto central a experiência do estágio do espelho, trabalhada por Lacan, para indicar o ato de assunção da imagem pelo sujeito que daí advém. A questão do corpo é tematizada a partir do trabalho clínico desenvolvido com pacientes afetados pelo câncer e em tratamento em um instituto de referência localizado na cidade do Rio de Janeiro. A pesquisa retoma alguns conceitos psicanalíticos, como narcisismo e recalque, formulados por Freud e Lacan, e que nos permitem destacar a função da imagem do eu para o reconhecimento especular. Desse ponto, então, abrimos a discussão do dano à imagem do corpo causado pelo câncer ou pelo tratamento em si, com consequências para a própria posição do sujeito. Abordamos também o modo como a questão do corpo está colocada ou simplesmente apagada da cena hospitalar, bem como a aposta clínica feita no sentido de sustentar o trabalho com a psicanálise no encontro com os impasses que aí se apresentam.

Palavras-chave: corpo, imagem, câncer, sujeito, psicanálise.

RESUME

BODY AND IMAGE: PSYCHIC INCIDENCES OF CANCER ILLNESS

Alessandra Gonçalves de Sousa

Advisor: Anna Carolina Lo Bianco

Master's Dissertation submitted to the Graduate Program in Psychoanalytical Theory of the Federal University of Rio de Janeiro - UFRJ, as part of the requisites required to obtain a Master's Degree in Psychoanalytic Theory.

This dissertation research investigates the constitution of the body in psychoanalysis from the imaginary function of the self, considering the effect of the incidence of the image on the psyche. It takes as its central point the experience of the stage of the mirror, worked by Lacan, to indicate the act of assumption of the image by the subject that comes from it. The question of the body is thematized from the clinical work developed with patients affected by cancer and being treated at a reference institute located in the city of Rio de Janeiro. The research retakes some psychoanalytic concepts, such as narcissism and repression, formulated by Freud and Lacan, and that allow us to highlight the function of the image of the self for the specular recognition. From that point, we then open the discussion of the damage to the body image caused by cancer or the treatment itself, with consequences for the subject's own position. We also approach the way the question of the body is placed or simply erased from the hospital scene, as well as the clinical commitment made to sustain the work with psychoanalysis in the encounter with the impasses presented there.

Keywords: body, image, cancer, subject, psychoanalysis

AGRADECIMENTOS

A Anna Carolina Lo Bianco, pela leitura acurada e generosa com que orientou cada linha dessa dissertação. Pela marca de sua transmissão. Em especial, por não se ocupar das dificuldades impostas pela minha baixa visão, ao contrário, me fez ver mais além.

Ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica e seu corpo docente, pelas aulas que muito contribuíram para o desenvolvimento dessa pesquisa.

Ao corpo técnico do Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, em especial, a José Luiz e Alice, pela presteza e atenção na resolução das pendências administrativas.

Aos membros da banca examinadora.

Aos meus pacientes do Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva e das outras instituições pelas quais passei, força impulsionadora dessa pesquisa e do meu trabalho clínico diário no hospital.

Sempre, ao meu amor Paulo, pelos braços abertos e que me enlaçam a cada retorno para casa ao final do dia. Pela aposta dupla que fazemos na vida a cada momento. Por sempre me dizer: “vai dar tudo certo!”.

A memória dos meus queridos pais, por esse enigma chamado vida.

Giro um simples compasso e num círculo eu faço o mundo
E o menino caminha e caminhando chega no muro
E ali logo em frente, a esperar pela gente, o futuro está
E o futuro é uma astronave que tentamos pilotar
Não tem tempo nem piedade, nem tem hora de chegar
Sem pedir licença muda nossa vida, depois convida a rir ou chorar

Nessa estrada não nos cabe conhecer ou ver o que virá
O fim dela ninguém sabe bem ao certo onde vai dar
Vamos todos numa linda passarela
De uma aquarela que um dia, enfim, descolorirá

(Toquinho, 1982)

DE CORPO E IMAGEM: INCIDÊNCIAS PSÍQUICAS DO ADOECER DE CÂNCER

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
 CAPÍTULO I – A imagem, o eu, o corpo	
1.1 – Lacan e a crítica à psicologia do eu.	14
1.2 – Narcisismo e imagem do corpo.	16
1.3 – Eu: estrutura de desconhecimento.	24
1.4 – Função imaginária e reconhecimento especular	35
 CAPÍTULO II – O eu não é sem Outro	
2.1 – O Outro na estruturação da imagem do corpo.	44
2.2 – Em nome da “autonomia” perdida.	55
 CAPÍTULO III – Uma clínica para o corpo	
3.1 – Com a psicanálise no hospital: uma aposta.	64
 CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
 REFERÊNCIAS	87

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa de Dissertação investiga o corpo a partir do processo de constituição do eu como função imaginária; considerando a transformação significativa e duradoura produzida pela incidência da imagem no psiquismo. Nosso trabalho clínico indica que algo da unidade imaginária do eu parece comprometido quando um sujeito se encontra com a experiência real de uma doença que em particular modifica sua imagem corporal. Isso em alguma medida convoca o sujeito ao trabalho e reencontra a experiência freudiana no ponto em que se faz sentir a exigência imposta ao psíquico em função do seu enodamento com o corpo.

Os anos de trabalho clínico desenvolvido em instituições hospitalares com pacientes diagnosticados com as mais variadas patologias – doenças vasculares, cardiovasculares, nefrológicas, diabetes, doenças dermatológicas e mesmo experiências no campo da saúde mental – por mais distintas e múltiplas que sejam entre si, permitem unir num só ponto a evidência clínica de que isso que afeta o corpo não é sem consequências para a posição do sujeito. Na medida em que a doença rompe com uma certa harmonia dos órgãos, interfere no dinamismo libidinal e introduz no mapa da existência algo tão estranho à vida como a doença, atualizando no humano a dimensão da finitude.

Freud (1915/1974) nos ensina que a morte não possui representação no inconsciente e a doença, índice da decrepitude do corpo, vem aí nos lembrar a finitude esquecida. Isso se dá a despeito de todos os nossos esforços para reduzir a morte de uma condição inexorável a um acontecimento fortuito.

Nessas experiências de adoecimento narradas por pacientes com diferentes diagnósticos, tomados no laço transferencial que implica a fala associativa e a oferta de escuta que não visa resignar o sujeito aos desarranjos do seu corpo, aparece em primeiro plano o comprometimento do corpo até então vivido como unidade íntegra e harmônica, cujo sentimento de bem estar se situa na condição de que esse corpo não seja sentido, lembrado.

Com o surgimento da doença essa dimensão de corpo são e silencioso é posta em xeque, juntamente com o ideal de domínio e mestria que supomos ter sobre o corpo. Apoiando-se na formulação do célebre cirurgião francês, René Leriche, que afirma “a saúde é a vida no silêncio dos órgãos”, Melman (2004) assinala que “nós só nos sentimos bem na medida em que o corpo não se faz falar dele, quando não o sentimos” (p. 54). Nesse sentido, a doença dá voz ao corpo no mesmo instante em que anuncia sua precariedade.

O enunciado ‘*meu corpo*’, tal como habitualmente fazemos referência já articulando o corpo na fala – como uma propriedade, tomando-o como uma posse e indicando aí um certo domínio sobre ele – mantém à distância a noção de que o corpo não é, de modo algum, um evento exclusivamente biológico. Isto porque para a psicanálise o corpo é efeito da articulação dos três registros: imaginário, simbólico e real. Efeito da operação psíquica do recalque nisso que vem ao mundo como organismo biológico. Mas, se o corpo não corresponde de maneira exclusiva ao registro biológico, ao que concerne então o corpo na experiência analítica?

Minha experiência clínica anterior com pacientes acometidos por outras patologias do corpo e no corpo se mostra agora ainda mais valiosa, pois nos adverte da possibilidade de outras afetações orgânicas, distintas do câncer, também produzirem dano ao corpo com consequências para o psiquismo. Entretanto, algo no adoecimento por câncer parece falar

mais diretamente ao campo da função da imagem e do reconhecimento do corpo próprio; embora sem dispensar os efeitos dessa certa harmonia dos órgãos interrompida pela doença.

Assim, para localizarmos o ponto de tensão presente em nossa clínica, definimos a oncologia como campo de pesquisa e partimos da direção oferecida pelo material clínico que vimos trabalhando nos últimos seis anos no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA-HCI). Instituto de referência nacional para o tratamento, ensino, pesquisa e prevenção do câncer, situado na cidade do Rio de Janeiro.

Seguindo a direção dada por essa clínica e orientados pela teoria e método psicanalíticos, visamos ressaltar nesta experiência alguma especificidade que se situe para além da estreita relação que se estabelece entre o diagnóstico de câncer e a ideia de sentença de morte antecipada. Uma especificidade que se anuncie como algo diverso do fato de tratar-se de uma doença cuja etiologia ainda é desconhecida. Isto não é suficiente. Afinal, algo da própria constituição do sujeito, da não-relação com o corpo e mesmo algo da ordem da operação psíquica que faz corpo, parece ser posto em jogo nesta intrusão real no corpo efetuada pelo câncer.

Nossa investigação da problemática do dano à imagem, toma a clínica com pacientes acometidos por cânceres de localização no sistema nervoso central e nas estruturas pulmonares. Esses pacientes são atendidos respectivamente nas enfermarias de neurocirurgia e cirurgia torácica. Em um número considerável de casos, esses sujeitos dão seguimento ao trabalho de suas questões no ambulatório de psicologia do INCA. Cenário de trabalho donde surgem os impasses clínicos que nos levam a interrogar o que podemos entender por corpo, corpo próprio ou imagem do corpo, para aí situar os efeitos do dano a essa imagem corporal.

Visamos com essa pesquisa trabalhar os conceitos psicanalíticos, formulados por Freud e Lacan, que nos permitam apontar a função da imagem do eu para o reconhecimento

especular. Para tanto, nos aproximaremos da questão de como se dá a constituição da imagem do corpo próprio, para então estarmos em condições de apontar o que é afetado e mesmo comprometido na operação de reconhecimento especular quando a imagem corporal é perturbada.

Pretendemos com esse estudo levar adiante a aposta de estar com a psicanálise em uma instituição hospitalar orientada pelo discurso médico; tal como deve ser. E, ainda assim, por essa razão mesma, sustentar aí uma clínica que não se orienta pela demanda de “*uma psicologia para-todos*”. Ao contrário, se encaminha pela via do desejo inconsciente, do desejo de escuta, que convoca o sujeito naquilo que o afeta e o implica – seja a vida, a doença ou a morte.

No primeiro capítulo, nos serviremos fundamentalmente da função do *estádio do espelho*, proposta por Lacan (1949/1998), a fim de discutirmos a constituição do corpo a partir da incidência da imagem. Apontaremos ainda, com Lacan, o eu em sua alienação fundamental que o caracteriza como estrutura de *desconhecimento-reconhecimento*. Faremos esse percurso cotejando com passagens e vinhetas clínicas, para assim evidenciarmos o laço indissociável entre clínica e pesquisa em psicanálise; razão da nossa investigação.

No segundo capítulo, apresentaremos a articulação simbólico, imaginário, real implicada na operação de reconhecimento da imagem do corpo próprio. Apontaremos ainda o funcionamento do recalque para podermos pensar os efeitos do comprometimento dessa operação psíquica para a função do reconhecimento especular.

No terceiro capítulo, abordaremos a maneira como no hospital a questão do corpo articulado à imagem é evidenciada ou tornada invisível, considerando que justamente aí a questão da perda está tão invariavelmente colocada. Apontaremos de modo breve as tensões

e impasses que se colocam para o trabalho clínico quando se está com a psicanálise lacaniana no hospital.

Para concluir, recolheremos os efeitos dessa pesquisa para nossa escuta clínica, bem como faremos uma breve discussão acerca do que foi possível fazer avançar nas questões levantadas por nós ao longo desse trabalho.

CAPÍTULO I

A imagem, o eu, o corpo

1.1 – Lacan e a crítica à psicologia do eu

Nos primeiros anos de seu ensino, Lacan endereçou críticas incisivas às formulações propostas pela Psicologia do eu e aos desvios tomados por alguns psicanalistas da época com relação à técnica analítica, que então se encontrava dominada pelas noções de eu autônomo e independente. Na ocasião em que Freud (1900) apresentou ao mundo suas formulações relativas às três instâncias psíquicas a do eu foi a que ganhou maior destaque, sendo então equivocadamente tomada como ponto central da constituição da personalidade e orientador da experiência analítica. A instância do eu passa a determinar as condutas dos analistas junto aos pacientes, desde então orientadas pelas noções de intersubjetividade e reciprocidade entre analista e analisante. Justamente nesse ponto Lacan (1953-1954/1986) localiza todas as confusões e degradações sofridas pela elaboração teórica e pela técnica analítica. E nos adverte que a experiência analítica provavelmente nunca estará inteiramente a salvo destes desvios.

Lacan (1953-1954/1986) assinala que “quase todos os que escreveram sobre a análise desde 1920, sustentam que *“só nos endereçamos ao eu, só temos comunicação com o eu, tudo deve passar pelo eu”* (p. 20). Nessa perspectiva, de acordo com Lacan (1960/1998), tem-se aí uma “concepção causal do Eu” (p. 657) que pretende fazer derivar da consciência pessoal a gênese do mundo particular. Um eu centro dos processos psíquicos, constituído *por si e em si* e, portanto, autônomo. Trata-se, portanto, de uma estrutura a ser desenvolvida na análise, visando ampliar o campo do conhecimento pessoal, do domínio da consciência e

dos afetos. O ego é então, por assim dizer, na perspectiva da *Ego Psychology*, tudo aquilo a que se deve aceder.

Lacan (1953-1954/1986) destaca ainda a formulação de Otto Fenichel que concebe o eu como totalidade do mundo a desempenhar aí “o papel essencial de ser uma função por onde o sujeito aprende o sentido das palavras” (p. 26). Nesse caso, então, o sujeito está inteiramente submetido ao eu e conseqüentemente ao sentido das palavras traduzidas pelo eu no plano consciente. Contudo, pelo contrário, Lacan sustenta que o sujeito está justamente submetido à linguagem, cuja incidência é fundante e fundamental em sua constituição.

Lacan (1953-1954/1986) assinala, com rigor teórico, que o eu, promovido pelas teorias do ego a um lugar central na análise, é na realidade uma construção imaginária, uma função imaginária que opera no sentido da constituição do corpo. Uma concepção radicalmente nova na qual a formação do eu é pensada a partir da alienação à imagem do outro. No mesmo giro, além de subordinar o eu ao outro, ao registro imaginário, Lacan (1953-1954/1986) também submete a emergência do sujeito ao Outro da linguagem, marcando assim tanto a condição alienante do eu, em oposição à ideia de auto suficiência, como também sua dissimetria em relação ao sujeito que daí surgirá.

Esse debate teórico-técnico contrário à concepção de autonomia do eu é o ponto político a que Lacan (1953-1954/1986) visa quando aborda a questão da função imaginária do eu na constituição do corpo. Para tanto, faz intervir nessa discussão a elaboração conceitual do *estádio do espelho*, por onde mostra como a forma primordial do reconhecimento do corpo nos é dada com o reconhecimento pelo pequeno humano de sua imagem no espelho, num período compreendido entre os seis e dezoito meses de idade. Destaca aí a importância da imagem especular no que tange à função formadora do eu, tal como é revelada por “certas relações do sujeito à sua imagem, enquanto *Urbild* do eu”

(LACAN, 1953-1954/1986, p. 91) e nas quais a experiência da psicanálise se detém mais demoradamente para investigar os efeitos da incidência da imagem para o psiquismo.

1.2 – Narcisismo e imagem do corpo

A referência ao corpo enunciada por Lacan, sustenta que o corpo sobre o qual a psicanálise opera não encontra seus pontos de apoio na doutrina elaborada por Descartes, que identifica o corpo aos fenômenos da natureza e explica todas as funções corporais de modo puramente mecânico, sendo seu funcionamento “regido pelas leis da extensão e do movimento – conhecidas pela razão” (JAPIASSÚ, H. & D. MARCONDES, 1996, p. 56).

O corpo, para Lacan, seguindo o caminho inaugurado por Freud, não se evidencia pela anatomia ou pela dimensão físico-química, tal como sustenta a Biologia. Esta pensa o corpo como uma realidade acabada ao final da longa série de divisões e multiplicações celulares, transformações bioquímicas e estruturas complexas com funções bem definidas. Organização essa em condições de responder, com seu componente inato, às exigências do meio ambiente que a ela se impõem.

Mas, ao contrário, porém, sem dispensar o suporte concreto da massa orgânica e suas estruturas, Lacan reafirma a novidade freudiana do corpo afetado pela pulsão. Concebe a constituição do corpo em articulação ao registro imaginário, no ponto mesmo em que a criança se encontra com sua imagem refletida no espelho.

Por um lado, é nesse momento magistral que se funda numa só mirada a unidade corporal comparável ao eu, com a qual o sujeito se reconhece no mundo e toma lugar junto aos objetos que o compõem. E, por outro lado, esse momento marca o nascimento do sujeito do inconsciente submetido às leis da linguagem. Nesse ponto, Lacan (1956/1998) assinala a

importância de “termos a noção de que, além do outro com *a* minúsculo do imaginário, devemos admitir a existência de um outro *Outro*” (p. 170) implicado na determinação do sujeito, na medida em que esse Outro opera a fala na cadeia significativa donde o sujeito surge como efeito. Essa notação lacaniana já aponta a não equivalência entre o eu e o sujeito, marcando assim a *spaltung*, divisão, estrutural da constituição subjetiva.

Freud (1914/1974) recolhe de seus estudos sobre a formação do narcisismo, que

“uma unidade corporal comparável ao eu não pode existir no indivíduo desde o início: o eu tem de ser desenvolvido. As pulsões auto-eróticas, 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.” (p. 102, o grifo é nosso).

