



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

Dissertação de Mestrado

Daphne Rodrigues Pereira

**ANGÚSTIA E TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA:
O QUE A PSICANÁLISE TEM A FAZER?**

2016

UFRJ
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA PSICANALÍTICA

ANGÚSTIA E O TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA:
O QUE A PSICANÁLISE TEM A FAZER?

Daphne Rodrigues Pereira

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos à obtenção do título de Mestre em Teoria Psicanalítica.

Orientadora: Anna Carolina Lo Bianco.

Rio de Janeiro

Fevereiro de 2016

ANGÚSTIA E TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA:
O QUE A PSICANÁLISE TEM A FAZER?

Daphne Rodrigues Pereira

Orientadora: Anna Carolina Lo Bianco

Dissertação de mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos à obtenção do título de Mestre em Teoria Psicanalítica.

Aprovada por:

Profa. Dra. Anna Carolina Lo Bianco

Profa. Dra. Fernanda Teophilo Costa-Moura

Dra. Juliana de Miranda e Castro Arantes

Fevereiro de 2016

FICHA CATALOGRÁFICA

Rodrigues Pereira, Daphne

R436a Angústia e Transplante de Medula Óssea: o que a psicanálise tem a fazer? / Daphne Rodrigues Pereira.

-- Rio de Janeiro, 2016. 100 f.

Orientadora: Anna Carolina Lo Bianco.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, 2016.

1. angústia. 2. finitude. 3. psicanálise. 4. transplante de medula óssea. 5. sujeito.

I. Lo Bianco, Anna Carolina, orient. II. Título.

*Dedico este trabalho à Therezinha, Paolla,
Leticia e Maria Flor.*

AGRADECIMENTOS

À minha família, incluindo aqueles que já partiram. Cada um de vocês sabe o quanto eu precisei de vocês para chegar até aqui. E quanto precisarei para irmos além.

À minha orientadora, Anna Carolina. Seu cuidado, seu rigor, seu acompanhamento palavra por palavra, me fizeram crescer muito. Muito obrigada por, no sentido *stricto* do termo, me orientar!

Aos meus amigos do Cemo: por compartilharem comigo as angústias e o desejo diariamente.

Aos pacientes: vocês permitem que eu me realize quando trabalho.

À Marcia e Keila: obrigada pela coragem de vocês, sem a qual, a luta seria ainda mais árdua. Contem sempre comigo.

À Liana: pelas muitas conversas acerca deste trabalho que nos move.

À Marina: porque sua amizade e excepcional compreensão do outro tem me acompanhado pelo caminho. E obrigada pela tradução para o espanhol!

À Angela: por não apenas ensinar a língua francesa, mas, principalmente, por descortinar um mundo de novas possibilidades para seus alunos.

Aos colegas da pesquisa *Corpo e finitude*: nossos encontros transformam minhas ações.

E por último – mas não por menos! – à minha analista Olandina Pacheco, que suporta minhas lágrimas e minhas gargalhadas, nesta trajetória que ela tem me ajudado a percorrer!

RESUMO

ANGÚSTIA E TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA: O QUE A PSICANÁLISE TEM A FAZER?

Daphne Rodrigues Pereira

Orientadora: Anna Carolina Lo Bianco

A dissertação aqui apresentada nasce a partir do trabalho no Centro de Transplante de Medula Óssea do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (CEMO/INCA). Versa sobre as consequências do encontro de um profissional marcado pela escuta psicanalítica com os demais membros da equipe imersos na visão biotecnológica, característica de uma unidade que trata de pacientes com doenças graves. A prática diária ensinou o estudo da angústia como *aquilo que não pode ser dito*, em sua correlação com a concepção psicanalítica de corpo e a especificidade do lugar: onde nada falta. Examina-se o que concerne a este profissional quando ele se insere nesta equipe: não ser mais um especialista, mas que se coloque num lugar em que seja causado pela psicanálise; trabalhando, a partir disto, com os limites que tangem a cada um. Para isso, é preciso interrogar o discurso científico – que se intenta inequívoco – e seguir a linguagem na hiância que ela produz. Para tanto, serão utilizados como baliza, os textos freudianos sobre a angústia e acerca do engendramento do eu, a partir da noção de desamparo do homem e que encontra ressonância no conceito que Lacan toma a Heidegger de existência. Passaremos então pela noção de sujeito como efeito de linguagem e, particularmente, ao conceito de angústia desenvolvido no seminário lacaniano dedicado ao tema, onde sobressai a função da falta. Estes conceitos se coadunam com aspectos observados no centro de transplante, em sua relação com o narcisismo – suscitado pela tentativa de a tudo responder – e o fenômeno *Unheimlichkeit*, que Lacan correlaciona com o surgimento da angústia. Por fim, analisa-se o problema do recalque a partir da posição subjetiva daquele que escuta e a impossibilidade de tudo dizer.