Freud supõe, desse modo, na passagem do auto-erotismo para o narcisismo a necessidade de uma ação psíquica. A *Urbild*, que é a unidade comparável ao eu, constitui-se, portanto, num momento muito específico do desenvolvimento psíquico, a partir do qual o eu assume suas funções. E, justo nesse ponto, Lacan introduz sua estrutura óptica para colocar em evidência o ato antecipatório da função psíquica em relação à função biológica. Essa *nova ação psíquica* apontada por Freud é justamente a incidência da imagem no psiquismo, cujo efeito é a formação do eu como estrutura imaginária que opera o reconhecimento do corpo próprio. Lacan (1953-1954/1986) afirma que

“a só vista da forma total do corpo humano dá ao sujeito um domínio imaginário do seu corpo, prematuro em relação ao domínio real. Essa formação é destacada do processo mesmo da maturação e não se confunde com ele. O sujeito antecipa-se ao acabamento do domínio psicológico, e essa antecipação dará seu estilo a todo exercício posterior do domínio motor efetivo” (p. 96, o grifo é nosso).

Podemos afirmar, com Lacan, que essa aventura da criança com sua imagem no espelho, num momento tão precoce da constituição, confere especial importância à imagem.

Lacan (1946/1998) afirma que a consequência psíquica direta dessa valoração, pelo simples fato de tratar-se de uma imagem, é o eu ser sempre *eu ideal*. Idealizado em suas pretensões de coesão, autonomia e perfeição.

Trata-se portanto, primeiramente, da assunção psíquica da imagem do corpo, de uma construção imaginária. Ressalto aqui que na afirmação de que *a formação do eu é destacada do processo mesmo da maturação e não se confunde com ele*, há a indicação clara de que a constituição do corpo não corresponde a um processo de desenvolvimento em que a criança progride da *inabilidade* corporal em direção à posse plena das habilidades funcionais. É nesse sentido que o corpo em psicanálise não é, de modo algum, o produto final da maturação biológica, como já mencionamos. E mais

“é em função desse atraso do desenvolvimento que a maturação precoce da percepção visual adquire seu valor de antecipação funcional. Daí resulta, por um lado, a acentuada prevalência da estrutura visual no reconhecimento muito precoce, como vimos, da forma humana. Por outro lado, as probabilidades de identificação com essa forma, se assim posso dizer, recebem dela uma contribuição decisiva, que irá constituir no homem o nó imaginário e absolutamente essencial que, (...), a psicanálise designou admiravelmente, no entanto, pelo nome de *narcisismo* (LACAN, 1946/1998, p. 181).

A unidade corporal assumida pela criança, só lhe é dada, segundo Lacan (1949/1998) por uma *Gestalt* oferecida pelo corpo do outro que se encontra numa exterioridade em relação à criança. Então, o que é que a criança assume? A criança se identifica com isso que é a sua imagem especular, cuja indicação de realidade e o valor são conferidos pela palavra do Outro que a designa na imagem. Essa ação também introduz as primeiras indicações de realidade de um dentro e um fora do eu, daquilo que se integrará ou não ao eu.

O que está em jogo nessa assunção jubilatória da imagem pela criança é justamente o efeito de sua incidência no psiquismo, que funda aí a matriz simbólica que será a base para

todas as outras identificações. Lacan (1946/1998) assinala que neste investimento da imagem

“basta compreender o estágio do espelho como uma identificação, no sentido pleno que a análise atribui a esse termo, ou seja, a transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem (...). A assunção jubilatória de sua imagem especular por esse ser ainda mergulhado na impotência motora e na dependência da amamentação que é o filhote do homem nesse estágio de infans parecer-nos-á pois manifestar, numa situação exemplar, a matriz simbólica em que o [eu] se precipita numa forma primordial, antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito” (p. 97).

Com efeito, é acedendo ao outro que a imagem do corpo próprio é assumida e o sujeito se introduz aí tanto numa posição de alienação à imagem do outro como de desconhecimento da própria prematuridade corporal que marca sua origem no mundo. O eu, essa estrutura de desconhecimento-reconhecimento na qual o sujeito se fixa e ergue-se acima da “inabilidade da imagem”, desconhece a si mesmo e, nas palavras de Freud (1916-1917/1974), esse eu “não é senhor nem mesmo em sua própria casa, devendo, porém, contentar-se com escassas informações acerca do que acontece inconscientemente em sua mente” (p. 135). Isso porque se, por um lado, a imagem do eu permite representar a forma do corpo, por outro, nem tudo da experiência é passível de ser representado na imagem, coexistindo então como resto não especularizado.

A incidência da imagem no psiquismo implica a formação do corpo próprio e estabelece

“a permanência mental do [eu], ao mesmo tempo que prefigura sua destinação alienante; que é também prenhe das correspondências que unem o [eu] à estátua em que o homem se projeta e aos fantasmas que o dominam, ao autômato, enfim, no qual tende a se consumir, numa relação ambígua, o mundo de sua fabricação” (LACAN, 1948/1998, p. 98, os grifos são nossos).

Essa *permanência mental do eu* é provocada e mesmo sustentada nesse momento jubilatório em que, num movimento duplo, a criança é capturada e captura a imagem especular, uma imagem ideal na qual se fixa e assume como imagem do corpo próprio.

No ponto em que se dá a paixão da criança pela imagem, Lacan (1953-1954/1986) evidencia a dimensão espacial a que o universo imaginário se constrange e afirma que “no homem, o imaginário é reduzido, especializado, centrado na imagem especular, que faz ao mesmo tempo os impasses e a função da relação imaginária” (p. 321)

A imagem matriz, a matriz simbólica da *Urbild do eu*, a que o sujeito se congela numa dependência que se, por um lado, lhe é constituinte do corpo próprio, por outro, o torna cativo, o aliena num ideal de domínio e totalidade do corpo. Com efeito, é nesse ponto da imagem especular tornada ideal que Lacan (1949/1998) assinala o traço *em que o homem se projeta* e se cristaliza numa estátua; que não é outra coisa senão a imagem do outro que permanece preservada no inconsciente de maneira que, num certo sentido, o laço imaginário original continua a existir e influenciar todas as identificações futuras.

Lacan (1953-1954/1986) ressalta que as “ciências em desenvolvimento como a nossa” (p. 91), frequentemente necessitam tomar de empréstimo modelos de outras ciências já estabelecidas, tal como Freud se serviu das quantidades de energia e das noções de força e resistência oriundas da Física para estabelecer os primeiros andaimes do seu *Projeto para uma psicologia científica*, de 1895, que tempos mais tarde nos apresentou o primeiro modelo de aparelho psíquico.

Ou ainda, suas diversas metáforas relativas ao aparelho fotográfico e ao microscópio. Formuladas para demonstrar uma certa relação entre a imagem do eu e a imagem óptica, ambas virtuais e formadas a partir de um ponto imaginário. Mas que, no entanto, no caso da imagem do eu nada tem a ver com uma tentativa de localização anatômica dos eventos

psíquicos. Porém, tais aproximações têm a intenção de fazer compreender o agenciamento do mecanismo psíquico, decompondo-o e determinando a função de cada uma das suas partes, isto é, a imagem, o outro e o eu corporal daí provocado.

Lacan se encaminha do mesmo modo ao tomar de empréstimo da Óptica as diversas interações das imagens com as superfícies refletoras, para assim demonstrar as transformações que a incidência da imagem opera no psiquismo. Nesse sentido, o estádio do espelho não é, de modo algum, para Lacan um mero experimento de laboratório ou uma etapa pontual no desenvolvimento mental do homem. Mas, ao contrário, constitui-se numa função exemplar que revela a temporalidade psíquica na qual a criança antecipa a forma ideal do seu corpo sobre um fundo de prematuridade física. As relações com a imagem enunciadas pelo espelho permitem, por um lado, distinguir as funções do eu que desempenham para o homem o papel fundamental de estruturação da realidade e, por outro, revelam a alienação fundamental que constitui a imagem refletida de si mesmo, que não é outra coisa senão o *eu ideal*, *Ideal-Ich*. Por essa razão, Lacan (1953-1954/1986) afirma que o estádio do espelho permite situar quase todas as questões clínicas que colocam em jogo a função do imaginário.

Segundo Lacan (1949/1998) é o momento em que a criança experimenta pela primeira vez a relação dos seus gestos e movimentos com a imagem do seu corpo duplicada no espelho. Assinala também que, “o estádio do espelho revela-se para nós, por conseguinte, como um caso particular da função da *imago*, que estabelece uma relação do organismo com a realidade – ou, como se costuma dizer, do *Innenwelt* com o *Umwelt*” (p. 100).

Em comparação ao filhote do chimpanzé, Lacan (1949/1998) aponta que, no início da vida, esse animal supera em inteligência e astúcia a cria humana. É possível afirmar que no chimpanzé há um certo componente inato que o préequipa à adaptação ao meio ambiente

e o distingue do filhote humano. E, nesse caso, para o chimpanzé o reflexo da sua imagem no espelho só ocupa seu interesse por um breve período do desenvolvimento. Os atos motores se mostram nesse animal em melhores condições para responder propriamente às necessidades do organismo e às exigências do ambiente. Para esse animal o que se dá é o encaixe perfeito, e mesmo a identidade entre o *Innenwelt* e do *Umwelt*. A imagem é para o chimpanzé uma sombra sem espessura, vazia.

A imagem não é de modo algum para o chimpanzé um ponto de fixação do seu interesse e captura do olhar. No entanto, para a criança a imago daquilo que assumirá como corpo próprio é algo que desde muito cedo a impressiona, toma sua atenção e detém seu olhar no espelho.

Desse modo, o complexo virtual representado pelo estádio do espelho também permite apreender que o momento da integração da imagem do corpo inaugura para a criança a diferenciação do seu corpo com relação ao mundo externo. E ao assumir a imagem do corpo próprio efetua as primeiras delimitações daquilo que será incluído ou não ao eu, a partir da introjeção e projeção dos objetos. No entanto, *isso* que ao eu se apresenta como estranho e avesso aos seus ideais de perfeição também o constitui no mais íntimo desconhecimento como universo simbólico recalcado.

Lacan (1953-1954/1986) interroga-se se a apresentação óptica do estádio do espelho é uma mera casualidade e aponta que “para que haja uma óptica é preciso que, a todo ponto dado no espaço real, corresponda um ponto e só um num outro espaço, que é o espaço imaginário. Essa é a hipótese estrutural fundamental” (p. 94).

Essa correspondência ponto a ponto oferece a Lacan a possibilidade de introduzir o *esquema do buquê invertido*. Este sim um experimento, donde vemos refletir sobre uma superfície esférica os raios que emanam desse buquê formando uma imagem real. Entretanto,

com a ressalva de que não se tem nunca senão uma imagem aproximada do objeto, isto é, do corpo.

No entanto, quando um sujeito olha essa imagem no espelho obtém dela uma imagem invertida, portanto, uma imagem virtual. Porém, não a toma como imagem virtual, mas como realidade; ainda que “sem deixar de sentir que alguma coisa é estranha” (LACAN, 1953-1954/1986, p. 95).

Nem tudo da experiência é capturado na imagem e sobrevive como resto não simbolizado; signo do inacabamento do corpo. Assim, o que se forma é uma ilusão de totalidade, como dissemos, o eu ideal.

“A imagem do eu – pelo simples fato de que ela é imagem, o eu é eu ideal – resume toda relação imaginária no homem. Por ser produzida num momento em que as funções estão ainda inacabadas, ela apresenta um valor salutar, suficientemente expresso na assunção jubilatória do fenômeno do espelho, mas não está menos em relação com a prematuração vital e portanto com um depois original, com uma história à qual fica ligado na sua essência.” (LACAN, 1954-1955/1998, p. 321)

O *experimento do buquê invertido*, concebido a partir da relação do vaso com as flores é, para Lacan, uma metáfora do domínio próprio do eu primitivo. O *Ur-Ich*, que se constitui pela clivagem com o mundo externo. Esse eu estrutura toda vida de fantasia do sujeito, provocada pela experiência de se ver e se conceber como outro que não ele mesmo.

Trata-se de uma metáfora e, com Lacan (1953-1954/1998), situamos nesse experimento a imagem do corpo, que aí toma o lugar do vaso imaginário que contém em seu interior o buquê de flores real. Vemos nessa imagem o pulsional – antes do narcisismo, anterior à formação do eu. Isto porque, como Freud (1914/1974) aponta, as pulsões estão presentes desde o começo enquanto que o eu tem de ser provocado.

Nesse ponto, Lacan (1953-1954/1986) supõe na “origem todos os issos, objetos, desejos, instintos, tendências, etc.” (p. 96). Ou seja, a pura dispersão pulsional sem qualquer unidade que constitua uma diferenciação com o mundo externo. Portanto, vaso e buquê não estão presentes ao mesmo tempo. Essa função unificadora oferecida pela imagem do corpo vem aí revelar a dimensão imaginária do eu.

No experimento o que assistimos entre o vaso e o buquê são os jogos de inclusões imaginárias de objetos reais ou, inversamente, a tomada de objetos imaginários no real. Dessa articulação simbólico, imaginário, real resulta o mundo do sujeito, sua realidade. Mas tudo isso depende inteiramente, conforme indica Lacan (1953-1954/1986), da situação do sujeito que “é essencialmente caracterizada pelo seu lugar no mundo simbólico. Ou, em outros termos, no mundo da palavra. É desse lugar que depende o fato de que tenha direito ou defesa de se chamar Pedro” (p. 98).

1.3 – Eu: estrutura de desconhecimento

Uma das maneiras pelas quais Lacan (1954-1955/1998) faz entrar em cena a questão do desconhecimento fundamental do eu é pela via da ilusão do sócia; discutida a partir do *mito de Anfitrião*. Uma tragicomédia escrita pelo dramaturgo romano Plauto, século III a.C, em cinco atos e um prólogo. A peça combina elementos dos dois gêneros teatrais o que responde pelo aspecto de incerteza que permeia toda a história. O autor ao duplicar as imagens de dois personagens põe à prova a função do eu como estrutura que confere sustentação e reconhecimento ao ser falante.

A história apresenta três personagens de destaque: *Anfitrião*, comandante e chefe do exército tebano, seu escravo e companheiro fiel, cujo nome já anuncia a presença de um

outro do mesmo, *Sósia*, e *Júpiter*, o rei dos deuses. Além de *Alcmena*, esposa de Anfitrião e *Mercúrio*, mensageiro dos deuses e filho de Júpiter.

Júpiter, por ser um deus, é dotado de poderes especiais. Tomado de amor por Alcmena deseja tê-la em seus braços e para tanto assume a aparência humana de Anfitrião, marido de Alcmena. Júpiter torna-se, portanto, um duplo de Anfitrião, sem que este nada saiba acerca da assunção de sua imagem por outro. Assim, Júpiter ocupa o lugar de Anfitrião e convence Alcmena de tratar-se de seu marido, por quem esperava há algum tempo, tendo com ela uma bela noite de amor.

Com a intenção de sustentar a trama armada por Júpiter, Mercúrio, por sua vez, toma para si a fisionomia de Sósia. Temos, então, a duplicação tanto da imagem de Anfitrião como da imagem de Sósia.

Distante de sua cidade, Tebas, para resolver negócios de guerra, Anfitrião, juntamente com Sósia, seu fiel escravo, planeja regressar a seu reino após ter sido vitorioso na batalha que travara contra os teléboas. Pelo enorme feito alcançado recebe do inimigo vencido, como reconhecimento de sua superioridade, uma taça de puro ouro que pretende entregar a sua esposa amada, Alcmena.

Para tanto, envia seu escravo, Sósia, na frente e confia a ele a missão de entregar o presente à Alcmena. É neste ponto em que retorna à cidade de Tebas que as coisas se dão. Isto é, no plano do (des)encontro, no qual Sósia se vê diante do seu eu, o eu de si mesmo, Mercúrio, agora sósia de Sósia.

O eu encontra com o outro eu que lhe diz: - Eu sou Sósia. Mas, eu quem? Vacila o eu de Sósia. Diante de sua imagem Sósia duvida da certeza do seu próprio eu. Fundamentalmente desconhece a si mesmo indicando a alienação do eu ao outro.

A dimensão fundamental desses dois personagens, desses dois *eus*, que se acham juntos na mesma cena, é que as falas proferidas por um e por outro, valem, cada uma, pelo seu caráter de eco, de repetição. Da mesma forma, a situação de se encontrarem no mesmo plano da cena, apesar de cada qual enunciar falas distintas, nos dá a impressão de estarem em dois espaços físicos diferentes. Mas se trata, na verdade, do outro do mesmo, em que não se sabe mais quem é um e quem é outro. Portanto, sustenta-se aí a ilusão de um outro eu que não o do sujeito. Em realidade, trata-se do eu de si mesmo desconhecido para o sujeito, a dimensão inconsciente da estrutura do eu.

Com efeito, o que acontece é que esses dois eus, esses dois personagens, o real e o imaginário,

“passam literalmente um através do outro. Estes seres se atingem a cada instante por intermédio de um gesto que não poderia deixar de acertar o adversário, e que, no entanto, o evita, porque ele já está em outro lugar” (LACAN, 1954-1955/1998, p. 359)

Assim, montando guarda na soleira da casa de Anfitrião, o sósia de Sósia, Mercúrio, se encarrega de pô-lo para fora aos tapas, de mantê-lo à distância, para que dentro da casa, Anfitrião, o outro, o sósia, o imaginário, não fosse perturbado em sua relação amorosa com a real e desejada Alcmena.

Atordado Sósia duvida cada vez mais da realidade do seu próprio eu, desconfiança que é intensificada pelo fato do sósia, seu duplo, contar a Sósia coisas muito íntimas, simbólicas, características de sua identidade. Coisas que Sósia fez quando ninguém o viu e que ele próprio estranhamente desconhecia. O que faz Sósia vacilar cada vez mais da certeza e familiaridade do seu eu. Segundo Lacan (1954-1955/1998), isso mostra “a contradição no sujeito entre o plano simbólico e o plano real” (p. 361).

Anfitrião, o amo real, retorna ao seu reino e ao encontrá-lo Sósia conta que o eu o havia impedido brutalmente de entrar em casa. – “Eu, eu quem?”, pergunta Anfitrião. – “O eu que me bateu”. – “Tu te bateras?”. É a pergunta que Anfitrião endereça a Sósia espantado com a miragem a que o escravo havia se entregue.

O que Sósia apela a Anfitrião, o Outro, é que este venha com seu dito, com a força da palavra confirmar na experiência o valor da sua imagem e conseqüentemente designar seu lugar no mundo. No limite, trata-se da nomeação pela palavra que marca para o ser de fala o *Tu és* que o designa como diferente do outro. Trata-se da confirmação dada pelo Outro da nossa própria existência no mundo. É, portanto, no nível do registro simbólico que se vai sustentar a permanência, sempre instável, da significação imaginária, da imagem do corpo. Isto é, a consistência instável da imagem sempre um tanto sustentável um tanto abalável.

Da mesma forma que todo sujeito falante, Sósia não sabe disso que fala nele e, segundo Lacan (1954-1955/1998) “o que dizemos, não o sabemos, porém o endereçamos a alguém – alguém que é miraginário e provido de um eu” (p. 362). É nesta relação triangular que Sósia se encontra com Anfitrião, na medida em que Sósia não sabe o que nele fala, mas o endereça a Anfitrião, o Outro da linguagem. E o termo ‘miraginário’ empregado por Lacan, que pode ser ou não ser um chiste por ele produzido, isso não saberemos, enfatiza tanto a miragem que é a imagem do eu e a própria função imaginária do eu, a ponto de nele falar Outro, como também destaca o fato de que o endereçamento é feito a um Outro situado num lugar outro. Tal como a ilusão de realidade que se forja no espelho, na qual a imagem é percebida ali onde não está.

Com efeito, a ilusão que se constitui é a de supor que a fala falada situa-se no mesmo nível do eu e que essa se dirija em linha reta ao eu do outro, numa relação dual. Em outras

palavras, Sósia não se endereça a Anfitrião, mas ao Outro Anfitrião por ele amado. Trata-se de uma relação imaginária que inclui sempre um terceiro, o Outro da relação.

Por sua vez, Anfitrião ao se encontrar com seu duplo também se vê separado deste. Ele se desconhece. E apelando aos elementos imaginários de familiaridade com os quais se reconhece no mundo, tenta suturar a discórdia do eu diante do eu. E aqui o dito lacaniano orienta na direção da integração do eu e é preciso, então, que Anfitrião reintegre no seu eu suas propriedades de eu. Isto é, se identifique com a imagem do eu que é o seu próprio, mas que somente por uma ação psíquica virá a reconhecer como sua a imagem. Segundo Lacan (1954-1955/1998), a dúvida experimentada por Sósia e Anfitrião “mostra sempre a mesma contradição no sujeito entre o plano simbólico e o plano real” (p. 361), pois no ponto mesmo em que o eu vacila lá está sua própria imagem.

Lacan (1954-1955/1998) nos lembra que “o já-visto, o já-reconhecido, o já-experimentado entram muitas vezes em conflito com as certezas que se depreendem da rememoração e da história” (p. 362). Neste ponto, o que comparece é a dúvida do neurótico, a dúvida do eu diante do familiar tornado estranho por certas condições que colocam em jogo a própria articulação simbólico e imaginário.

A dúvida, o desconhecimento experimentado por Freud (1919/1974) diante do seu duplo refletido no espelho da cabine do trem em que viajava, é da mesma natureza que a hesitação vivida por Anfitrião. Em algum ponto da sua velha e familiar imagem, a dúvida do eu compareceu para Freud sob a forma de um intruso estranho. Freud é estranho a Freud assim como Anfitrião é estranho a si mesmo.

Freud (1919/1974) define o estranho como “algo que é secretamente familiar [*heimlich-heimisch*], que foi submetido ao recalque e depois voltou” (p. 84). Neste ponto, ressaltamos que a expressão “secretamente familiar”, empregada pelo autor, não supõe uma

oposição entre os termos. Mas, ao contrário, considerando a estrutura topológica da *Banca de Moebius*, aponta as duas faces da mesma coisa numa continuidade que não deixa mais ver ou saber na experiência o que é eu e Outro.

Ao situar na dialética do simbólico com o imaginário o fato do sujeito se encontrar desapaixonado de si mesmo, exilado de sua própria história, Lacan (1954-1955/1998) indica que algo da experiência sempre escapa à simbolização completa. Algo resta. Esses “miúdos” de si mesmo. E, conforme assinala, não se trata do sujeito reconstituí-los em si mesmo, fazê-los entrar de volta no eu. Num ato de reintegração de suas pulsões, para assim restituir a plenitude de sua imagem. Lacan (1954-1955/1998) afirma que

“não é disto que se trata. Trata-se do sujeito aprender o que diz, aprender o que fala daqui, S, e para isto, trata-se de dar-se conta do caráter fundamentalmente imaginário daquilo que se diz a partir daqui quando é evocado o Outro absoluto transcendente, que há na linguagem cada vez que uma fala tenta ser emitida” (p. 364).

Portanto, trata-se de tomar conhecimento do lugar fundamentalmente outro da linguagem, que submete o sujeito à condição de falar sem saber o que diz. De nele falar algo que desconhece. Posição objetual na qual o falante se encontra desde sempre exilado de si próprio, mas que o concerne.

O fundamento do mito de Anfitrião aponta para o fato de que Sósia é o eu. A ilusão da presença dessas duas identidades imaginárias, isto é, dessa divisão coloca à prova a própria função do eu enquanto estrutura de reconhecimento. A virtualidade do eu a que o falante se fixa, fundamentalmente, constitui sua alienação e revela o eu em sua função de desconhecimento. “Em outros termos, as imagens dão um aspecto de evidência ao que é essencialmente manipulação simbólica”, afirma Lacan (1954-1955/1998, p. 347).

Podemos então afirmar, com Lacan, que a relação especular interfere naquilo que o autor denomina “o muro da linguagem”, o qual não se pode transpor e não se acessa diretamente. Algo não se deixa ver ou saber na plenitude. Mas esse muro se sulca em suas bordas por intermédio do Outro, que vem aí conferir ao falante as propriedades da *Urbild* que não é apenas imaginária, mas também ilusória. Uma ilusão corporal vivida como realidade. O que, em última análise, nos coloca na trilha do que Freud (1900/1974) conceituou sob o nome de *realidade psíquica*:

“cujo inconsciente é a verdadeira realidade psíquica em sua natureza mais íntima, ele nos é tão desconhecido quanto a realidade do mundo externo, e é tão incompletamente apresentado pelos dados da consciência quanto o é o mundo externo pelas comunicações dos nossos órgãos sensoriais” (p. 209)

Resta, por assim dizer, o caráter fundamentalmente imaginário do eu presentificado pelo mito de Anfitrião ao colocar em cena a dúvida do eu diante do encontro com sua própria imagem. O mito faz intervir a função do eu não do ponto da certeza e da familiaridade, mas da estranheza e do desconhecimento experimentados pelas personagens. A situação é ainda mais valiosa ao vermos que o eu, essa estrutura surgida da operação psíquica do recalque, tem suas raízes no *isso*, cujo funcionamento é inteiramente heterogêneo da sua organização regida pelas leis do princípio de prazer.

Na pesquisa que desenvolvemos com pacientes cuja imagem do corpo foi comprometida pelo câncer, Lo Bianco (2018) destaca a operação que instaura a imagem corporal e sua dimensão constituinte do sujeito, trabalhadas por Lacan, para então situá-la como sendo “da ordem de uma *estrutura de precipitação*”. Ressalta aí dois posicionamentos fundamentais – um no “sentido de avanço prematuro e antecipado” e outro no “sentido químico do que se decanta” (p. 4) da operação – para assim pôr em cena a tensão produzida

pela discórdia entre a prematuridade encarnada pela criança e a antecipação da imagem bem acabada “que, porém, só se sustenta na virtualidade” (p. 4).

A estrutura de precipitação é o ponto no qual o ato, que não é outra coisa senão uma escolha forçada, se dá e o que virá a ser o sujeito terá de advir como efeito desse ato que o instaura. Um certo paradoxo constitucional na medida em que o sujeito não preexiste ao ato e considerando também que não existe sujeito sem corpo, ainda que não se confunda com este, a não ser por uma união assintótica irreduzível um ao outro.

Mas trata-se sim do sujeito nascido do seu próprio ato nisso que é o pulsional, onde é instado a tomar posição. Essa função psíquica formadora do eu, apontada por Lacan, é a própria estrutura de precipitação e o advento dessa função se dá sob a égide do recalque que instaura justamente a dimensão do eu como estrutura de desconhecimento.

Esse ponto da estrutura em que algo se decanta como resto da operação e permanece à distância do eu, não integrado à unidade da imagem, representa, por um lado, algo transformado pela incidência do recalque e que convém chamar o recalcado. E, por outro, aponta a existência de algo que sequer sofreu a vicissitude do recalque e que, por isso mesmo, não se anuncia sob a forma do *retorno do recalcado*, mas por uma apresentação da ordem do *real*.

A estrutura de precipitação é efeito do atravessamento da angústia produzida pelo encontro com o que retroativamente *terá sido* a precariedade dos órgãos. Nas palavras de Lacan (1962/1998), “o investimento da imagem especular é um tempo fundamental da relação imaginária. É fundamental por ter um limite. Nem todo investimento libidinal passa pela imagem especular. Há um resto” (p. 49).

A ação de recobrimento do real do corpo pela imagem é resultado do recalque primário, momento no qual

“algo se destaca do sujeito no próprio mundo simbólico que ele começa a integrar. Daí por diante, aquilo não será mais algo do sujeito. O sujeito não o falará mais, não o integrará mais. Não obstante, ficará lá, em alguma parte, falado (...). Será o primeiro núcleo do que chamaremos, em seguida, os seus sintomas.” (LACAN, 1954-1955/1998, p. 222)

Em última análise, podemos então dizer, com Lacan, que o corpo é um sintoma, na medida em que deve sua constituição a esse primeiro núcleo recalcado que emerge em certas situações, como podemos acompanhar no dano à imagem produzido pela doença.

O corpo é efeito da incidência dos três registros e o sujeito que daí surge é sujeito ao corpo. Isto é, assujeitado ao que nele há de real. O recalque recobre, retira do campo perceptivo a dimensão real do corpo, antecipando numa equação imaginária a forma total com a qual a criança se identifica e na qual se aliena. “O corpo é o que em nós sofreu o golpe do recalque”, afirma Melman (2004).

Por sua vez, Lo Bianco (2018), em suas considerações de aula apresentadas no curso de pós graduação da UFRJ, aponta que “a imagem vem cobrir o real da insuficiência do corpo e nesse momento faz surgir o eu em sua função de desconhecimento”.

Considerando a temporalidade psíquica, apontada por Freud (1895/1974), na qual os acontecimentos do presente incidem sobre o passado numa temporalidade retroativa, Lacan, seguindo na esteira de Freud, pensa a origem do recalque a partir de um *já-havido* recalque primevo. A temporalidade lógica que caracteriza o funcionamento inconsciente e que localiza no recalque primário o núcleo central em torno do qual novos recalques se darão sucessivamente.

Lacan (1953-1954/1986) ressalta que o recalque secundário não representa a eliminação do recalque primário, já que este é de fundação. Nesse sentido, a indicação lacaniana de que a cada ponto da experiência, de que a cada nova exigência psíquica, um novo recalque deve se dar revela que a operação do recalque não é em si inteiramente bem sucedida. Em outros termos, a imagem do corpo é algo sempre na dependência de uma nova ação psíquica que a sustente; prova de sua consistência instável sempre na dependência da confirmação vinda do outro.

Neste ponto, me demoro um pouco mais para pensar justamente que a radicalidade do câncer abala o equilíbrio instável do eu, e aqui deveríamos nos interrogar sobre as possibilidades ou não de um certo refazimento do recalque, na medida em que a imagem do corpo vem operar como proteção à angústia causada pela incidência do real. Isso nos é evocado na vinheta clínica que se segue.

Angela é uma mulher em torno dos quarenta anos, casada, mãe de três filhos, afastada do trabalho que tanto gostava devido ao câncer. Vem ao primeiro atendimento encaminhada por seu médico. Há dois anos foi submetida à ressecção de tumor maligno em arcos intercostais e há pouco tempo foi surpreendida pela presença de uma nova tumoração logo abaixo do seio direito. Ela já havia sido orientada por seu médico a marcar uma consulta no serviço de psicologia. No entanto, somente depois de dois anos decidiu seguir o encaminhamento médico.

O primeiro atendimento foi marcado por longos momentos de choro, que dificultavam a compreensão do que falava. Sentada com sua bolsa sobre as pernas, logo que tentava dizer algo era inundada pelas lágrimas, levava as mãos ao rosto e assim permanecia num choro profundo, desculpava-se, agradecia e assim encerrava os atendimentos. Tomada pela angústia por vezes quase não conseguia ficar sentada. Já se encontrava em uso de

medicação psicotrópica, mas “*uma sensação estranha*” persistia. – “*Vontade de gritar, gritar!*”, dizia ela num tom de voz em que parecia conter o grito.

Algo a acossava, a angustiava e descrever suas sensações no corpo foi o que conseguiu fazer durante os primeiros atendimentos. Foram muitas vindas e faltas às consultas até que em um atendimento conseguiu dizer que por sua cabeça passavam “*besteiras*”. E prosseguiu: – “*esse troço que nasceu aí...*”. No mesmo instante virou o rosto em direção oposta à tumoração e fez com o rosto uma expressão de nojo: – “*Isso não sai da minha cabeça, desculpe, às vezes acho que estou ficando louca*”. Me interesse por suas “*besteiras*” e peço que me fale um pouco mais. – “*Ai, doutora, que vergonha falar essas coisas. Será que estou ficando louca?*”. Digo apenas que posso escutar suas besteiras.

Aos poucos Angela passa da descrição das sensações corporais às histórias de como antes realizava atividades que exigiam muito da sua força física, mas agora seu corpo não acompanhava suas ordens. Passa da sensação que a angustiava a fala de como a tumoração pôs fim ao relacionamento sexual com o marido, já que não queria correr o risco “*dele passar a mão naquele troço*”. Ela se refere ao tumor como algo que “*nasceu aí*”, como se o *aí* não fosse em seu próprio corpo, já que não se refere a algo ‘nascido aqui, o que indicaria o surgimento de algo em seu corpo. Isso nos dá uma sutil indicação de algo que não integra seu corpo e permanece como algo estranho ao próprio corpo.

A paciente fala da presença de um “*troço*” apenso ao seu corpo, que não o integra e cujo olhar é insuportável, tanto que o desvia. Angela conta que durante o banho ensaboa o corpo, “*mas naquela parte não passo a mão, deixo a água cair lá, faço de conta que não existe*”. A paciente nada quer saber sobre isso, no entanto, isso a acossa e retém seus pensamentos a despeito de toda tentativa de manter esquecida essa parte do corpo. E no fracasso dessa operação psíquica de recobrimento do real, isso permanecesse ali como corpo

estranho. Não olhar, não tocar, não pensar se afiguram como tentativas de fazer frente a isso que se impõe no campo visual não recoberto pelo recalque.

Formulamos a partir dessa vinheta clínica a pergunta: fracassa então nesta experiência a operação do recalque secundário? E se assim for, como podemos manejar com pacientes para os quais a imagem como recurso ao real do corpo se mostra comprometida? O que é que se pode em termos do trabalho clínico com sujeitos para os quais a imagem do corpo foi gravemente modificada pelo câncer?

1.4 – Função imaginária e reconhecimento especular

Nos casos clínicos em que podemos falar do dano à imagem, observamos que para tais sujeitos a imagem do corpo se formou sob a ação do recalque, o que implica dizer que estamos no campo da neurose. Isto porque nessa estrutura clínica o recalque se encontra instalado e, por isso mesmo, a posição de objeto que somos para o Outro está recoberta. E, nesse caso, o reconhecimento do corpo se constituiu. Segundo Morin & Thibierge (2011), “a neurose designa para os psicanalistas uma certa estrutura da relação entre o narcisismo, ou seja, o eu, de um lado, e o objeto do desejo, de outro. Objeto que Freud designou como fundamentalmente recalçado na neurose” (p. 35). Nesse sentido, o recalque parece nos salvar da psicose, na medida que neste caso o não estabelecimento do recalque implica que a imagem não vem no lugar do objeto e esse invade o plano imaginário.

Evocamos que a experiência de não-reconhecimento do corpo, ou de alguma parte do corpo, vivida por nossos pacientes, não se refere à despersonalização completa observada nas *síndromes de falso reconhecimento* da psicose. Porque o que encontramos em nossa clínica é o comprometimento da imagem, com perturbação da posição do sujeito na

estruturação imaginária. Mas não evidenciamos aí a imagem desfeita de modo a pôr fim à estruturação primária do eu. Isto é, a estrutura continua sendo neurótica.

No entanto, de certa maneira a perda no corpo toca algo da experiência de desapossamento da imagem que aparece de modo destacado na psicose. Razão pela qual somos levados ao estudo da constituição do corpo próprio pela via das desordens do reconhecimento nas psicoses, a partir daquilo que nos informam do fato de aí o recalque não ter sido posto em função.

Na psicose, essas síndromes são acompanhadas da “emancipação da imagem”, expressão empregada por Thibierge (2011) para fazer referência à ruptura do campo especular de um modo reduplicativo associada a uma “autonomização da imagem”, na qual o reconhecimento no espelho não se faz possível.

Dito de outra maneira, a imagem não se sustenta no registro imaginário e, conseqüentemente, não assume uma certa permanência no tempo e no espaço para o sujeito. A imagem de fato confere ao homem uma certa estabilidade que o permite carregar e estar com o corpo no mundo.

O transtorno do *Signo do Espelho* descrita por Paul Abely e F.-Achille Delmas, identificado na mesma época que as síndromes psicóticas de *falso reconhecimento*, conforme comenta Thibierge (2011), “consiste, como seu nome indica, em uma necessidade que alguns sujeitos têm de se examinarem longa e frequentemente, diante de uma superfície refletora. Seu exame incide, em especial, sobre o rosto, mas também sobre o conjunto do corpo” (p. 41).

São exames muito minuciosos da superfície do corpo, de maneira detida por longos períodos absortos na imagem refletida no espelho. Mímicas, caretas, apertões no rosto. O

paciente se olha nesta e naquela posição, aperta com os dedos, apalpa as partes do corpo como se para confirmar a existência delas em si. Comportamentos que se dão, segundo Abely, no primeiro momento da invasão dos sintomas de “automatismo da imagem”.

São manifestações clínicas próprias da psicose que, para nós, falam no sentido mesmo da imagem não assumida, que não ganha estabilidade, permanência, para o sujeito. Nesses casos, a imagem parece depender de uma confirmação real diante do espelho, na medida em que não conta com o recurso protetivo da função imaginária do eu. Isso revela toda potência da função normalizante do recalque para o estabelecimento do reconhecimento do corpo; recurso do qual a psicose carece.