Palavras-chave: angústia; finitude; psicanálise; transplante de medula óssea; sujeito.

RESUMÉ

ANGOISSE ET GREFFE DE MOELLE OSSEUSE: QU'EST-CE QUE LA PSYCHANALYSE A À FAIRE?

Daphne Rodrigues Pereira

Directeur de recherche: Anna Carolina Lo Bianco

Le présent mémoire est née d'un travail mené dans le Centre de greffe de moelle osseuse de l'Institut National du Cancer (CEMO / INCA). Il s'agit des conséquences de la rencontre d'un professionnel traversé par l'écoute psychanalytique avec d'autres membres de l'équipe qui sont immergés dans l'optique de la biotechnologie, caractéristique d'une unité de traitement de patients atteints de maladies graves. La pratique quotidienne nous a conduit à l'étude de l'angoisse comme *ce qui ne peut pas être dit* dans sa corrélation avec la conception psychanalytique du corps et de la spécificité du lieu: là où rien ne manque. On examine ce qui touche à ce professionnel lorsqu'il s'insère dans cette équipe: de ne pas être un spécialiste de plus, mais plutôt celui qui est placé là où il est causé par la psychanalyse, en travaillant dans les limites auxquelles ils y sont tous confrontés. Pour cela, il faut interroger le discours scientifique - qui se prétend sans équivoque - et suivre le langage dans la béance qu'il produit. À cette fin, nous prenons appui sur des textes freudiens à propos de l'angoisse et de l'engendrement du moi, en partant de la notion de détresse de l'homme et de ses résonances dans le concept de *ek-sistence* que Lacan a emprunté à Heidegger. Ensuite, nous passons à la notion de sujet comme l'effet du langage et particulièrement le concept d'angoisse développé par Lacan dans le séminaire dédié à ce sujet, dans lequel la fonction du manque est mise en relief. Ces concepts sont conformes aux aspects observés dans le centre de greffe, notamment dans leur rapport avec le narcissisme - soulevée par la tentative de répondre à tout - et encore le phénomène *Unheimlichkeit* que Lacan lie au déclenchement de l'angoisse. Enfin, nous analysons la question du refoulement en partant de la position subjective de celui qui est à l'écoute et de l'impossibilité de tout dire.

Mots-clé: Angoisse, finitude, psychanalyse, greffe de moelle osseuse, sujet

RESUMEN

ANGUSTIA Y TRANSPLANTE DE MÉDULA ÓSEA: QUE ES LO QUE EL PSICOANÁLISIS TIENE POR HACER?

Daphne Rodrigues Pereira

Orientadora: Anna Carolina Lo Bianco

La disertación aquí presentada nace a partir del trabajo en el Centro de Transplantes de Médula Ósea del Instituto Nacional de Cáncer José Alencar Gomes da Silva (CEMO/INCA). Versa sobre las consecuencias del encuentro de un profesional marcado por la escucha psiconalítica con los demás miembros del equipo inmersos en la visión biotecnológica, característica de una unidad que trata de pacientes con enfermedades graves. La práctica diaria dió lugar al estudio de la angustia como *aquello que no puede ser dicho*, en su correlación con la concepción psicoanalítica del cuerpo y la especificidad del lugar: donde nada falta. Se examina que concierne al profesional con inserción en este equipo: no ser un especialista más sino que se coloque en el lugar de quien es causado por psicoanálisis; trabajando a partir de esto, con los límites que tocan a cada uno. Para eso, es necesario interrogar al discurso científico –que se presenta como inequívoco- y seguir el lenguaje en la hiancia que este produce. Para tal serán utilizados como balizas los textos freudianos sobre angustia y nacimiento del yo, a partir de la noción de desamparo del hombre que encuentra resonancia en el concepto que Lacan toma de Heidegger de ek-sistencia. Pasaremos, entonces, por la noción de sujeto como efecto del lenguaje y particularmente, por el concepto de angustia desarrollado en el seminario de Lacan dedicado el tema, donde sobresale la función de la falta. Estos conceptos son compatibles con los aspectos observados en el centro de transplantes, en su relación con el narcisismo –suscitado por la intención de responder a todo- y el fenómeno *Unheimlichkeit*, que Lacan relaciona con el surgimiento de la angustia. Finalmente, se analiza el problema de la represión a partir de la posición subjetiva de aquel que escucha, y la imposibilidad de todo ser dicho.