Abely (2011), relaciona toda essa série de fenômenos com a tentativa de fazer frente à uma “desagregação da imagem” em vias de se operar. Indica também que, concomitante a isto, a imagem aparece como algo que surpreende, “comanda o sujeito” e evoca por parte do paciente “reações compensatórias”, como as condutas frente ao espelho. Mas também há expressões de pavor e angústia. Para esse autor, nesses casos o reconhecimento parece impedido e em lugar disso surge “a busca incessante e angustiante por algo que o sujeito não consegue confirmar” (p. 44). E por não conseguir confirmar a realidade da imagem também não consegue tê-la fixada. A assunção da imagem do corpo é algo cuja confirmação de realidade vem do Outro simbólico, o que não acontece nesses casos.

No entanto, como estamos afirmando, há algo no tocante à imagem comprometida na neurose que pode ser pensado a partir dos fenômenos da psicose. E, nesse ponto, Lacan (1954/1955/1998) ressalta que

“alguns veem nos fenômenos da despersonalização sinais premonitórios de desintegração, quando, no entanto, não é absolutamente necessário ser predisposto à psicose para ter experimentado mil vezes sensações semelhantes, cuja mola se acha na relação do simbólico com o imaginário” (p. 362).

Nos casos que atendemos de pacientes que têm alguma parte do corpo retirada ou a superfície corporal modificada pelos efeitos do tratamento – efeitos que vão desde cicatrizes acentuadas à mudança na coloração da pele; passando pelo ganho ou perda de peso excessivos – parece mesmo tratar-se de algo na função do recalque que implica a articulação simbólico e imaginário. Algo que insistentemente Lacan (1949/1998) assinala como sendo da ordem da identificação ao outro e da transformação produzida no psiquismo quando a criança assume a imagem. Uma ação psíquica antecipatória na qual a criança toma lugar no pulsional para nisso fazer corpo.

Podemos observar que o dano à imagem do corpo é acompanhado de fenômenos clínicos como desconhecimento ou não reconhecimento de alguma parte do corpo, tal como na experiência vivida por Angela. Há efeitos de desorientação no tempo e no espaço, notados com alguma frequência quando o paciente nos conta que se viu perdido e até mesmo “engolido” pelo ritmo acelerado do tratamento. E que *só depois*, ao longo do trabalho de fala, recordou ter passado por todo o tratamento “*como se não estivesse lá*”. Não fez perguntas sobre aspectos do tratamento que só agora percebe como esclarecimentos fundamentais para a tomada de decisão. Nota que sem qualquer crítica se entregou às orientações dos profissionais, da mesma maneira que muitas vezes delegou a outros as decisões sobre sua própria vida e como de modo obstinado se manteve fixado à ideia de “quanto tempo de vida tenho”, sem notar que a vida prosseguia.

Há também efeitos marcados por crises de angústia, experimentada em momentos cruciais do tratamento como quando do agravamento da condição clínica. Notícias de recidiva da doença, necessidade de novamente passar por todo tratamento clínico ou mesmo se submeter a nova cirurgia. Ou ainda, angústia intensa ao ser comunicado de que esgotaram-se todas as linhas terapêuticas e que será encaminhado para acompanhamento em algum

protocolo de pesquisa. Notamos também muito marcadamente estados de angústia quando a ideia de morte se torna mais presente. E em particular quando do encaminhamento do paciente a Unidade de Cuidados Paliativos do INCA, que se destina ao cuidado de pacientes sem perspectiva de cura e cuja continuidade da vida se mostra gravemente ameaçada pelo câncer.

Nesse momento do cuidado, refiro-me ao cuidado porque a própria noção de tratamento sofre aqui um certo deslocamento. E o que é posto em cena, ainda que tomado num plano secundário, é justamente a dimensão transitória da vida, do corpo. Segundo Freud (1915/1974), “essa nossa atitude para com a morte exerce poderoso efeito sobre nossas vidas. A vida empobrece, perde em interesse, quando a mais alta aposta no jogo da vida, a própria vida, não pode ser arriscada.” (p. 122). No manejo desse tipo de encaminhamento, o que está em jogo é o encurtamento do tempo e das possibilidades na vida, o que por vezes determina estados depressivos e mesmo de angústia do lado do paciente e também dos envolvidos no cuidado.

Estados acentuados de angústia também são observados quando, depois da estabilização da doença, se aproxima a data da avaliação clínica anual. Ocasão em que, após a realização de uma série de exames prévios à consulta médica, o paciente será comunicado do fato da doença continuar ou não “controlada”. Ou mesmo se está “curado do câncer”. Expectativa que muitas vezes se mantém presente mesmo depois dessa possibilidade ter sido afastada já nos primeiros atendimentos médicos.

Nesses casos, a expectativa transvestida de esperança é representada pelo pensamento de que “*afinal, a medicina está muito avançada e os médicos são muito bons*”. São momentos em que uma grande agitação psíquica e estados de alerta dominam a cena. Experiências sensoriais como as dores no corpo que outrora caracterizaram os primeiros

sinais da doença e as insônias noturnas são revividas em sua plenitude quando o sujeito é dominado pela ideia de recidiva da doença ou de morte. Sintomas como ausência de apetite e um estado de atenção aos mínimos sinais do corpo também falam no sentido da experiência de angústia.

Com relação ao efeito de não reconhecimento da imagem, nos pareceu orientadora a enunciação de uma paciente em atendimento. – “*Aquela pessoa no espelho não sou eu*”. Foi o pensamento que veio à cabeça de Marta ao ser surpreendida pelo (*des*)encontro com “sua” imagem no espelho. Com efeito, por um lado, aparece nessa experiência o comprometimento do laço imaginário que funda o corpo próprio, visto que se coloca para o sujeito essa “inquietante estranheza” (FREUD, 1919/1974, p. 89) anunciada por um corpo familiarmente estranho, *unheimlich*. E, por outro lado, nos faz ficar com a questão de que isso que afeta o corpo compromete a função do eu enquanto recurso para o reconhecimento especular.

Essa afetação no corpo introduz assim um problema para a unidade imaginária do eu. E, ainda, podemos nos perguntar que dificuldades se colocam para a integração à imagem dessa parte do corpo agora tornada estranha, mas outrora familiar? Que dependência é essa, e por que não dizer fixidez, do eu à imagem primariamente constituída, de tal maneira que um dano a esta pode ser experimentado pelo sujeito como angústia?

O trabalho clínico que desenvolvemos, revela que a perda no corpo ou do corpo – nos casos em que a perda de peso é gravemente acentuada e acompanhada da modificação radical da imagem corporal – parece exigir uma nova ação psíquica de velamento do real do corpo. Tomada de posição frente à angústia produzida pelo comprometimento do laço imaginário, simbólico e real que sustenta a imagem e conseqüentemente o sujeito.

Podemos então afirmar que a imagem tem para nós uma função organizadora, orientadora do sujeito no mundo. Mas é também algo enganador, pois mantém recoberto o objeto pequeno a que somos para o gozo do Outro.

Lacan (1962/1998) escreve a função da imagem através da fórmula $i(a)$; sendo i a imagem, o ideal e a essa letra que remete ao objeto do desejo. Isto é, o objeto que somos para o Outro e que persiste em nós, mas que se encontra recoberto pela imagem do corpo. Dito de outro modo, os parênteses que contornam a , que se colocam como anteparo para a , enfim, que recalcam a , aí estão em função da ação da imagem, de tal modo que a imagem do corpo se apresenta então como um limite ao Outro.

A fórmula $i(a)$ indica para Lacan (1962/1998), e também para nós, a consistência da imagem especular, a permanência da imagem para o sujeito ou ainda o reconhecimento do corpo próprio. Em última análise, a imagem do corpo protege o sujeito do insuportável encontro com a posição de objeto. Não por acaso, Lacan (1962/1998) será enfático ao afirmar que este objeto está “cortado” da imagem especular, para assim situar que “em tudo o que é demarcação imaginária, o falo virá, a partir daí, sob a forma de uma falta” (p. 49). Desse modo, nesta montagem que é o corpo, a imagem vem aí extrair do campo visual o objeto imperfeito. Operatória que leva em conta a relação com o grande Outro e o advento da imagem especular.

Mas o que vimos apontando até aqui é justamente que a unidade da imagem do corpo é rompida nos casos de pacientes que têm a imagem do corpo modificada de modo significativo pelo câncer. E se agora retomarmos a fórmula lacaniana $i(a)$ e a fizermos funcionar nas experiências de dano à imagem, o que encontraremos? Veremos que a se encontra sem o recurso protetivo de i . Dito de outra maneira, o eu em sua função imaginária

não recobre com a imagem o objeto e, nesse caso, o que se apresenta é a própria posição de objeto, na qual o corpo é falado, tomado, gozado pelo Outro.

Thibierge em duas audiências realizadas em outubro de 2018, no Instituto Nacional de Câncer (INCA-HCI), por ocasião da *I Jornada Corpo e Finitude – A escuta da dor*, ao abordar a questão do corpo e da imagem na clínica contemporânea, nos chama a atenção para os fenômenos clínicos ligados à ruptura da imagem. Afirma a partir dos seus estudos com pacientes vítimas de acidentes graves e de lesões neurológicas, que observa nesses casos danos à imagem comparáveis aos vividos por nossos pacientes cuja imagem foi radicalmente comprometida pelo câncer ou pelos efeitos do tratamento. Em sua clínica, Thibierge identifica casos de despersonalização, de desorientação tempo-espacial, experiências de crises de angústia severas e fenômenos de vinda ao primeiro plano de uma grande agressividade especular na relação com o semelhante. Conforme ressalta, “para o sujeito essa relação não pode ser suportada de outra forma que não seja por impulsos de agressividade, por uma agressividade dual”, por vezes o único recurso que o sujeito encontra para se sustentar nessas situações.

Para esse autor, nos casos de grave dano à imagem, tal como também acompanhamos na clínica, o que se dá é a queda dos parênteses da fórmula lacaniana $i(a)$. Uma espécie de apagamento da imagem seguido da vinda ao primeiro plano do objeto pequeno a . Este objeto é deixado a mostra como efeito da subtração da imagem. Trata-se, portanto, do sujeito reduzido à condição fundamental de objeto do Outro, na qual justamente o sujeito conta com dificuldades com o recurso da imagem para se proteger do insuportável dessa experiência.

A questão que a todo tempo orienta nossa pesquisa nos é introduzida pela evidência clínica de que, para certos pacientes a marca inscrita no corpo pelo câncer toca de maneira singular a imagem do eu em sua função de velamento do real e reconhecimento do corpo

próprio. Uma rachadura justamente no ponto do recalque, *Verdrängung*, que funda a imagem total assumida no que virá a ser o sujeito. Ali onde a imagem estava como véu sobre o real o que se encontra agora é o furo. No lugar da imagem o que incide é o objeto pequeno *a* e daí em diante trata-se da relação possível com esse furo.

CAPÍTULO II

O eu não é sem Outro

2.1 – O Outro na estruturação da imagem do corpo

A intenção e o ato freudiano de inscrever os processos oníricos na trama psíquica e, do mesmo modo, fazer reconhecer nestes a ação de leis distintas das que regem o funcionamento consciente – mas que em si sustentam toda lógica significativa do inconsciente – produziu um deslocamento do lugar privilegiado conferido ao eu enquanto sistema sede da consciência. Sistema este caracterizado como responsável pela função do juízo e do pensamento e, conseqüentemente, a via pela qual a realidade imediata se estrutura e os objetos do mundo são apreendidos.

Freud (1900/1974) efetua, por assim dizer, uma redução no domínio do compreensível, isto é, da significação e como efeito amplia o campo da nossa ignorância. Para realizar essa torção, mantendo-se dentro do campo das ciências, já em seu trabalho inaugural Freud (1900/1974) introduz o inconsciente do ponto de vista de um lugar psíquico que ele denomina *eine anderer Schauplatz*, uma outra cena. Paradoxalmente, uma outra cena dentro da cena sempre a nos confrontar com a experiência

“de que em nós há um sujeito que pensa, e pensa de acordo com leis que mostram ser as mesmas da organização da cadeia significante. Esse significante em ação chama-se, em nós, inconsciente. (...). É tido como tão original, tão separado de tudo o que é funcionamento da tendência” (LACAN, 1957/1998, p. 112).

A descoberta freudiana põe em cena essa outra realidade em nós, que se revela heterogênea e estranha às leis da consciência. Lacan, em um ato de retorno à experiência

freudiana, ao pensar a função imaginária do eu como formadora da imagem do corpo, aponta uma certa instabilidade, um certo engodo da imagem na medida em que se trata de imagem virtual e como tal enganadora.

O autor introduz o eu não do ponto de vista da razão, mas da estrutura de desconhecimento. Coloca em jogo então a dimensão inconsciente do eu, inscrevendo assim o desconhecimento e a alienação como constituintes da subjetividade.

A incidência da imagem especular implica a formação da unidade do corpo. No entanto, o operador essencial que atua no sentido da assunção da imagem especular pela criança se situa no nível do Outro.

Lacan (1962/1998) ressalta que o valor e a consistência que a imagem mantém nessa dinâmica constituinte do eu só pode ser concebida em articulação ao registro simbólico, que o autor identifica à linguagem e que situa o sujeito no campo do Outro.

Com efeito, a importância conferida à imagem, nesse momento tão inicial da constituição, e a função normalizante que ela vem desempenhar no dinamismo pulsional é dado pelo Outro no sujeito. Num ato que Lacan (1962/1998) formaliza na função do estádio do espelho sob o nome de *movimento de virada*.

Movimento que instala a criança no campo do Outro e o Outro na criança. Evidencia com isso a dimensão alienante do eu que é inteiramente distinta de qualquer concepção de eu autônomo. E mais, nessa instalação do Outro na criança, o sujeito que daí surge desconhece seu próprio desejo, fundamentalmente porque o desejo é desejo do Outro. Desconhece, portanto, a permanência desse desejo recobrando-o com seu eu, isto é, com a imagem especular. Nesse movimento de virada

“a criança se volta, como observei, para aquele que a segura e que está atrás dela. Se nos esforçarmos por assumir o conteúdo da

experiência da criança e por reconstituir o sentido desse momento, diremos que, através desse movimento de virada da cabeça, que se volta para o adulto, como que para invocar seu assentimento, e depois retoma à imagem, ela parece pedir a quem a carrega, e que representa aqui o grande Outro, que ratifique o valor dessa imagem” (p. 41).

Nessa experiência especular, a criança apela ao Outro a existência da imagem a sua frente. Para *só depois*, passando pela nomeação do Outro, assumir a realidade do corpo próprio; seu corpo. O corpo se constitui na relação com a palavra, com o significante do Outro. Com efeito, a palavra convoca o ato. Ato de assunção da imagem.

Nesse investimento libidinal da imagem, a dimensão do olhar do Outro se coloca como fundamental na mediação do reconhecimento da “realidade que a criança reduplica com seu próprio corpo e com as pessoas, ou seja, os objetos que estejam em suas imediações” (LACAN, 1949/1998, p. 97). Reconhecimento que só se instala na condição de alienado ao reconhecimento do Outro. Considerando que aí, no simbólico, ele, o sujeito, não se introduz senão pelo olhar e pela palavra do Outro.

O sujeito, por assim dizer, não reconhece a si mesmo a partir dos seus próprios olhos. Mas, o que implica dizer que o reconhecimento da imagem do corpo não se constitui a partir do olhar sobre si próprio?

Significa ser de imagem virtual que se trata a todo momento. Lacan (1954/1998) nos apresenta o esquema do buquê invertido para anunciar dois aspectos fundamentais da formação da imagem do corpo. Primeiro, a possibilidade da formação da ilusão da imagem depende do ponto de localização do sujeito “no interior do cone, que é o campo $x' y'$ ” (p. 164). Isto é, depende da posição do sujeito dentro de um certo campo que não é outro senão o campo simbólico.

A imagem que o sujeito vê refletida no espelho se mostrará nítida ou comprometida, consistente ou fragmentada, permanente ou descontínua dependendo da posição do sujeito em relação à imagem real. Essa distância se estabelece precisamente pela ação do recalque, donde a imagem mantém em segredo, recoberto pelo eu, uma certa *coisa*, a saber, a imagem real. Nesse sentido, Freud (1915/1974) nos orienta com a preciosa observação de que o recalque introduz “uma cisão marcante entre a atividade mental consciente e a inconsciente; e que a essência do recalque consiste simplesmente em afastar determinada *coisa* do consciente, mantendo-a à *distância*” (p. 96). Um outro modo, portanto, de evocar a ação encobridora da imagem.

A articulação do olhar com a imagem que daí se produz representa a relação com o outro e permite distinguir a incidência do imaginário e do simbólico. Lacan (1960/1998) assinala a importância dessa articulação imaginário e simbólico destacando que o sujeito é o sujeito em que isso pode falar. No entanto, sem que ele nada saiba a respeito.

Lacan (1953-1954/1986) ressalta que a posição do sujeito na estruturação imaginária “não é concebível a não ser que um guia se encontre para além do imaginário, ao nível do plano simbólico, da troca legal que só pode se encarnar pela troca verbal, entre os seres humanos” (p. 167). É necessário o estabelecimento de uma outra dimensão, um guia simbólico que Freud nomeia *ideal do eu*.

O segundo aspecto do que Lacan (1953-1954/1986) recolhe do experimento do buquê invertido é que dessa posição do sujeito no simbólico desdobra-se a formação da imagem virtual. Imagem resultante do “reflexo do olho mítico” que somos. Na medida que no reflexo, isto é, na imagem virtual, imaginária, trata-se do outro eu de nós mesmos. Outro eu do outro que somos e que se produz numa certa distância em relação à imagem real, que como já dissemos está condicionada ao recalque.

Temos, pois, o enodamento imaginário, simbólico e real que fornece as linhas das imagens do corpo humano e a humanização do mundo ao seu redor. A percepção do mundo está sempre em função de imagens ligadas à estruturação do corpo.

Com efeito, e isto é uma indicação lacaniana muito preciosa, o ser humano não vê seu próprio corpo, sua forma realizada, total, isto é, a miragem de si mesmo, a não ser fora de si. Numa imagem projetada, portanto, “miraginária”, para empregar o termo lacaniano. Basta fazer a tentativa de olhar a si mesmo, de corpo inteiro, como se costuma dizer, sem o auxílio de uma superfície refletora para logo percebermos que algo escapa. Algo fica de fora.