Palabras clave: angustia; finitud; psicanálisis; transplante de médula ósea; sujeto.

ÍNDICE

1. Um texto não existe antes de ser lido: o encontro da psicanálise com o Centro de Transplante de Medula Óssea.....	11
2. O nosso objeto é a angústia.....	19
2.1. Primeiras considerações sobre a angústia.....	19
2.1.1. A vertigem de liberdade.....	22
2.1.2. O homem em seu desamparo.....	23
2.1.3. Do desvio somático dos estímulos sexuais à angústia de castração.....	25
2.1.4. Os precipitados dos estímulos exógenos e suas inscrições na substância viva.....	46
2.1.5. A falta como fundadora do sujeito.....	50
2.2. Transplante de medula óssea: entre a perda confirmada e o ganho incerto.....	53
2.2.1. Aspectos técnicos.....	53
2.2.2. Suspensos entre o que não pode voltar, em direção ao que não se pode saber.....	57
2.3. Imisção do sujeito.....	69
2.3.1. O Eu é o produto de um engendramento.....	70
2.3.2. A balança energética do investimento libidinal.....	74
2.3.3. O retorno do estranhamento familiar no transplante de medula óssea: narcisismo e angústia quando nada pode faltar.....	76
3. Da impossibilidade de tudo dizer.....	85
3.1. As implicações de se tomar a linguagem como estruturante da cultura e sua relação com o inconsciente.....	86
3.2. E se as palavras quiserem dizer outra coisa?.....	89
3.3. Eu estou em toda parte.....	90
4. Referências bibliográficas.....	96

1. Um texto não existe antes de ser lido.

Se não esperas o inesperado, não o encontrarás.
Heráclito

O trabalho ora apresentado se desenvolve no âmbito do Centro de Transplante de Medula Óssea do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - CEMO/INCA. Este é um lugar não usual para um psicanalista. E certo olhar estrangeiro é o que ele carrega, seja em sua prática clínica no centro de transplante, seja em sua referência à psicanálise. Isto por tratar do encontro de duas práticas que, senão contrárias, certamente bastante distintas: a biotecnologia - como representante hodierna da ciência - e a psicanálise; e as consequências daí advindas.

Encontro é uma palavra criteriosamente escolhida, devido a sua etimologia: no início, sua conotação era “ir contra”; com o tempo, seu sentido foi amainando, até a forma como é concebida hoje, que consiste em aproximação. Assim também tem sido a clínica que deu origem a este relato: uma prática dura, o acompanhamento diário a situações extremas de sofrimento, mas também um investimento permanente em que algo ainda há a ser feito em relação aos sujeitos que aqui se encontram. A constatação quanto à rotina deste lugar deu ensejo a esta produção teórica com referencial psicanalítico, que busca estudar a angústia onde nada falta e sua correlação com a concepção de corpo como um “andaime de significantes” (LACAN, 1964).

O surgimento do conceito, em psicanálise, deriva da experiência de Freud como clínico. Não é dissociado de sua clínica que ele funda a teoria. Voltando aos primórdios do tratamento da histeria, quando Freud (1996 [1893 - 1895]) inicia seu trabalho junto a Breuer, vemos que eles partem da premissa de que o paciente precisava ab-reagir a um evento traumático a fim de curar os sintomas. No entanto, contrariamente aos resultados de Breuer – que, com o uso da hipnose, acabava por exercer um efeito de tamponamento – Freud ouve algo na fala das histéricas que mudará o curso de sua clínica até então estabelecida.

Logo de início, Freud (*op. cit.*) se depara com a dificuldade em hipnotizar a maioria de seus pacientes e considera que os outros médicos tenham muito mais habilidade do que ele no uso deste método. Todavia, descobre que, independente de hipnotizadas ou não, suas pacientes queriam falar. Assim é no caso da Sra. Emmy Von N., quando esta lhe diz repetidas vezes: “Fique quieto! Não diga nada! Não me toque!”, Freud constata que não pode se furtar de ouvir seus relatos minuciosos, *ipsi literis*. Lemos

em seu relato: “Disse-me, então, num tom de queixa, que eu não devia continuar a perguntar-lhe de onde provinha isso ou aquilo, mas que a deixasse contar-me o que tinha a dizer” (pag. 95).