Lacan (1953/1954/1986) acrescenta, nesse ponto, que “o outro que somos, está lá onde vimos inicialmente nosso eu – fora de nós, na forma humana” (p. 164). Escreve ainda que a forma total do corpo só nos é dada como “*Gestalt* numa exterioridade que antecipa a maturação da potência (...) e prefigura a destinação alienante do eu” (1949/1998, p. 98). Essa escrita aponta que a forma é efeito do Outro, se constitui na articulação com o Outro.

A incidência da imagem, e podemos dizer da forma, para o ser humano é diferente do que se passa com outros animais. No sentido de que nestes a imagem funciona de modo a capturar o comportamento sexual. No desenvolvimento do funcionamento instintivo, o animal macho ou fêmea é preso na *Gestalt* e se identifica ao estímulo desencadeador que estabelece a relação entre ele mesmo e a imagem deflagradora do ciclo do seu comportamento sexual.

Neste momento, o animal não humano é inteiramente idêntico, e assim permanece, à imagem que comanda sua conduta sexual. Conduta que possui estilo determinado, tanto que o reenvia ao outro indivíduo de sua espécie. Esse outro indivíduo, por sua vez, espera sempre por essa imagem, só por essa imagem.

Isto porque, como escreve Lacan (1953-1954/1986), “só o parceiro da mesma espécie pode desencadear essa forma especial que se chama comportamento sexual” (p. 161). Esse fato biológico se dá igualmente para todos os indivíduos de sua natureza, numa repetição perpétua que comanda a continuidade da espécie. Isso expressa a importância da imagem também para o animal que não possui a fala. Mas isso é igual, sim ou não, no humano?

Não. No humano a forma, a imagem é fundamentalmente ligada à sua impotência primitiva. A imagem que incide implicando a formação do eu o faz essencialmente pela função normalizante do recalque. Em seu estudo *Sobre o Narcisismo*, Freud (1913-1914/1974) aponta que o recalque emana do eu nas suas exigências éticas e culturais, mais precisamente “provém do amor-próprio” (p. 61). Disso resulta que as mesmas impressões, as mesmas excitações e desejos aos quais um sujeito se entrega conscientemente, para outro sujeito, representam o signo de sua rejeição, portanto, a marca de que aí houve a incidência do recalque. Isso implica dizer que um mesmo objeto, uma mesma imagem causa satisfação a um sujeito e repulsa a outro.

Há aí uma diferença radical, na medida em que o objeto sexual do falante possui um caráter fundamentalmente imaginário. O objeto causa do desejo é o que há de mais variável na sexualidade humana. E, por isso mesmo, diferente do estímulo específico despertado pela imagem do indivíduo da mesma espécie, no caso do sujeito falante “um sapatinho de mulher pode ser, muito precisamente, o que provoca num homem o surgimento daquela energia que dizem estar destinada à reprodução da espécie” (1957-1958/1998, p. 238). Em outros termos, sabemos a partir da teorização freudiana da sexualidade, que o laço entre a pulsão sexual e o objeto causa do desejo encontra-se afrouxado e que a pulsão realiza manifestamente objetivos que estão para além da reprodução da espécie.

Lacan (1957-1958/1998) assinala que a imagem do corpo como objeto ilusório, não exerce sua função de imagem enganadora no humano simplesmente por tratar-se de imagem, mas sim deve os efeitos de sua incidência à articulação que estabelece com os outros elementos na cadeia significante. Nas palavras do autor “o objeto ilusório não exerce sua função no sujeito humano como imagem por mais enganosa, por mais naturalmente bem organizada como engodo que vocês a suponham. Ele a exerce como elemento significante, preso numa cadeia significante” (p. 238).

Nessa mesma direção, Freud (1913-1914/1974) já nos apontava que a criança é o que fazem dela os pais, na medida que aí projetam seus ideais. Uma imagem constituída no desejo do Outro. Ele escreve, “Sua Majestade o Bebê”, para acentuar a ação do *ideal do eu*. Isto é, o modo como outrora nós mesmos nos imaginávamos para o Outro. O eu erige em si um ideal a partir do qual mede seu eu ideal e esforça-se para alcançá-lo.

Freud (1913-1914/1974) enfatiza que “é para esse *ideal do eu* que vai agora o amor de si” (p. 79). Antes a satisfação era alcançada nas zonas erógenas, no auto-erotismo, agora trata-se do júbilo diante da imagem total e da satisfação resultante da realização desse ideal.

Lacan (1953-1954/1986) evoca que para Freud (1914-1974) a formação do eu “consiste num afastamento do narcisismo primário, o que dá margem a uma vigorosa tentativa de recuperação desse estado” (p. 74). Esse afastamento se faz ao preço do deslocamento libidinal em direção ao ideal do eu. E, por assim dizer, a estrutura de precipitação não é outra coisa senão o investimento libidinal numa imagem total ela mesma imaginária, ideal. A libido se desloca para a imagem que não é a que está presente no momento. Isto é, a libido é investida numa imagem ideal ilusória formada ali mesmo na imagem que terá sido inacabada. Isto porque a própria noção de prematuridade só pode ser

pensada *a posteriori*, visto que a constituição da imagem do corpo total funda o passado de um corpo inacabado.

A imagem transforma o psiquismo e a formação de um ideal no interior do eu coloca em causa a emergência do recalque. Em outros termos, as exigências do ideal do eu provocam a ação do recalque. Recalque que opera no sentido de atender às exigências de perfeição impostas pelo *ideal do eu* erguido no eu. Exigência vinda do Outro, de fora, e que por isso mesmo se situa no plano simbólico. Nas palavras de Lacan (1953-1954/1986) “o Ich-Ideal, o ideal do eu, é o outro enquanto falante, o outro enquanto tem comigo uma relação simbólica, sublimada, que no nosso manejo dinâmico é, ao mesmo tempo, semelhante e diferente da libido imaginária” (p. 167).

Em nossa experiência clínica com pacientes cuja imagem do corpo foi afetada pelo câncer e pelas consequências do tratamento, destaca-se na fala destes o efeito da incidência do olhar do Outro. Olhar que tanto situa como desloca o falante de uma certa posição na estruturação imaginária, a partir da qual se reconhece e se orienta no mundo.

“Eu vejo como os outros me olham, me olham diferente. Tem gente que olha de um jeito que faz a gente se sentir mais esquisito do que já é”. Conta uma paciente ao falar dos olhares endereçados a ela agora que possui uma enorme cicatriz na cabeça, cujos cabelos ralos não conseguem esconder.

Ou ainda, num acontecimento trazido por um paciente de meia idade, que aqui chamarei de Carlos. Acometido por um câncer de pulmão muito agressivo e avançado, em tratamento com quimioterapia e severamente emagrecido. Ele fala de sua reação diante do olhar e das palavras de um guardador de carros que exclamou:

– *“Nossa! Cara, como você é magro!”*. Ao que Carlos respondeu: – *“É ... estou magro porque tenho CÂNCER”*. Conta ter pronunciado essa última palavra da forma mais

“forte e cortante” que conseguiu. E completa: – *“não é fácil ver o modo como as pessoas te olham, me sinto mais doente ainda”*. – *“Sou pele e osso”*. Por várias vezes repetiu essa enunciação durante os atendimentos, sempre apalpando os braços e as pernas enquanto se olhava, como para confirmar que o que via era carne e osso. .

Na ocasião em que passou por tal experiência, Carlos já havia feito um longo percurso clínico e ir à rua, participar das comemorações em família e mesmo dirigir, coisa que sempre teve prazer em fazer, havia se tornado possível novamente, mediado pelo delicado trabalho de colocar em palavras seu sofrimento. Isto porque Carlos não é um homem de muitas falas, por vezes dizia uma breve frase e dali em diante se entregava a seus pensamentos. Mas esse tempo de silêncio cumpria para ele uma função. Num certo atendimento recordou, como efeito do retorno da fala endereçada a um outro, sua chegada ao ambulatório de psicologia. – *“Eu chorava muito né, doutora. Estava desesperado, deprimido mesmo, né. Mas eu nem precisei tomar remédio, né!”*.

Todo o trabalho de escuta clínica com Carlos foi encaminhado sem o uso de medicação psicotrópica, embora em alguns momentos a utilização de um anti depressivo pareceu ser a decisão mais indicada. Isto porque sua condição psíquica deprimida o lançava para longe de algumas orientações médicas realmente fundamentais em seu tratamento, como por exemplo, alimentar-se. E também porque não é fácil fazer tal tensão discursiva no interior das práticas médicas. Ainda assim sustentei o trabalho pela palavra. Mas o modo de entrada em trabalho e a implicação com a qual o paciente se entregou às vicissitudes da fala associativa orientaram a direção do tratamento sem fármacos. Uma aposta a que o trabalho clínico se autorizou sustentando-se nos laços da transferência. Carlos dizia! – *“É muito importante cuidar do que a gente sente, né. Tem gente que não liga, mas eu vi logo que precisava de ajuda. A cabeça da gente é fogo”*.

Muito ‘magro’, o mesmo significante ao qual foi reduzido pelo guardador de carros, Carlos pesava pouco mais de 45 quilos. Estatura mediana, usava óculos que naquela ocasião pareciam grandes demais para seu rosto esquelético. No primeiro atendimento, tal como ele havia lembrado, Carlos chorava copiosamente e o lenço que trazia nas mãos, de tão molhado, já não dava conta de cumprir sua função. Nunca faltou ou se atrasou a um atendimento mesmo morando distante. – *“Lembra, doutora, eu só chorava, achava que ia morrer e agora estou aqui. Tanto tempo se passou, outras pessoas da minha família morreram e eu estou aqui”*.

Quando veio para seu primeiro atendimento, Carlos não sabia bem ao certo o que fazer ou falar. Como nunca sabemos mesmo. Falar ou escutar algo, contar experiências recentes ou recordar acontecimentos do passado, iniciar a fala ou aguardar alguma orientação, falar de si ou do outro. Em meio a incerteza de como se conduzir, Carlos disse de imediato junto com as lágrimas que saltavam – *“preciso de ajuda”*. A porta de entrada do trabalho foi então empurrada.

Problemas conjugais, separação, reconciliação, vida sexual e a falta dela, conflito com uma das filhas, imagem corporal, morte e vida, Carlos foi ocupando cada atendimento com aquilo que há muito o tensionava, mas que somente o surgimento do câncer e a consequente exigência imposta ao psiquismo empurrou para o primeiro plano de modo a influenciar a fala.

Preservou durante muito tempo a ideia de cura, mas quando ao final do tratamento com quimioterapia e tendo sido contraindicado tratamento cirúrgico, foi encaminhado para uma linha de pesquisa medicamentosa, viu sua certeza vacilar. Ele perguntou certa vez: – *“E se eu não viver...?”*. Nisso eu escuto e digo: – *“E se você não viver... a vida?”* e encerro o trabalho naquele dia.

No curso dos atendimentos que se seguiram, de associação em associação, Carlos tinha agora uma questão: como fazer para viver a vida? Afinal, a despeito da doença e da cura não alcançada ele continuava vivo e isso realmente introduziu um enigma para ele. O fato da morte estava presente e alcançara seus conhecidos, mesmo aqueles que não tinham câncer. A morte era uma certeza, mas a morte por câncer não. Então, o que fazer com a vida?

Foi assim que com seu corpo magro, porque nunca chegou a realmente ganhar peso, Carlos pôde subjetivar algo do real. Se reintroduzir nos trilhos descontínuos da vida, nos problemas, nos fracassos, nas descobertas e nas coisas simples que gosta de fazer. Ele revelou certa vez que a igreja que costuma frequentar conta com “a ajuda de um psicólogo”. No entanto, ele cruza a cidade de ponta a ponta para vir aos atendimentos falar da vida que vive, de como faz na vida com a doença.

Contudo, após o acontecimento com o guardador de carros voltou a se limitar ao espaço de casa. Mas preservou as vindas às consultas e de palavra em palavra, vem podendo construir para si algum limite para o real para o qual a imagem do corpo se mostra agora comprometida como recurso protetivo.

O imperativo que ouvira, “*nossa, cara, como você é magro!*”, o interpelou no nível do ser. No nível mesmo “da estrutura ontológica do mundo humano” (LACAN, 1949/1998, p. 97) que para a experiência analítica se constitui nesse ato de assunção jubilatória da imagem especular, cuja incidência causa o corpo e conseqüentemente o sujeito. Interpelado no nível do ser o sujeito é aniquilado, seu ser é reduzido à condição de objeto. É a esse rebaixamento que Carlos visa escapar ao responder aí com a potência de sua palavra. Ele mesmo recordou ter pronunciado essas palavras da forma mais “forte e cortante” que conseguiu. – “*Não sou, estou*”. Um corte pela palavra e a introdução de uma certa distância em relação ao real.

Esses dois fragmentos clínicos apontam o valor do olhar do Outro para a sustentação da imagem do corpo. Imagem que organiza a realidade duplicada do corpo próprio, dos objetos e pessoas que estão em seu entorno. Por isso mesmo, a incidência do olhar também atua no sentido de deslocar o sujeito de um certo lugar no qual reconhece a si mesmo como distinto da série de objetos que compõem o mundo. Deslocamento de lugar que traz para primeiro plano a posição de objeto de gozo do Outro, falado pelo Outro, tal como na experiência vivido por Carlos.

2.2 – Em nome da “autonomia” perdida

Por todos os espaços de circulação do hospital o que se visa é o restabelecimento da “autonomia do paciente”. A recuperação de suas funções orgânicas, eliminação dos sintomas no intuito de devolve-lo à vida e às trocas sociais. Uma certa restituição de seu lugar no mundo depois da separação introduzida pela doença. Isso também é o que deseja o paciente ao se encontrar com a fragilidade do seu corpo e com o corte na linearidade da vida.

Talvez possamos pensar que se trata de um outro modo de fazer referência à questão do ideal de autonomia do eu, criticado por Lacan (1960/1998). Nos primeiros momentos do tratamento oncológico, seja ele cirúrgico ou clínico, e mesmo nos cuidados dirigidos ao paciente nos momentos derradeiros de sua vida, o ponto no qual a equipe se concentra é o da autonomia.

Nas discussões realizadas em mesas redondas, nos rounds multiprofissionais que acontecem à beira do leito do paciente ou distante deste, a atenção à autonomia está sempre presente. Nos muitos cursos, palestras e eventos científicos organizados neste Instituto e em outros dispositivos de saúde, que tratam de questões ligadas às mudanças produzidas na vida pelo câncer, essa dimensão da autonomia está, de um certo modo, colocada em posição de

destaque. Um tanto tornando invisível, ainda que sem saber, a dimensão da perda, bem dito, da castração, que em verdade está colocada para todos nós que estamos no hospital. Muito se fala do retorno à vida numa certa ilusão de retorno a um estado anterior de coisas, sem considerar que se trata sempre de algo que se relança incluindo inevitavelmente a perda.

Nossa tentativa de mestria sobre o corpo e de apagamento disso que a psicanálise nos coloca de que o corpo é antes efeito do Outro, parece feito para sustentar a ideia de sujeito autônomo. Os instrumentos e invenções no campo da saúde são uma das várias versões de se exercer a ilusão de domínio sobre o corpo. Domínio que é ao mesmo tempo tão exigido em nosso tempo e tão impossível de realizar. Impossibilidade colocada em razão da própria natureza do que é o corpo que a psicanálise trabalha no sentido de sustentar no cerne do discurso da ciência.

Sublinho aqui, com Lacan (1959-1960/1998), que essa dependência e submetimento ao Outro pode ser tomada como limite à ideia de sujeito autônomo. Neste ponto, o autor chama atenção para um certo ideal por ele denominado “ideal de não-dependência” (p. 21), ou mais precisamente, “ideal de profilaxia da dependência”. Destaca que neste ideal tem-se a ilusão de que o eu se forma e se molda pelas normas da educação, do adestramento do hábito – dos bons e maus hábitos. Neste ponto mesmo critica tal formulação e assinala que essa disciplina exercida pela educação atua sempre no sentido de uma “ortopedia”. Ortopedia que conduz a toda sorte de equívocos ligados à concepção do eu como estrutura construída a partir das interações práticas no convívio social.

Essa ortopedia também pode ser notada na “dinâmica e adestramento dos hábitos” (LACAN, 1959-1960/1998, p. 22) apresentados por Aristóteles em sua *Ética a Nicômaco*. Por sua vez, a experiência psicanalítica inscreve a constituição subjetiva num outro registro,

que passa pela via do desejo inconsciente, sendo o eu efeito de uma ação psíquica e não de uma ação prática realizada pelo indivíduo.

A questão gira em torno de se pretender fazer derivar da consciência de si a gênese da realidade corporal. Desconsidera-se nesta perspectiva, qualquer precedência lógica marcada pelo Outro da linguagem e sem a qual não há sujeito.

“É que, na dimensão imaginária que aí se manifesta, essa relação de existência é inversa, na medida em que o não nascido permanece basicamente fechado à visão dela. Mas o lugar que a criança ocupa na linhagem segundo a convenção das relações de parentesco, o prenome, talvez, que já a identifica com o avô, os funcionários do registro civil e até o que nela denotará seu sexo, aí está algo que se preocupa muito pouco com o que ela é *em si*: pois ela que apareça hermafrodita, para ver só!” (LACAN, 1960/1998, p. 659)

A escrita lacaniana enfatiza, portanto, que a criança é antes do nascimento “um polo de atributos”, isto é, de significantes articulados no discurso do Outro. Discurso estruturado como linguagem e que confere lugar à criança no simbólico antes de sua existência na realidade.

Lugar este repleto de aspirações e planos antes mesmo de sua chegada ao mundo das coisas e dos objetos. Um mundo já bem preparado para ela, em nome dela, sem que tenha sussurrado uma única palavra. O que não a isenta nem um pouco das repercussões da linguagem, ao contrário, a submete.

A forçagem que Lacan produz no campo do vivo é fazer regredir a existência humana à ordem simbólica, subordinando-a ao desejo do Outro. Anterioridade do significante que dá vida ao homem antes de sua realidade biológica de carne e osso se fazer presente. Trata-se, portanto, do efeito criador da linguagem.

Mas resta ver, nesse cenário preparado para o não nascido, que, por um lado, tais significantes o fazem *ex-sistir* sustentado no registro simbólico. E, por outro, o alienam no

discurso do Outro. Plano no qual é convocado a tomar lugar como sujeito do desejo. Lacan (1954-1955/1998) assinala que

“o discurso universal, concreto, que vai prosseguindo desde a origem dos tempos, é aquilo que foi verdadeiramente dito, ou melhor, realmente dito – pode-se ir até aí para fixar as ideias. É em relação a isso que o sujeito, como tal, se situa, ele está inscrito aí, é por isso que ele já está determinado, com uma determinação que é de um registro totalmente diferente do das determinações do real, dos metabolismos materiais que fizeram-no surgir nesta aparência de existência que é a vida. Sua função, na medida em que ele continua esse discurso, é a de se orientar, quanto ao seu próprio lugar, não apenas como orador, mas, desde já, como inteiramente determinado por ele” (p. 381)

Assim, para advir como sujeito do desejo não basta ser falado, não basta estar no discurso do Outro, é exigido um ato de sujeito. Precipitação que resgata a criança da alienação imaginária no Outro para *só depois*

“surgir como sujeito do dado dos significantes que o abarcam num Outro que é o lugar transcendental destes, através do que ele se constitui numa existência em que é possível o vetor manifestamente constitutivo do campo freudiano da experiência: ou seja, aquilo a que se chama desejo” (LACAN, 1960/1998, p. 662).

O registro simbólico, Lacan nos ensinou a identificá-lo à linguagem e todo o problema a partir de então é o da articulação simbólico, imaginário e real para a constituição subjetiva e para a realidade que daí se desdobra.

Nesse lugar antecipado em que a criança é esperada – e espera-se que ela o ocupe sem grandes contestações e rebeliões – ela fará sua estreia no mundo sem nada saber do desejo que a constitui. *E* é “por isso mesmo que haverá, grosso modo, um erro de pessoa” (LACAN, 1960/1998, p. 659); visto que nessa dimensão simbólica em que a criança é capturada, nessa dimensão de existência inversa, considera-se, como nos diz Lacan (1960/1998), quase nada da criança “*em si*”, posto que ela já é inscrita para Outro, para outrem.

Por assim dizer, não se trata do desejo do sujeito, este terá de advir, mas do desejo do Outro no qual se aliena para *só depois* fazer surgir seu desejo, sua verdade.

A experiência psicanalítica toma para si a questão de que esse desejo do Outro só o descortinamos pelos efeitos, no sujeito, isto é, em nós, do significante. Lacan (1960/1998) marca neste ponto da tomada de posição imposta ao falante pela linguagem, que trata-se de uma escolha forçada e “que o discurso do Outro esteve ali desde o começo, nem que fosse em sua presença impessoal” (p. 661).

Desconhecimento fundamental inscrito no sujeito como história falada. Sua certidão de nascimento cujas primeiras escritas escapam ao saber. O autor localiza aí todo o drama do sujeito no verbo, ponto de não-saber no qual se encontra com a falta. É pela presença da falta e por dela se proteger que a função imaginária mantém recoberta para o falante a posição de objeto, tornando possível a emergência do sujeito do desejo.

Ainda se servindo da distribuição pulsional evidenciada no estágio do espelho, Lacan (1949/1998) acentua “as funções de normalização libidinal” (p. 98) e amarra essas funções à formação da imagem do corpo, da forma. A forma, escreve ele, “situa a instância do eu”. Nesse sentido, a função do investimento especular situa-se na dialética do narcisismo, tal como Freud indicou ao afirmar que antes da estrutura comparável ao eu não é possível conceber uma organização libidinal. Entretanto, a extensão da vida pulsional não está inteiramente sob a regulação do princípio do prazer a que o eu atende, algo escapa à ordem.

Mas nesse ponto mesmo de normalização da libido, posto em funcionamento pela imagem, daremos um salto na conceituação formulada por Lacan, para indicar o ponto em que o autor situa o falo como operador simbólico que introduz a falta como constituinte do sujeito.

Segundo Lacan (1962/1998) o falo aparece *a* menos, isto é, negativado, como uma lacuna. Faz referência ao falo como sendo da ordem de “uma reserva operatória” que justamente opera sob a forma de uma ausência no nível do imaginário. Isto é, apagado da imagem especular. Lacan (1962/1998) toma de empréstimo do campo ambíguo da topologia a figura do *cross-cap* que, conforme esclarece, trabalha com uma espécie de “*trans-espaço*” constituído, ao que parece, pela pura articulação significativa. Essa figura lhe permite afinar os elementos do imaginário e representar o eixo simbólico; para daí indicar como o corpo pode constituir dois pedaços diferentes.

Uma parte do corpo pode encontrar representação na imagem especular e outra parte pode simplesmente não ser representada e ainda assim ser constituinte do corpo. Isso que não se submete ao regime da imagem é, de acordo com o pensamento lacaniano, um resto. Trata-se então do modo como se atam a relação especular e a relação com o Outro para daí se ver constituir o corpo. Ou ainda, trata-se da relação entre menos *phi*, aquilo que na imagem falta, e a constituição do pequeno *a*, o objeto, para daí ver surgir o sujeito do desejo. Segundo Lacan (1962/1998), esse resto é o pivô de toda essa dialética.

O objeto *a*, esse resto, é para Lacan (1962/1998) o que sempre está em jogo quando Freud coloca em questão a angústia. Um objeto tão difícil de representar que a experiência lacaniana indica que para nós se trata de imaginá-lo no registro especular. Isso porque se ali, no lugar onde a falta deve ocupar, “alguma coisa” faz aparecer o objeto, então, o que se produz como efeito é angústia. Angústia produzida pela presença do objeto no campo imaginário. É com isso que vimos manejando quando estamos tratando da ruptura da imagem e invasão do objeto no campo especular.

Dito de modo direto, Lacan (1962/1998) afirma que a *Unheimlichkeit*, a estranheza, “é aquilo que aparece no lugar em que deveria estar o menos-*phi*. Aquilo de que tudo parte,

com efeito, é a castração imaginária, porque não existe, por bons motivos, imagem da falta” (p. 51). E prossegue dizendo que se aparece algo ali é porque “a falta vem a faltar” (p. 51). Lacan (1962/1998) chama nossa atenção para o entendimento de que a castração imaginária é da ordem do que Freud nomeia “perda do objeto”.

Retornando à pesquisa freudiana, seguindo a orientação dada por Lacan neste ponto, destacamos que num estudo detido sobre as Inibições, sintomas e angústia, Freud (1926-1925/1974) e outros autores se colocam a questão “da relação da pessoa com o perigo” (p. 32). Alfred Adler, por exemplo, que realizou estudos por volta de 1915 relativos à reação de angústia diante do perigo, sustenta sua tese na existência de um “defeito orgânico” na causação da angústia. Uma concepção que aponta para a noção de fraqueza psíquica postulada por Pierre Janet.

Por sua vez, em 1923, Otto Rank, afasta-se dessa concepção de “inferioridade orgânica” e concentra-se no “grau variado da intensidade do perigo” (p. 33). Concebe o processo do nascimento como a primeira situação de perigo, de tensão, e a “convulsão econômica” que a ele se segue como protótipo da reação de angústia. Freud reconhece aí esforços autênticos dedicados aos problemas levantados pela psicanálise. Isso porque tal acontecimento se liga diretamente às descobertas feitas em seu Projeto de 1895. Neste Freud enfatiza a marca psíquica deixada por experiências que causam grande impressão ao psiquismo como, por exemplo, a dor, a satisfação e o próprio nascimento.

Quando Rank apresenta as coisas em termos de grau de intensidade do perigo ele recupera algo do estudo de Freud (1895-1950/1974) no ponto relativo aos deslocamentos das quantidades de energia (Qs) no interior do aparelho psíquico, passando pela experiência do trauma. Como também eleva ao primeiro plano a valiosa formulação freudiana do seio da mãe como objeto perdido em termos biológicos e psíquicos. Assim, de uma concepção

individual e orgânica da angústia ao postulado universal de uma realidade psíquica que está colocada para todos os sujeitos, a perda do objeto, do objeto do desejo é, conforme escreve Lacan (1962/1998), a chave para abrir caminho à compreensão da relação existente entre a falta e o desejo. Já adiantando: o desejo surge na presença da falta.

Nesse ponto, de uma maneira um tanto lateral em relação àquilo que vimos desenvolvendo até aqui a respeito da possibilidade ou não da operação do recalque secundário, somos convocados a dar lugar a um acontecimento recorrente na clínica do dano à imagem.

Nossos pacientes nos falam com uma certa constância que nos aguça a escuta, a respeito da perda de interesse pelas coisas do mundo externo quando essas não dizem respeito ao mal-estar físico ou à dor que sentem. Freud (1914/1974) formaliza que isso se traduz no fato de que retiramos o investimento libidinal dos objetos amorosos quando estamos doentes. Isto é, deixamos de amar enquanto sofremos: “sentiu sua alma concentrada no estreito orifício do molar” (p. 75). É assim que o sofrimento do poeta atormentado por dor de dentes é lembrado por Freud para destacar a restrição que a dor e a doença impõem ao psiquismo. Uma certa paralisia na dinâmica libidinal que fala no sentido da experiência do trauma com seu caráter excessivo.

Em continuidade a essa concepção da dor e do sofrimento no corpo, Freud (1914/1974) afirma que “o homem enfermo retira suas catexias libidinais de volta para seu próprio eu, e as põe para fora novamente quando se recupera” (p. 76). Em alguns casos conseguimos acompanhar esse efeito de retorno à vida. No entanto, um longo e delicado trabalho de escuta vem sendo feito com sujeitos que mesmo após o controle dos sintomas físicos nos falam no sentido de quadros severos de angústia.

São vigorosos os relatos de estados de angústia experimentados por pacientes atormentados e aterrorizados pela ideia de recidiva da doença e mesmo pela certeza paranoica de morte em decorrência do câncer. Uma paciente, que aqui chamarei de Carmen, recém encaminhada ao ambulatório de psicologia, me fala de modo atropelado de suas tentativas frustradas de *“distrair o pensamento”*. – *“Meu marido sai cedo para trabalhar e meus filhos não moram mais comigo e aí me vejo sozinha e tento parar meus pensamentos”*. Conta que de repente é tomada *“por uma sensação estranha que não sei de onde vem”*. Ela prossegue passando a mão no peito apressadamente: – *“é um troço que não consigo explicar”*.

Esta vinheta clínica parece justamente destacar a vinda ao primeiro plano não de algo que anteriormente sofreu a vicissitude do recalque e que agora retorna à consciência. Mas sim, a apresentação de algo que justamente nunca sofreu a censura do recalque e que parece dizer respeito ao resto não simbolizado, apontado por Lacan, e que nossa experiência com a clínica do dano à imagem também parece indicar.

CAPÍTULO III

Uma clínica para o corpo

3.1 - Com a psicanálise no hospital: uma aposta

À primeira vista pode parecer um tanto estranho que quase ao final dessa pesquisa eu queira retornar a algo que se situa no princípio do trabalho clínico desenvolvido no hospital. Algo que fundamentalmente se encontra na base do trabalho orientado pela psicanálise lacaniana e que se pretende levar adiante no contexto hospitalar.

Isto é, não se trata de modo algum de uma escrita *sobre* os pacientes que lá se encontram para tratamento. Ou ainda da discussão *a respeito* do hospital e seu funcionamento. Na verdade, relaciona-se com um posicionamento muito fino que se evidenciou ao longo das orientações que deram corpo a essa dissertação.

Então, podemos afirmar que trata-se do trabalho *com* as palavras que recolhemos da boca dos pacientes e *no* lugar mesmo onde eles e nós também nos encontramos, a saber, *no* hospital. Não estamos numa posição de exterioridade em relação à estrutura de funcionamento da instituição hospitalar. Ao contrário, estamos submetidos a essa estrutura. Contudo, toda construção clínica é inventada na intenção de não sucumbirmos a ela. De não cedermos à tentação de atender à demanda sem introduzir aí um mínimo de estranhamento nisso que com a passagem do tempo tentamos tornar familiar e rotineiro.

A fragilidade exposta do corpo do outro e que remete a nossa, o sofrimento psíquico de permanecer consciente assistindo à falência de si próprio, a dor física que não cessa mesmo com o uso de medicações de última geração, a distância da vida social e familiar imposta pela doença, a morte, as lágrimas diante das diversas perdas vividas ao longo do

tratamento: todas essas experiências, tão presentes na cena do hospital, nem por isto se tornam algo familiar, corriqueiro e de fácil manejo. Não são.

São assim disfarçadas somente como forma de resistir a elas, de fazer frente ao encontro com a fragilidade do nosso próprio corpo: é de defesa psíquica que se trata. Basta colocar-se ao lado de qualquer profissional diretamente envolvido no cuidado, para escutar o ponto em que isso toca. Costumo dizer que caminhar muito tempo ao lado da morte, tende a imprimir em nós uma certa lembrança constante da condição finita da existência humana. Isso confere especial valor ao jogo da vida.

À primeira vista, somos levados a supor que a transitoriedade da vida, da Natureza, do mundo de nossas sensações e dos objetos, neles incluídos nosso próprio corpo, conduz a “dois impulsos diferentes na mente. Um leva ao penoso desalento, ao passo que o outro conduz à rebelião contra o fato consumado” (FREUD, 1916-1915/ 1974, p. 118). No entanto, pelo contrário, o autor nos aponta que a transitoriedade, a propensão à decadência implica justamente no aumento do valor das experiências.

Freud (1916-1915/1974) aponta dois eixos fundamentais da condição humana que se ligam ao investimento libidinal: o primeiro, “o valor da transitoriedade é o valor da escassez no tempo” (p. 119) e, o outro, “a limitação da possibilidade de uma fruição eleva o valor dessa fruição” (p. 119). Isso pode ser acompanhado na fala de dois pacientes.

Recém chegado para atendimento no ambulatório de psicologia, um paciente diagnosticado com câncer de pulmão, tratável por quimioterapia, casado, sessenta e três anos, dois filhos e netos, se apresenta inteiramente devastado pela doença. Humor deprimido, cabeça baixa, fala muito pouco, responde apenas às perguntas feitas. Mas nem essas fazem disparar sua fala. Esse estado de coisas seguiu-se assim durante um período de tempo.

A notícia da doença e a doença em si o haviam lançado num estado de imobilidade psíquica e física. Sua restrição física não era algo que surgira como resultado de qualquer dificuldade motora decorrente da doença. Mas sem dúvida se afigurava como efeito da ação do psíquico no somático. Uma espécie de paralização da possibilidade de investir libidinalmente os objetos, incluindo aí seu próprio corpo.

No atendimento seguinte, a fala também era escassa e a isso foi concedido lugar. Depois de algum tempo vasculhando seus pensamentos, um certo silêncio foi rompido. Ele fala: – *“Eu não tenho medo da morte. Se ao menos eu soubesse quanto tempo de vida tenho, poderia aproveitar a vida com minha família, curtir meus netos, fazer passeios...”*. Seu pensamento desdobrado em palavras, evidencia sua percepção de que o conhecimento do tempo que restava de vida justamente conferiria beleza, prazer e valor às experiências da vida, tal como Freud (1916-1915/ 1974) assinala. Para ele a satisfação só poderia sobrevir no cálculo do tempo que restava, isto é, na presença da falta. Acreditava que ao saber o tempo limite de sua vida poderia então viver justamente por saber do seu fim próximo.

Uma outra paciente, Carmen, diagnosticada com câncer no sistema nervoso central fala de sua experiência com as impossibilidades que lhe foram apresentadas ao longo do tratamento. A doença comprometera exatamente a área do cérebro responsável pela função motora. Por essa razão e pelo risco que a evolução da doença oferecia a sua vida, foi submetida a ressecção do tumor. Curioso ressaltar que, em se tratando de pacientes neurocirúrgicos, as noções de ‘tempo’ e ‘recuperação’ aparecem aí significativamente deslocadas de um certo referencial de tempo cronológico. O modo de se pensar e se estimar o ‘muito’ ou ‘pouco’ tempo é diferente, obedece a uma outra lógica.

Isso nos faz evocar a própria noção de tempo psíquico formulada por Freud e continuada por Lacan, na qual o tempo de funcionamento do inconsciente não é regido pelo

tempo cronológico. É isso que causa estranheza na equipe médica quando um paciente, depois de ter “respondido bem” ao tratamento clínico ou cirúrgico, bem mais tarde mergulha num estado depressivo ou não consegue retomar seus projetos de vida a despeito de todo “sucesso terapêutico”. Essa dissimetria entre tempo psíquico e tempo objetivo, isto é, a temporalidade particular que transparece no dizer dos pacientes em descompasso com os acontecimentos da realidade externa, continua sendo o grande desafio a ser manejado em todo tratamento. Mas um descompasso próximo a esse também é possível de se ver no campo médico. Isto porque apresenta-se como algo inteiramente estranho para o paciente, e para mim também, as ocasiões em que com convicção o neurocirurgião, após dois ou três anos da cirurgia, ainda se mantém firme na certeza da recuperação da função motora de alguns pacientes.

Assim foi que essa paciente há algum tempo em atendimento comigo, começou a sentir um “formigamento estranho” nas mãos. Até ali era uma tarefa extenuante, por exemplo, segurar a faca para realizar o corte de algum alimento: – *“Ela não me obedece, às vezes se mexe sozinha e faz uns movimentos estranhos”*. Esse estado de coisa havia impedido seu retorno ao trabalho e causava todo tipo de dificuldades em sua vida.

No entanto, assim que os “formigamentos” iniciaram, passou a experimentar uma sensação diferente: – *“Sinto meu corpo voltando”*. Aos poucos, o controle dos movimentos retornava e o que até então se mostrava improvável, mas não para a certeza do neurocirurgião, se confirmou. Carmen gradativamente recuperava os movimentos e o ritmo de sua existência.

Passara anos limitada na possibilidade de fruição não só dos movimentos, mas também na fruição da vida. Cada pequeno movimento conquistado era enormemente valorizado e vivido com contentamento. Ela diz: – *“Não acreditava mais que ia voltar a*

mexer as mãos. Eu sei que é muito pouquinho, mas pra quem não conseguia segurar um copo, passar manteiga num pão e cortar as coisas fico muito feliz de ter esse pouquinho”.

No discurso de Carmen o que aparece é a potência do prazer intensificado pela privação até então experimentada por ela. Essas duas passagens clínicas reafirmam a tese freudiana de que a escassez do tempo e a restrição da fruição aumentam o valor da experiência e, nesse sentido, ali onde o limite surge o que se recolhe como efeito é o investimento libidinal, o investimento na vida.