Seguindo na trilha aberta pela descoberta da necessidade de deixá-los falar, Freud (1996 [1900 – 1901]) então se depara com algo ainda mais insólito. Acompanhando a cadeia de ideias, descobre que, se examiná-la de forma crítica, encontrará nesta a existência de lacunas e imperfeições, que os pacientes buscam remendar com algum recurso de linguagem ou justificativa inconsistente. A mesma observação se aplicaria aos processos subjacentes do ato de sonhar: é na parte da dúvida, da hesitação, que deveria arriscar a interpretação, algo do sujeito. Note-se que, também em relação aos sonhos, Freud afirma que não é possível explicá-los remontando a algo já seu conhecido. Ao contrário: diz ver-se obrigado a formular hipóteses completamente novas, que possam ao menos tangenciar o aparelho psíquico e seu jogo de forças. É assim que, partindo da escuta aos seus pacientes, Freud se depara com o inconsciente; porém não como os que o precederam o definiam, nem como o romantizado, mas como uma descoberta.

Posição semelhante encontramos no Seminário 11 de Lacan [(1964) 2008] que, em pleno questionamento se a psicanálise era ciência, religião, ou pesquisa, responde citando Picasso: “*Eu não procuro, acho*” (pág. 15). Claro, sempre se pode argumentar – inclusive, considerando a citação inicial de Heráclito – que só é possível encontrar algo a partir de uma suposição preexistente, mas isto não exclui a possibilidade de ser surpreendido nesta trajetória. Ele continua: “Numa frase pronunciada, escrita, alguma coisa se estatela. Freud fica siderado por esses fenômenos e é neles que vai procurar o inconsciente”. E, mais à frente: “o que se produz nessa hiância, no sentido pleno do termo *produzir-se*, se apresenta como *um achado*. É assim, de começo, que a exploração freudiana encontra o que se passa no inconsciente” (pag. 32 grifos do autor).

Aqui, queremos ressaltar o termo *achado*. *Trouvaille*, em francês. Termo que, aliás, carrega mais um sentido de descoberta do que a tradução em português exprime. E, na realidade, é sobre isso que versa todo este trabalho. Pois, antes de uma hipótese a ser comprovada cientificamente, aquilo com que nos deparamos – se de fato nos propomos a uma escuta – é com o inaudito. Algo que não estava ali *a priori*, esperando por ser descoberto, mas que surge como um encontro. O qual, muitas vezes, primeiro é um ir contra, um incômodo.

Assim, de forma incômoda, foi como Freud ([1893 - 1895] 1996) se deparou com a transferência. Ele relata: “A princípio, fiquei muito aborrecido com esse aumento de meu trabalho psicológico, até que percebi que o processo inteiro obedecia a uma lei; e então notei também que esse tipo de transferência não trazia nenhum aumento significativo para o que eu tinha de fazer” (pag. 315). A lei que ele descobre, a ela se submete, mesmo a preço de ter seu trabalho modificado por algo inesperado.

No Seminário 11, Lacan ([1964] 2008) correlaciona o desejo de Freud com as descobertas que este fazia a partir de seu trabalho com as histéricas. Aludindo à Freud, ele diz: “O que quer que seja, é preciso ir até lá” – sobre como este sustentou sua teoria nascente – de onde deriva que o estatuto do inconsciente é ético, pois implica numa tomada de posição. E a consequência disto é que, ao proceder pela psicanálise, o que está em jogo é, também, o desejo do analista. Isto demarca uma diferença fundamental entre a psicanálise e outras ciências, como a química e a física – para além da questão se a psicanálise é ou não uma ciência –, pois nestas não se coloca a pergunta acerca do desejo do pesquisador.

Ainda sobre a construção da psicanálise, Lacan ([1964] 2008) compara a formação do conceito em psicanálise com a função do cálculo infinitesimal na matemática: ambos somente apreendem a realidade por aproximação e derivam da “sede de verdade” de Freud que, ao se deparar com coisas diversas ao que tinha anteriormente descrito, não hesita em refazer sua teoria. Lacan afirma que isto impõe um “salto retroativo” caso se queira marcar a posição de Freud quanto ao inconsciente (págs. 27 e 40). Como lemos em Kierkegaard (2011[1813-1855]): é um equívoco da Lógica supor que com a sequência de uma determinação quantitativa se dê origem uma nova qualidade. Esta somente “surge com o primeiro, com o salto, com a subitaneidade do enigmático” (pág. 32). E é deste enigmático que tratamos quando oferecemos a escuta ao paciente. Sem essa abertura ao inesperado, ao que não sabemos de antemão, não é possível nem o conceito, nem a clínica.

Por meio desta proposição, intencionamos ressaltar a posição tomada por aquele que escuta, o qual, por meio de sua clínica, também será afetado pelo que se diz. Czermak (2012) afirma: “é de quem escuta que depende o que se diz” (pág. 26) e, mais à frente, “um texto não é objeto de uma interpretação única que seria a correta, mas se presta a efeitos de sentido e de interpretações diferentes que são manifestações de subjetividades diferentes” (pág. 265). Disso decorre nossa constatação que o encontro da psicanálise

com a medicina, neste lugar, produz efeitos singulares em relação a outros já descritos, sendo estas singularidades o nosso objeto de estudo. Isto é: queremos ressaltar que nosso interesse não é propor uma nova classificação nosológica – como um correlato da Síndrome de *Burn out*, por exemplo – a ser reaplicado a todos os centros de transplante de medula óssea. Ao contrário: enfatizamos que os achados dos quais tratamos se referem, antes de tudo, aos sujeitos aqui observados – o que inclui, obviamente, o próprio observador.

No livro *A ordem médica*, Clavreul (1978) faz uma referência aos 4 discursos na teoria lacaniana: discurso do Mestre, da Histórica, do Analista e do Universitário. Não é o objetivo aqui explicar cada um deles, mas apenas os citamos para seguir no texto e ver onde Clavreul afirma que o discurso médico busca calcar sua objetividade na abolição da subjetividade do autor, isto é, do médico e que este só existe enquanto representante da instituição, sendo “ele próprio o menos possível” (pág. 11).

Ainda neste trecho, Clavreul refere um conselho oferecido aos médicos que tratam de crianças com leucemia de que estes tirem um tempo de suas práticas assistenciais e dediquem à atividades de pesquisa, a fim de obterem alívio do sofrimento vivenciado na assistência. O autor conclui que este seria apenas um pretexto para escamotear o fato que, o que se busca ao se afastar da assistência, é fugir da relação subjetiva que ali se estabelece. Mais adiante, ele também afirma que o discurso médico é “aquele que se impõe entre o médico e o doente” (pág. 36). Por fim, lemos ainda: “É inexato dizer apenas que a medicina despossui o doente de sua doença, de seu sofrimento, de sua posição subjetiva. Ela despossui, do mesmo modo, o médico chamado a calar seus sentimentos porque o discurso médico exige” (pág. 49).

Estas passagens servem como ponto de partida para levantarmos o questionamento acerca da tentativa de elisão do sujeito por parte da ciência e a equiparação desta com o discurso médico. Pois, de acordo com a teoria psicanalítica, o que se recalca não é o afeto, apenas as ideias a eles relacionadas. No Seminário 10 [(1962-63) 2005] Lacan retoma esta proposição: “o que eu disse sobre o afeto foi que ele não é recalcado. Isso, Freud o diz como eu. Ele se desprende, fica à deriva. Podemos encontrá-lo deslocado, enlouquecido, invertido, metabolizado, mas ele não é recalcado. O que é recalcado são os significantes que o amarram” (pág. 23).

Então, qual o destino dos afetos aqui recalcados? Será realmente tão unívoca esta correlação entre a biotecnologia enquanto ciência e sua aplicação na prática assistencial?

Pensarmos os efeitos da imposição do discurso da ciência, tanto para paciente e sua família, quanto para a equipe, nos remete ao livro *Patronimias*. Neste, Czermak (2012), tomando por base a clínica lacaniana, afirma que o pensamento está para o lado do afeto, definindo afeto como “o modo pelo qual padecemos dos discursos que nos atravessam” (pág.22). Esta afirmativa recoloca a questão central do trabalho, sobre a angústia na equipe do transplante, já que todos os envolvidos – pacientes, familiares e equipe – encontram-se submetidos a um discurso anônimo, impessoal e, acima de tudo, que insiste em negar a falta. Ousamos então introduzir uma analogia com a função da inscrição do Nome-do-pai, o recorte fálico que ela produz – conceitos que serão trabalhados no tópico *O Eu é o produto de um engendramento* – e o aparecimento da angústia no centro de transplante.

Para melhor explicarmos essa proposta, retomamos brevemente a teoria lacaniana, especificamente no 3º momento do Complexo de Édipo. Segundo esta, com a interiorização do interdito e a entrada na ordem simbólica, o sujeito passa a se estruturar apoiado em uma falta, em algo que lhe serve de barra. E é esta falta que, paradoxalmente, o fará relançar-se em direção ao seu desejo, tornando-o um sujeito desejante. Todavia, se não há esta barra, se não existe a falta – ou se algo surge no lugar desta falta, lugar que Lacan denomina *menos-phi* – assistimos então ao aparecimento da angústia (LACAN, 2005).