Há ainda outras estranhezas no contexto hospitalar. O hospital com sua intenção curativa ou devido à própria natureza daquilo que pretende identificar, controlar e tratar – a doença – paradoxalmente convoca ao silêncio e ao apagamento dos acontecimentos que apontam o mal-estar.

Vale lembrar aqui a história que Foucault (1979/2006) nos apresenta sobre o nascimento do hospital no final do século XIX e o destino dos doentes nessa época, mostra que tanto um como outro, ora por atender à política de organização da sociedade ora pela justificativa de proteção dos indivíduos, foram historicamente colocados à margem do cenário social. Os hospitais nas periferias das cidades em desenvolvimento e os doentes reclusos neles.

De alguma forma, ainda hoje sustentamos certas práticas de isolamento e silenciamento daquilo que perturba a ordem estabelecida do trabalho. O próprio ato de se colocar o biombo ao redor do leito dos doentes mais graves e em cuidados ao final de vida pode ser incluído nesse tipo de experiência de isolamento.

O biombo posto ali para velar, resguardar, na verdade, mais re(vela) do que esconde. Revela que o hospital, instituição com vocação terapêutica posta em ação pelo corpo profissional que o integra, organizado para restabelecer o bom funcionamento dos órgãos

afetados pela doença, também tem que se haver com o enigma da morte que se apresenta a despeito de todos os esforços para negá-la.

Com certa frequência, me encaminho para o atendimento de familiares que diante de uma perda recente dizem: - *“Mas ele chegou aqui andando e falando. Como isso pode ter acontecido, doutora?”*. Um duplo estranhamento, tanto dirigido à morte como possibilidade efetivada, quanto ao hospital como lugar onde também se morre. - *“Como é possível isso, doutora, alguém vir para o hospital para se tratar e morrer! Um hospital como esse, tão cheio de recursos”*, desabafa uma outra senhora um tanto duvidosa dos cuidados oferecidos a sua irmã que acabara de falecer. No modo como essa senhora encaminha a fala, fica completamente apagada em seu discurso a gravidade da doença e a rapidez com que se deu a evolução do câncer que vitimara sua irmã. Não faz qualquer alusão à morte como resultado da decrepitude do corpo ou como contingência da vida a qualquer tempo. Isso revela todo trabalho psíquico feito no sentido de manter à distância a angústia provocada pela ideia e efetivação da morte.

Dito isso, é preciso ver que no hospital nos introduzimos sem estarmos a salvo das tensões, identificações e imperativos de cura que, no mais das vezes, orientam decisões que costumam considerar muito pouco o que há de singular em cada caso. O saber que se decanta do sofrimento colocado em palavras pelo paciente não é anterior às suas associações, ausências, recordações e atos falhos. É necessário tempo.

A fala do sujeito, ao menos para nós, desde a experiência freudiana, continua sendo a matéria prima que impulsiona toda produção, toda invenção levada adiante na tentativa de responder à exigência pulsional feita pela doença e à máquina hospitalar. Mas o lugar da fala não está garantido, trata-se de uma aposta a cada momento, relançada a cada novo impasse.

Se o lugar da fala não está garantido, tampouco o lugar para que os atendimentos aconteçam se encontra em melhor condição. A cabeceira do leito do paciente continua sendo o espaço privilegiado no qual o trabalho clínico se desdobra. A própria condição do doente muitas vezes não permite sua saída do leito ou da enfermaria. Ou ainda, a espera ansiosa pela visita médica faz com que o paciente decida por iniciar a fala ali mesmo. Seja como for, o próprio tom de voz, as subidas e descidas na fala, a mudança de posição no leito por vezes são o que configuram o *setting* do atendimento. Há algo a ser dito e não é para-todos.

Em minha experiência no hospital, nos casos em que se mostrava possível, costumava caminhar com um ou outro paciente ou familiar até um conjunto de cadeiras próximo à porta de entrada que leva às enfermarias. Também ali havia muito pouco do que se pode chamar de privacidade, pois estávamos no hall dos elevadores. Mas ao menos ali podia me sentar numa certa diagonal em relação ao paciente. Depois de algum tempo notei que todas as vezes que realizava meus atendimentos nesse espaço, todos que por ali passavam, de certa forma guardavam alguma cerimônia diante do que se dava naquele espaço improvável: confidências, lágrimas, silêncio, sofrimento, pedidos de ajuda.

Os profissionais que por ali transitavam eram incapazes de interromper o atendimento e se o faziam era sempre com pedidos de desculpas e de modo breve para comunicar algo igualmente breve. Assim foi que certa vez, durante a discussão de um caso clínico com a equipe, uma das enfermeiras exclamou: – *“Queria ter falado com você antes, mas vi que estava atendendo em seu consultório e não quis atrapalhar!”*. Notei então que havia se constituído sem paredes, sem portas, sem hora marcada e sem divã um *setting* sustentado no laço simbólico do que ali se dava.

Aquele cantinho ao final do corredor, com algumas cadeiras e um discreto quadro preso à parede, foi desde então nomeado por todos da equipe multiprofissional de “meu

consultório”. Até que há alguns meses uma pequena sala ao lado do “consultório” foi desocupada e a profissional que lá trabalhava fez a seguinte recomendação à chefe da enfermaria ao se mudar para outra sala: – *“Estou desocupando essa sala, vou avisar na administração e gostaria que as chaves fossem entregues àquela psicóloga que atende aqui nessas cadeiras. Ela precisa de um lugar adequado para atender os pacientes.”*

Foi curioso ver a alegria de todos e a minha também. Cada um quis contribuir com algum objeto que ajudasse a decorar a sala que, naquele momento, só contava com mesa e cadeira. Por alguma razão sustentei que não fosse colocada a sinalização na porta com a indicação ‘sala da Psicologia’. Logo o espaço foi nomeado “a salinha”. Os atendimentos aconteciam ali nas vezes em que era possível para o paciente ou familiar irem até lá, tal como acontecia no antigo “consultório”.

Ao longo dos dias e meses fui recolhendo algumas falas dos profissionais com os quais trabalho e pude escutar que a salinha cumpria para eles uma função velada. Isto é, uma quota do sofrimento experimentado por cada um ao se defrontar nos corredores com a dor do outro, agora podia ser mantida à distância na salinha, longe do olhar. A dor, a angústia, o lamento, as lágrimas dos pacientes passaram a ter um *“lugar adequado”*, tal como a profissional que ocupara a sala anteriormente havia enunciado.

Contudo, a experiência clínica revela que, ao menos para os pacientes, colocar em palavras isso que os afeta está mais associado à possibilidade de endereçamento da fala a Um na posição de escuta do que ao lugar físico em que isso se desdobra. Não se trata de um lugar constituído, mas sim constituinte das condições de existência da clínica psicanalítica no hospital.

Em última análise, podemos sustentar, apoiados em Freud e Lacan, que o lugar nada reservado para o mal-estar situa-se na própria experiência do viver, na qual os homens se

esforçam por inventar lenitivos para o sofrimento proveniente das regras e interdições criadas por eles mesmos, paradoxalmente, visando protegerem-se do mal-estar. Com efeito, a dinâmica inconsciente que opera no sentido de ocultar o sofrimento e evitar a angústia é potente e, por isso mesmo, assistimos no hospital diversos arranjos de trabalho que visam evitar o mal-estar.

Anne Joos (2014) no prefácio do livro de Andrea Lehmann, *L'atteint du corps – une psychanalyste em cancerologie*, relembra o ensinamento freudiano de que o fato de se herdar algo não é suficiente para que a herança seja recebida. Ao ato de doação é preciso que se siga o ato decidido de tomar lugar na transmissão. Um ato que modifica a herança transformando-a em algo próprio e que, por isso mesmo, dá condições para a transmissão.

Ao extrair consequências do texto freudiano, a partir de Lacan, Lo Bianco (2011) ressalta as condições envolvidas na transmissão de uma tradição; seja ela ligada à religião, à política, às instituições ou ao próprio advento do sujeito. Não exageramos se reconhecermos que aqui o que nos interessa é esse irrisório, mas significativo acontecimento de uma sala herdada e destinada aos atendimentos psicológicos. Aqui também é de transmissão que se trata e das condições de se fazer com a herança. Essa se articula à “questão do sujeito do desejo em sua relação com a palavra do pai e o lugar que ela ocupa na transmissão”, afirma Lo Bianco (2011, p. 16)

Mais ainda, a herança não é transmitida naturalmente, “o natural está perdido”, aponta Lo Bianco (2011). Trata-se de uma operação, do lugar do sujeito na cadeia de transmissão, na qual recorrendo ao pai como operador da castração instala o sujeito na via do desejo. O pai, que aqui não é tomado em sua função social, isso só virá depois, intervém como operador da transmissão “em relação a qual o sujeito virá a tomar lugar” (p. 16).

Esse é o ponto crucial no qual, a partir do escrito lacaniano, a autora coloca o peso de toda discussão. Sem a “tomada de lugar” a transmissão não se realiza e a herança se perde. Trata-se de um ato e, portanto, o sujeito não está colocado *a priori* numa linha sucessória que garante seu lugar e a própria aquisição da herança. Mas sim, assume para si a herança no ponto mesmo em que toma lugar nisso que o concerne e que, por sofrer o efeito do seu ato, justamente, modifica a herança tornando-a sua.

Freud (1939 [1934-38] 1974) aponta que a primeira forma de organização social deve sua origem à modificação introduzida pelo grupo de machos na herança deixada pelo pai morto por seus filhos. O lugar sem lei outrora ocupado pelo pai da horda e mantido por meio da força bruta, foi agora transformado por seus filhos, que em lugar de repetir perpetuamente a agressividade paterna, reconheceram a destrutividade dessa ação. E "rememoraram o ato de libertação que haviam realizado juntos, e os vínculos emocionais que haviam surgido durante o período de sua expulsão, conduziram por fim a um acordo entre eles, a uma espécie de contrato social” (p. 76.). Há também aqui o ato transformador dos filhos nisso que era a herança aniquiladora do pai tornando-a possível agora de vigorar na forma de um laço social.

Joos (2014) assinala que “uma tal aquisição só é possível a partir de uma perda, é preciso renunciar a manter intacto o que lhes foi transmitido e constatar que nenhuma herança é isenta de furos, de falhas” (p. 32). Aquilo que se herda não é idêntico ao que é deixado como herança, algo se inscreve como perda para que a aquisição aconteça, isto é, para que a transmissão se dê.

Assim foi que renunciando em alguma medida à “sala adequada para atendimentos” deixada pela antiga ocupante, que “a salinha” pode transformar-se num lugar de porta entreaberta, onde os profissionais passam rapidamente para desejar bom dia, se sentem à vontade para ficar por uns instantes, para dizer de algum atendimento difícil, para discutir

um caso clínico, para conversar em particular com algum familiar e também comigo. Além disso, é também um espaço *possível*, muito diferente de ser “adequado”, para o trabalho de escuta que realizo. Quanto a isto Joos (2014) acrescenta que

“a aquisição de uma herança implica um duplo movimento: aceitar receber o que vem do outro e retomar essa herança por nossa conta, o que supõe cortá-la, transformá-la para dela se apropriar. É um trabalho real, ou mesmo um trabalho sobre o Real, dado como necessário já que nenhuma obra transmitida pode ser recebida como acabada” (p. 34).

Quando estamos no hospital, nos incluímos nesse cenário como mais um no conjunto indistinto de profissionais de saúde que visam o "*cuidado daquele que sofre*", expressão comum no linguajar utilizado no hospital. Há portanto uma uniformização que reduz todos a um mesmo significante. No entanto, nisso que se convencionou chamar profissionais de saúde é possível notar a distinção que se faz entre equipe médica e equipe de cuidados. Ou ainda, entre corpo médico e corpo assistencial.

Nessa partilha, o médico, pelo saber suposto e de fato que detém sobre o corpo e seus desarranjos, assume posição de destaque no tratamento. Joos (2014) ressalta que “o psicanalista que opera nesses lugares, vai precisar levar em conta que ele não é o lugar primeiro do endereçamento; ele participa da transferência ao médico” (p. 37). É ao médico que o paciente endereça seu sofrimento, seu pedido de ajuda para aquilo que vai mal no corpo. O sintoma tem aqui valor de sinal, de indicativo de algo a ser descoberto e eliminado. Isso faz dessa primeira demanda algo eminentemente orientado para a solução do sintoma orgânico, para o restabelecimento da homeostase do corpo.

Um sintoma eminentemente, mas não exclusivamente orgânico, pois algo ultrapassa o orgânico ou, em outros termos, não se reduz ao registro biológico. A experiência analítica nos ensina que o sintoma vem em substituição a isso que não se realiza no enodamento

somático e psíquico. Algo falha e, nesse sentido, o sintoma analítico vem representar algo que *terá sido só depois* o corpo íntegro.

A experiência analítica vem apontar que algo fracassa na experiência de satisfação. Isto porque aquilo que se busca não é idêntico ao que se alcança. Algo não se completa. Essa dinâmica pulsional nos ajuda a pensar os movimentos no hospital. Justamente porque mesmo quando há “sucesso terapêutico” – e no hospital isto é lido como intervenção médica bem sucedida – há também fracasso. Mas este é mais claramente notado do lado do paciente. Os pacientes retornam para falar de um certo descompasso, de uma certa diferença no corpo outrora íntegro, perfeito.

O corpo comporta em si a perda como condição de sua constituição e, nesse sentido, o restabelecimento do corpo operado pela medicina é sempre uma solução precária. O sujeito terá que se haver com a fragilidade do corpo atualizada pela doença. Embora o hospital seja um lugar onde a falta predomina, a cada vez ela se apresenta de uma forma. Então, trata-se de um trabalho no qual a escuta não é tomada no registro do para-todos, sendo necessário Um que faça com à falta.

Partindo desse ponto de fracasso, os pacientes vêm falar do corpo tratado pela medicina, modificado pela doença e tornado estranho para ele próprio. Tomemos o caso de uma jovem mulher em acompanhamento pela cirurgia torácica e encaminhada ao serviço de Psicologia. Gabriela, nome fictício, 35 anos de idade, em atendimento comigo no ambulatório há quase dois anos. Inicialmente diagnosticada com câncer ginecológico foi submetida à ablação dos dois ovários e retirada do útero. Conta que desde então sente como tendo *“perdido parte do que é ser mulher. Me sinto oca”*.

Pouco tempo depois foi submetida a tratamento com quimioterapia, o que ocasionou a queda de grande parte dos cabelos. No período que antecedeu a marcação da quimioterapia,

veio aos atendimentos chorar a perda dos cabelos que inevitavelmente aconteceria. – *“Já não sou tão bonita e ainda mais sem cabelo. Não quero que ninguém me veja assim”*.

Em certa ocasião, já no período em que fazia a quimioterapia, conta que parou para tomar um suco num barzinho, próximo à faculdade em que havia estudado, quando sua atenção se voltou para um homem que entrara no estabelecimento. Logo notou, com o canto dos olhos, que era um dos seus professores com quem costumava conversar ao final das aulas. Então, permaneceu *“imóvel”*, não fez qualquer movimento que pudesse chamar a atenção dele e pensou: – *“Deus, por favor, faça com que ele não me veja!”*.

Ao recordar essa cena no atendimento, completou: – *“Que boba eu, quem disse que ele se recordaria de mim. A Gabriela que ele conheceu era outra, estou muito diferente, sem cabelo, feia”*. Nesta fase do tratamento, na maior parte do tempo, se recolheu ao espaço de sua casa. Saía apenas para ir às consultas médicas e aos atendimentos comigo.

Seguiu-se ainda a investigação de uma imagem suspeita no tórax. Suspeita que foi confirmada, tratava-se de metástase no osso esterno. Estrutura óssea localizada na parte anterior do tórax. Esse osso e suas estruturas auxiliares dão sustentação, contorno e tônus à região do colo do seio. Justamente essa parte do corpo seria retirada na cirurgia.

Gabriela conta que o colo dos seios era a parte do seu corpo que mais se orgulhava e gostava de exibir. Chorando ela diz: – *“Essa era uma das poucas coisas que eu gostava em mim, como não tenho muito peito sempre usei camisetas sem soutien, decotes. Mas agora...”*. Se levar para a cirurgia não foi algo que Gabriela tenha feito de maneira passiva e obediente. Ela precisou de tempo para falar de sua falta de escolha diante da cirurgia. Do meu lado foi necessário manejar esse tempo inexistente junto aos cirurgiões. Um tempo inventado nas discussões de caso, nas conversas informais nas quais a angústia também se apresentava do

lado dos médicos. Afinal, a cirurgia não era uma garantia de que a doença não retornaria em outro órgão.

Para Gabriela, a cirurgia apontava sua falta de escolha na vida: – *“ninguém me perguntou se eu queria ou não ter câncer e agora tenho que decidir se quero ou não operar. Na verdade, é porque não tenho escolha que vou ter que operar. Eu até tento pensar positivo, pensar aquelas coisas boas que as pessoas falam. Mas toda vez que tento fazer isso a vida me mostra que só estava me enganando. Nunca tive sorte na vida mesmo, então...”*.

A experiência com a doença dava a ela a certeza de que estava predestinada aos maus agouros da vida. Gabriela temia acreditar que a cirurgia poderia de alguma forma conter o avanço da doença. Temia se frustrar, tal como disse ter acontecido outra vezes em sua vida. No entanto, não se autorizou a recusar a cirurgia.

Nos dias imediatamente posteriores à operação, não conseguiu olhar a ferida, mas quando o fez disse que o que havia em seu peito era *“um buraco”*. Foi assim que nomeou o espaço deixado pela parte do corpo que havia sido retirada. Durante os atendimentos, na enfermaria e no ambulatório, por diversas vezes quis e me mostrou *“o buraco”*. Simulava posições em que *“o buraco”* poderia ser visto por outra pessoa caso usasse camisetas ou decotes.

Ocupava os atendimentos com os pensamentos que a atormentavam e que não conseguia dizer a mais ninguém. – *“Decidi ficar calada e guardar para mim o que penso, porque quando falo essas coisas as pessoas tentam logo me consolar”*. Gabriela conta que percebia que as pessoas não queriam ouvir as coisas que dizia. E certa vez disse que achava estranho que me interessasse pelo que falava. Ela retornava aos atendimentos para falar do que ninguém mais *“suportava ouvir”*: sua descrença na vida, nas pessoas, nela mesma, seus relacionamentos fracassados, suas ideias suicidas, seu buraco.