E do que trata a entrada na ordem simbólica, senão da linguagem que, por meio da articulação significativa, opera a função da castração? Se tomamos a definição lacaniana de linguagem como somente sendo “concebível como uma rede, uma teia sobre o conjunto das coisas, sobre a totalidade do real. Ela inscreve no plano do real esse outro plano a que chamamos aqui o plano do simbólico” (LACAN, 1953-54/1983; págs. 298 e 299), concebemos então a linguagem como um plano. Por esta razão, justifica-se pensarmos a possibilidade de empreender a mesma análise espacial proposta por Lacan – ao tratar dos sujeitos –, para falarmos dos afetos suscitados neste espaço hospitalar, que sofre a incidência de um discurso o qual busca tamponar a falta. Um discurso que remete ao narcisismo ao tentar responder imediatamente a todas as demandas que surgem.

Recorremos também a Czermak (2012), que fala sobre o “corpo afligido por uma compacidade extrema. *Pleno generalizado, sem furo*, que demonstra que a maior das dores é sem dúvida nenhuma ser sem falta e – então – sem morte possível”. E também: “Nessa angústia, o sujeito só conhece um presente, uma atualidade fechada sobre si

mesma, petrificada e sem vetorização, nem espacial, nem temporal. Espaço-tempo desprovido de qualquer métrica, do qual só a topologia pode dar conta” (págs. 158 e 159, grifos do autor). Neste ponto, queremos sinalizar que esta referência diz respeito ao corpo melancólico, isto é, ao corpo de um psicótico. Não intencionamos tomar a angústia do psicótico e do neurótico como se fossem indistintas. No entanto, o que nos interessa – ainda que não possamos prescindir do cuidado ao escrever, a fim de evitarmos uma confusão teórica – é pensar os possíveis efeitos a serem observados quando falta a falta; seja porque esta não se inscreveu (no caso da psicose), ou porque algo surge em seu lugar (como no estranho).

Pensamos que tal referencial embasa muito bem a análise à qual nos propomos, por consideramos que abordar a angústia neste **lugar** é muito mais rico do que tentar restringi-la a apenas um grupo (a angústia para os pacientes, por exemplo). Enfatizamos que não é a intenção simplesmente transpor a teoria de um sujeito para um grupo, como se fossem homólogos. De forma alguma! O objetivo é, a partir da *práxis* cotidiana, remeter-se a um referencial teórico, a fim de que este sirva como baliza para a pesquisa e, novamente, retornar ao campo, num ir e vir contínuo. Por esta razão é que serão utilizados fragmentos clínicos – mantendo-se o anonimato dos sujeitos – e observações da rotina hospitalar, para fundamentar esta construção.

E por que falar sobre o transplante de medula óssea? Esta escolha se deve à reunião, neste procedimento, de uma série de características que propiciam uma análise acurada do conceito de angústia. A perda dos referenciais corpóreos causada nos pacientes e testemunhada pela equipe, o confronto com a própria finitude que propicia a emergência de situações em que o recalque fracassa, o conhecimento científico hiper especializado posto a serviço de combater a morte e que, no entanto, repetidamente se mostra incapaz de evitá-la – sem, no entanto, restaurar a vida: são algumas características presentes nesta rotina. Tomamos então, como referência, o trabalho de Freud e sua analogia entre morte e castração como ponto de partida para a discussão aqui desenvolvida.

No livro *La greffe: entre biologie et psychanalyse* (ASCHER e JOUET, 2004), os autores falam sobre a tarefa do psicanalista - em território médico - como alguém que deverá “falar a língua do país sem esquecer a própria” (pág. 140, tradução livre). E prosseguem afirmando que, ao não aceitar o papel de ser mais um especialista – tornando-se o único a ouvir o sujeito –, trabalhe para que, por meio de sua presença, seja colocada

justamente a questão da alteridade. Talvez, favorecendo o surgimento de falas subjetivas, ainda que breves, o psicanalista possa ajudar a passagem do pensamento rígido em estresse, à expressão e elaboração de pensamentos de angústia (novamente, a citação anterior de Czermak, que coloca o pensamento do lado do afeto, nos serve como referência para o estudo).

Por fim, os autores refletem sobre o valor do irrecuperável e do aleatório citando Jorge-Luis Borges: “a morte (ou sua alusão) faz os homens preciosos e patéticos” (pág. 117, tradução livre). Esta citação recoloca o lugar da transitoriedade para o homem e pensamos que, somente a partir dela, é possível que o sujeito tome alguma posição quanto ao seu desejo. Por este caminho é que pensamos a angústia como o ponto central entre o que assola o sujeito e o que o recoloca em relação ao seu desejo.

Assim é que apresentamos este estudo, resultado de uma *práxis* no Centro de Transplante – permeada por encontros e desencontros –, e que deram ensejo a dissertação a respeito da angústia aqui vivenciada. Angústia que pode ser descrita como uma travessia, sem garantia de se chegar ao outro lado da margem. E que exige do profissional a disponibilidade de suportar partir sem esperar garantias, porém, aberto a possibilidade de inventar caminhos por onde o sujeito possa atravessar.

Para esta construção, começaremos falando da angústia como conceito a partir do referencial psicanalítico, especificamente, a partir de Freud e Lacan. Também nos remeteremos à meditação de Kierkegaard sobre o tema e ao conceito de *ek-sistência*, que Lacan toma a Heidegger.

Após a apresentação conceitual, explicaremos o procedimento técnico do transplante, de forma mais objetiva possível, a fim de tornar clara toda complexidade e as implicações do procedimento mesmo para os que o desconhecem por completo. Em seguida falaremos sobre a prática da psicologia dentro da unidade do transplante, o modo como ela é permeada por questões que atravessam toda a equipe: fundamentalmente, o defrontar-se com o impossível e a posição que se adota diante disto. A escrita será entremeada com o relato de alguns fragmentos clínicos, que apoiarão a elaboração.

Também neste tópico será mencionado o trabalho junto ao ensino, referente às atividades de preceptoria, supervisão, docência e representatividade junto à Comissão de ensino da Residência multiprofissional em oncologia do INCA. O trabalho de transmissão traz efeitos sobre a clínica, principalmente ao se interrogar, constantemente, sobre a própria prática. Ainda nesta seção, será abordada a participação na Pesquisa *Corpo e*

finitude – uma parceria INCA/UFRJ/INTO –, cujo trabalho em co-supervisão embasada pelos textos psicanalíticos, foi o precursor da elaboração desta dissertação.

Concluindo o capítulo, conceitos relativos à imissão do sujeito, tais como: *engendramento do eu*, *alteridade* e *investimento libidinal* serão estudados em sua relação com o conceito de *estranho*, presente na obra freudiana. Estes conceitos servirão como base para a análise da angústia no contexto da unidade de transplante.

A escolha por falar do *estranho* como concernido ao afeto da angústia não é aleatória, mas tem como referência – como será mais bem explicitado no tópico *A falta como fundadora do sujeito* – a citação de Lacan [(1962- 1963) 2005] que relaciona a angústia com tudo o que pode aparecer no lugar menos *-phi*, isto é, tudo o que aparece no lugar da falta. A isto, Lacan chama fenômeno *Unheimlichkeit* e daí a correlação com o conceito de Freud (pág.57). A exploração do tema é de maior interesse, pois a ideia do estranho como o retorno de algo que nos é familiar, trazendo à tona aquilo que foi recalçado, enseja toda uma discussão acerca de crenças infantis que se atualizam diante de situações criadas pelo aparato da biotecnologia.

Finalizando a dissertação, abordaremos o equívoco introduzido pelo significante – material de trabalho para a psicanálise – e sua relação com o discurso da ciência, que se acredita unívoco. A despeito do discurso da ciência nada querer saber do inconsciente, este, todavia, se mantém. E surge nos tropeços, nos atos falhos. Surge na dificuldade em se ouvir os sujeitos, em comunicar o diagnóstico de uma doença grave e, principalmente, em falar sobre o que fracassa.

Propomos então seguir a linguagem em sua função de borda e, na hiância que se produz, analisarmos o enigma que se coloca – e do qual não se quer saber. Ao se afirmar isto, trazemos novamente a noção da psicanálise como ética, pois ela coloca para os sujeitos a necessidade de tomarem uma posição em relação ao seu desejo, ainda que assujeitados a este.