Gabriela tem um filho adolescente que por volta dos nove anos de idade decidiu ir morar com o pai, seu ex marido. Conta que havia se aberto um “buraco” dentro dela quando isso aconteceu. – *“Aquilo me doeu tanto”*. Julgava não ter servido como mãe e agora não “prestava” como mulher, já que nela faltava um pedaço. A vida para ela não tinha sentido e ao longo do trabalho clínico se dedicou a falar de sua intenção de tirar a própria vida. Aprimorava em seu pensamento o suicídio que daria fim ao seu sofrimento e de sua família.

Essas ideias deixavam sua família muito preocupada e certa vez sua irmã veio ao ambulatório, sem seu conhecimento, para falar de seu temor. Temia que Gabriela cumprisse a ameaça de tirar a própria vida. Alguns atendimentos depois a paciente veio encerrar o trabalho clínico, pois havia se decidido: – *“Vou me matar”*. Mas junto a isso disse de tudo que havia feito para tratar a doença, que queria ter uma vida em que coisas boas também acontecessem, que queria ter tempo para fazer coisas. Interrogo então que o suicídio encurtaria ainda mais esse tempo. Ela afirma que ficaria bem, estava decidida e que havia ido apenas para desmarcar a consulta seguinte.

Digo então que ainda assim deixaria a consulta agendada e que o tempo do atendimento ainda era dela. Ela retruca que outra pessoa poderia ser atendida em seu lugar e vai embora, desta vez sem agradecer como costumava fazer antes de sair. Gabriela não veio ao atendimento seguinte. Não veio ao atendimento seguinte ao seguinte. Ela não retornou.

No trabalho clínico que Gabriela havia feito até ali, a questão da imagem esteve sempre presente. A imagem do corpo deformado pela doença retorna para ela como uma espécie de perda de contorno na vida: – *“Ao menos antes eu acreditava que tinha algum controle das coisas, mas agora não sei nem o que pode acontecer com meu corpo. Outro câncer simplesmente pode aparecer. Não sei mais o que posso e o que não posso fazer”*.

O tratamento aos poucos modificava o viço da pele, os cabelos, o tônus do corpo, seu investimento na vida. Ver sua própria imagem modificada era para ela insuportável, na medida em que testemunhava sua redução à condição de objeto. Quando trabalhamos com pacientes que tiveram seus corpos modificados pelo tratamento do câncer ou pelo câncer em si, aí estamos manejando com um sujeito que não é mais protegido pela imagem como antes. Nesse ponto, não se trata de encaminhar um trabalho no sentido da restauração da imagem, mas de dar ao sujeito condições de dizer, de colocar palavras nisso que foi destruído pela invasão do Real.

Catherine Morin (2015) em um artigo escrito a quatro mãos com Thibierge, no qual discute as relações mútuas entre psicanálise e neurologia, cunha a expressão “*restauração narcísica*” em oposição à ideia de “compensação das funções perdidas”. Noção habitualmente difundidas nos serviços de reabilitação, nos quais as atitudes de “aceitação” e “motivação” do paciente são pensadas como elementos indispensáveis em sua readaptação.

Contrária a essa ideia adaptativa do paciente à nova condição do corpo, partindo de sua experiência clínica, a autora assinala “que para o paciente, se trata também de encontrar uma imagem aceitável de si mesmo, isto é, de *restaurar um certo narcisismo*” (p. 33, o grifo é nosso).

Morin (2015) aponta que o desejo, distinto de qualquer estímulo ou incentivo, é o que “anima” o sujeito e o faz ingressar no jogo da vida. Acompanhamos Morin, que segue Lacan, ao dizer que o desejo é causa do sujeito. Nesse sentido, o que implica o sujeito no tratamento é antes o desejo do que qualquer estímulo externo ou oferta de objetos tecnológicos como, por exemplo, uma prótese mamária ou ortopédica. Objetos, por vezes, tomados como capazes de fazer apagar a falta, a perda real no corpo. O que anima o sujeito

é outra coisa. É somente fazendo com a falta que o sujeito pode investir libidinalmente o objeto. O que nos relança à dimensão do sujeito do desejo.

As próteses não são capazes por si sós de ligar o paciente ao tratamento. As próteses nada são e assim permanecem como objetos “inanimados” caso um certo corte não se faça. É preciso que a perda se instale, que o objeto esteja perdido para que o desejo surja. O objeto perdido na fantasia pode então ser substituído e isso sim estabelece a condição fundamental para que os objetos inanimados passem à condição de objetos animados. Isto é, objetos libidinalizados, humanizados.

O luto, afeto normal que surge como reação à perda de um objeto amado e valorizado, podendo tratar-se da perda de uma pessoa amada ou de uma parte do corpo, por exemplo, implica na perda temporária de interesse pelo mundo externo e um certo estado de espírito penoso, aponta Freud (1915/1974). Isso desdobra-se na perda da capacidade de adotar um novo objeto de amor que, em outras palavras, significa a impossibilidade de substituir o objeto perdido por outro. O trabalho psíquico que o luto opera, atua no sentido de revelar que o objeto amado não existe mais na realidade, exigindo assim que a libido seja retirada das ligações com o objeto.

Trata-se da inibição da libido e do seu conseqüente retorno ao eu como objeto de investimento. O abandono dessa posição libidinal é feito sob forte oposição e é justamente esse trabalho psíquico que caracteriza o luto e permite o investimento num novo objeto de amor, num objeto substituto do outrora perdido. É nesse ponto da perda que a prótese é tornada corpo: – *“Minha perna está ali, doutora”*. Foi assim que certa vez uma paciente, internada para tratamento de metástase pulmonar, se referiu à prótese que se encontrava ao lado do seu leito, para assim me dizer de sua *“independência na vida”* e indicar que a prótese integrava sua unidade corporal.

Nossa experiência clínica nos leva numa outra direção, distinta da indicada por Morin (2015), que sustenta a noção de “restauração de um certo narcisismo” e mesmo a ideia de que o sujeito “encontra uma imagem aceitável de si”. Na clínica com pacientes que tiveram seus corpos gravemente modificados pelo tratamento do câncer ou pelo câncer em si, estamos manejando com sujeitos cuja imagem já não os protege da mesma maneira que antes. Desse modo, o que se mostra como possibilidade de trabalho nessa situação específica, não é a restauração da imagem, mas sim algo no campo da restauração da palavra. Pois, diante do horror da perda o sujeito emudece.

Nesses casos, trabalhamos no sentido de manter aberta a possibilidade do sujeito historicizar a experiência, de advir na fala como sujeito do inconsciente. O sujeito não é a imagem, não se confunde com ela, embora não prescindida dela como condição de sua constituição. Talvez por isso, em algumas situações, a restauração da imagem não seja possível, mas a abertura ao sujeito do inconsciente sim. Por vezes o paciente fala muito pouco. Outras vezes, fala de modo intenso, submetido que está ao excesso, à intrusão do real no simbólico. Uma fala que talvez produza muito pouco no que se refere à elaboração e retificação subjetiva. No entanto, há aí um lugar aberto para dizer do insuportável que *“ninguém mais quer ouvir”* e que não se fala a um qualquer.

Por vezes, em função do limite radical imposto ao corpo ou mesmo pelo horror que esse corpo causa ao outro, o hospital e o espaço dos atendimentos psicológicos acabam sendo os únicos destinos para onde o paciente pode levar a si próprio. Ainda assim, não se trata de uma escuta levada adiante na via da resignação, mas se orienta em direção ao impossível de se representar, isto é, visa ao desejo inconsciente. “O desejo inconsciente, quer dizer, impossível de se exprimir, encontra meio de se exprimir, não obstante, pelo alfabeto, a

fonemática dos restos do dia, eles mesmos desinvestidos do desejo. É, pois, um fenômeno de linguagem como tal” (LACAN, 1953-1954/1986, p. 278).

Voltando ao caso clínico. Algumas semanas depois a secretária me liga para dizer que uma pessoa aguardava para falar comigo, mas havia pedido que não me dissesse o nome. Era Gabriela. Ao me ver ela diz num só fôlego: – *“vim me desculpar e saber se pode me receber novamente”*.

Esse acontecimento (re)amarrou Gabriela ao trabalho clínico e deu lugar a uma série de associações que, por caminhos tortuosos, a conduziu de volta às perdas já vividas, Com muita cautela certo dia se permitiu reconhecer que o “buraco” da cirurgia era menor do que o buraco que havia imaginado tantas vezes antes da cirurgia: – *“Tá, tudo bem, cada dia que passa vai diminuindo mais. Achei que ficaria muito pior, mas ainda assim é feio. Pode ser que façam uma cirurgia reparadora, mas nunca vai ser como antes”*. O não ser como antes, instaurava justamente a perda do objeto e a possibilidade de novo reinvestimento na vida.

O pensamento de que algo ruim estava a sua espera, a acompanhava por toda a vida e se repetia de modo recorrente em seu discurso. Desse modo, a doença grave e seus desdobramentos no corpo, já era algo esperado por ela e a espera dela. Tratava-se da confirmação de suas previsões. Gabriela costumava criar em seus pensamentos cenas ainda piores do que as que se apresentavam na vida. Esse era o seu modo de manter a sensação de estar *“preparada para o pior”*. Nesse funcionamento, a paciente sempre se encontrava com o pior. Fosse nas imagens aterrorizantes que criava em sua cabeça, fosse nas contingências da vida.

Aos poucos a fala foi passando do buraco estranho no corpo ao que a concernia nessa experiência e que marcara definitivamente sua vida. Os estados de angústia e as alternâncias de humor, acompanham parepasso o trabalho clínico, mas, ainda assim, o uso de medicação

psicotrópica nunca foi para ela uma possibilidade: – *“isso seria para mim a prova de que não consigo conduzir minha vida por conta própria”*, me disse ela certo dia depois de passar por uma consulta com o médico cirurgião que a acompanha. É, portanto, pela palavra que a paciente tenta tomar lugar nisso que nela incide e convoca alguma resposta. Muito recentemente fez um corte discreto nos cabelos, agora um tanto mais crescidos, e foi ao dermatologista cuidar da pele ressecada pela quimioterapia. Num certo dia se permitiu ir à praia usando biquíni. Mas ainda persistem os momentos em que *“nada mais parece fazer sentido”*.

De aberturas e fechamentos, cortes e preenchimentos se constitui o trabalho que essa paciente vem realizando. Como na metáfora do nobre jogo de xadrez que Freud (1913/1974) se serve para falar das primeiras apostas feitas no início do tratamento. As quais não garantem qualquer tipo de sistematização do que está por vir nas complexas amarrações internas do tratamento. Há uma lacuna entre o início do tratamento e as jogadas que determinam seu fim, na qual palavra por palavra a paciente vem contando sua história, repetindo, elaborando-a.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho clínico com sujeitos acometidos pelo câncer, nos conduziu à investigação da função imaginária do eu na constituição do corpo, tendo em vista os efeitos psíquicos do dano à imagem corporal decorrentes do câncer e seu tratamento. Justamente o próprio reconhecimento especular aparece aí comprometido pelo dano causado à imagem e introduz impasses à posição do sujeito, na medida em que a consistência instável da imagem do eu é colocada em questão.

A novidade freudiana concebe o corpo como afetado pela pulsão, no que a experiência lacaniana, retornando ao caminho aberto por Freud, afirma que o corpo em psicanálise não se reduz ao biológico. Mas, para além, se constitui a um só tempo como efeito do enodamento dos três registros: simbólico, imaginário e real. Corpo afetado pelo significante do Outro, pela palavra e, como tal, subordinado à linguagem.

Ao tirarmos consequências da articulação entre os elementos que se apresentam no estágio do espelho, podemos afirmar que a imagem opera aí uma função encobridora do real do corpo. A fineza do ensino lacaniano é conceber o corpo numa temporalidade psíquica que pensa seus elementos constituintes articulados retroativamente na cadeia de significantes.

O eu, em sua função imaginária, opera tanto no sentido do reconhecimento da imagem especular como do desconhecimento da prematuridade disso que virá a ser o corpo. Trata-se, portanto, de imagem virtual e, como tal, enganadora, mas a qual a criança num ato de precipitação se fixa e assume como realidade: “meu corpo”.

Essa ação encobridora realizada pela imagem do corpo, Lacan (1957-1958/1998) aproxima ao “véu de Maia”, uma expressão da filosofia indiana que significa esconder a

realidade das coisas em sua essência. Os hindus cultivaram em sua tradição, em sua herança a ideia de que o nosso mundo não é exatamente esse que vemos e somos levados a acreditar. Uma miragem, portanto. A imagem é assim o véu do real do corpo e a experiência clínica com pacientes cuja imagem foi gravemente afetada, traz para primeiro plano tanto aquilo que foi anteriormente recalcado na imagem, como também isso que sequer passou pela barra do recalque. Esse é o ponto que ainda nos tensiona na direção de novas pesquisas.

Mas a clínica nos ensina a fazer uma primeira observação no que diz respeito à formulação lacaniana $i(a)$, onde o objeto pequeno a aparece velado pela imagem. A imagem tem para o sujeito, para nós, uma função protetora que nos mantém a uma certa distância do objeto de gozo que somos para o Outro. Neste ponto, a indicação dada por Thibierge aponta que o dano grave à imagem implica “a queda dos parênteses”. E o acompanhamos até certa altura de sua hipótese de trabalho.

No entanto, precisamos fazer a anotação, tomando os elementos da clínica como orientadores, de que a queda completa dos parênteses seria o mesmo que lançar o sujeito numa outra estrutura clínica, a psicose, na qual o recurso à imagem, isto é, a ação do recalque não se faz. Daí as experiências de despersonalização, de autonomização e desintegração da imagem vividas por tais sujeitos. Então, nos parece mais indicado falarmos do abalo dos parênteses, por assim dizer, do abalo radical da consistência instável da imagem, isto é, um abalo no que essa imagem consegue sustentar de permanência para o sujeito no tempo e no espaço.

Em última análise, o comprometimento da proteção oferecida pela imagem evoca a angústia diante do encontro com o real do corpo. Nossos pacientes falam no sentido do não reconhecimento, isto é, da não integração de uma parte do corpo outrora familiar, mas agora

tornada estranha. Um corpo estranho ao corpo. O dano à imagem perturba a posição do sujeito e o olhar do outro vem justamente atualizar a condição de objeto a que se vê reduzido.

Nossa escuta a tais sujeitos, nos adverte da função primeira do trabalho com a psicanálise, a saber, um trabalho sustentado na fala sob transferência. Mas a fala e o próprio investimento libidinal nos objetos se mostram aí num estado de paralisia, retirados da experiência. Nesse sentido, fazemos a aposta num trabalho de restauração da possibilidade de fala. Mas também é verdadeiro que em alguns casos, alguns sujeitos, encontram para si uma imagem aceitável.

Quando falamos de uma clínica para o corpo, o fazemos com a intenção de marcar que estar com a psicanálise de orientação lacaniana no hospital articula-se a uma aposta sempre renovada diante dos impasses que se apresentam. O desafio de manter a dissimetria com relação ao discurso médico, não é a crítica ingênua ao discurso da ciência organizador do hospital e da sociedade, mas, antes sim, é a condição para se levar adiante a experiência analítica nesse contexto, dado que é no furo da ciência que a psicanálise encontra lugar desde sua fundação.

REFERÊNCIAS

FREUD, S. (1895/1974). Projeto para uma psicologia científica. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. I. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1900/1974). A Intepretação dos Sonhos. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*, vol. IV. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1913/1974). Sobre o início do tratamento: Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*, vol. X II. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1913-1914/1974). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1915/1974). Reflexões para os tempos de guerra e morte. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1915/1974). Recalque. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*, vol. X IV. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1916-1915/1974). Sobre a transitoriedade. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*, vol. X IV. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1915/1974). Luto e melancolia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*, vol. X IV. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1916-1917/1974). Conferências Introdutórias sobre Psicanálise: Conferência XXVI. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*, vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1919/1974). O Estranho. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*, vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1926-1925/1974). Inibições, sintomas e angústia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*, vol. XX. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1939[1934-38]/1974). Moisés e Monoteísmo: três ensaios. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*, vol. XXIII, *cap. III, parte i*, Rio de Janeiro: Imago.

JAPIASSÚ, H & MARCONDES. D. (1996). *Dicionário Básico de Filosofia*, 3ª edição, Jorge Zahar Editora.

LACAN, J. (1953-1954/1986). O Seminário, livro 1: *Os Escritos Técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

_____. (1954-1955/1998) O. Seminário, livro 2. *O eu na teoria de Freud e na teoria da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

_____. (1955-1956/1998). O Seminário, livro 3. *As psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

_____. (1957-1958/1998). O Seminário, livro 5. *As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

_____. (1959-1960/1998). O Seminário, livro 7. *A ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

_____. (1962/1998). O Seminário, livro 10. *A angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

_____. (1946/1998). Formulações sobre a causalidade psíquica. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

_____. (1949/1998). O estádio do espelho como formador da função do Eu. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

_____. (1960/1998). Observação sobre o relatório de Daniel Lagache: Psicanálise e estrutura da personalidade. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

JOOS, A. in: LEHMANN, A. (2014). *L'atteint du corps – une psychanalyste em cancerologie*, Paris: E'rès.

LO BIANCO, A. C. (2011). Herdar e ultrapassar o pai: tradição e transmissão. In: *Filosofia, Psicanálise e Sociedade*. 1ª edição. Claudio Oliveira (org.), Rio de Janeiro: editora Beco do Azougue.

LO BIANCO, A. C. (2017). Projeto de Pesquisa Corpo e Finitude: imagem corporal e restauração narcísica, Rio de Janeiro.

LO BIANCO, A. C. (2018). Comentários de aula proferidos na disciplina 'A constituição do corpo: imagem e objeto do curso de Pós-graduação do Instituto de Psicologia da UFRJ.

MELMAN, C. (2004). A questão do corpo em psicanálise. In: *Formas clínicas da nova patologia mental e artigos inéditos*. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife.

THIBIERGE, S. (2011). O Nome, a Imagem, o Objeto. PUF_Paris, Parte IV.

THIBIERGE, S. e MORIN, C. (2015). O que é que a psicanálise e a neurologia se ensinam mutuamente? In: *Revista Tempo Freudiano*.