2. O nosso objeto é a angústia.

Em outras épocas, diferentes autores dissertaram sobre a angústia. Mesmo antes da psiquiatria se interessar pelo tema, filósofos e teólogos se debruçaram sobre o assunto. É certo que há uma diferença fundamental entre tais abordagens e a psicanálise, posto que naquelas não há o conceito de inconsciente. Todavia, são referências importantes e, por esta razão, visitaremos aqui estes conceitos – especialmente a meditação de Kierkegaard sobre a angústia e a concepção sobre a ek-sistência de Heidegger – antes de examinarmos a elaboração das duas teorias freudianas sobre a angústia.

Apesar de Heidegger não tratar da angústia, como Lacan aponta no Seminário 10, nos remeteremos a ele para pensarmos a relação do corpo com o inconsciente. Sendo a angústia um sofrimento que se apresenta com correlatos físicos, é essencial enfatizar que não fazemos distinção entre corpo e mente; ao contrário: balizamo-nos pela definição de Melman (1991) o *inconsciente é orgânico* e que embasa este trabalho, conforme detalharemos melhor no tópico *Os precipitados dos estímulos exógenos e suas inscrições na substância viva*.

Seguindo no aspecto conceitual, buscaremos o trabalho de Lacan em seu Seminário *A angústia* onde, a partir da concepção do objeto α , opera-se uma nova construção sobre o tema. Ao término deste capítulo, retornaremos a Freud e seu estudo sobre o narcisismo, para podermos então nos dirigir ao texto *O estranho* e pensarmos sua relação com a angústia no TCTH, conforme proposto no capítulo 1.

2.1. Primeiras considerações sobre a angústia.

No livro *Angústia* (LEITE, 2011), a autora traça um retrospecto das elaborações sobre o tema. Neste histórico, vemos que, no Cristianismo, a angústia é a expressão do desamparo do homem diante do mal, particularmente representado pelo silêncio e pelas trevas. Nessa perspectiva, a salvação se dará pela fé em Deus, único caminho que libertará o homem.

Na filosofia, Cícero, sob forte influência do legado de Platão, foi o primeiro a definir a angústia como lugar estreito. Sêneca abordará a temática ao longo de sua obra, especialmente em seu tratado de filosofia *Tranquilidade da alma*, no qual narra um diálogo com o amigo Sereno, o qual vivia momentos de aflição diante de escolhas que a vida lhe convocava a fazer.

Sartre – que seguiremos aqui para termos uma breve ideia do que nele está incluído – também falará sobre a imisção do sujeito e sobre a angústia. Acerca da primeira, com sua famosa frase “o inferno são os outros”, Sartre se refere àquilo que, voluntariamente ou não, os outros revelam de nós. Este conceito será retomado por Lacan (1949), em seu texto *O estádio do espelho*, que trabalharemos no tópico *A imisção do sujeito* e que guarda relação, na clínica lacaniana, com o narcisismo e com o fenômeno *Unheimlichkeit*.

Sobre a angústia, Sartre dirá que não se pode fugir da angústia: esta deriva da responsabilidade assumida diante das escolhas. Não é possível fugir da angústia, a não ser por meio da má-fé, que consistiria em fugir à assunção da responsabilidade diante das próprias escolhas.

Mesmo que sob diferentes prismas, Sartre – tal como veremos em Kierkegaard (2011[1813-1855]) – relaciona a angústia com a liberdade, com as infinitas possibilidades que cercam o homem e não com seus limites. Esta diferença é importante de ser assinalada quando pensarmos a mudança de perspectiva operada por Lacan (1962- 1963) em seu trabalho sobre a angústia – onde ele aponta que esta surge diante da falta da falta –, em contraposição à teoria estabelecida por Freud (1926 [1925]), cujo cerne era a castração do homem.

Seguindo ainda na filosofia, Canguilhem – na conferência *Cérebro e pensamento*, proferida em 1980 – destaca a pretensão de alguns cientistas que tentam correlacionar de forma direta, imediata, os estados mentais com os estados cerebrais. O filósofo critica a tentativa de reducionismo fisiológico daquilo que é vivenciado pelo homem. Canguilhem fala ainda sobre a singularidade de cada um em sua relação com o mundo, não sendo o homem uma tábula rasa, onde as inscrições se dariam sempre de modo idêntico, universal.

Também com este autor, em sua tese *O normal e o patológico*, vemos como ele confronta a ciência positivista – conforme lemos em Coelho e Almeida Filho (1999) –, que preconiza que a técnica seja a aplicação direta da ciência. Não é nosso objetivo aqui discutir tal concepção no que tange à área das ciências exatas; porém, quanto à clínica, a posição é outra. A clínica não é uma ciência, ainda que se valha de seus meios. Qualquer profissional que atue em hospital, já ouviu a máxima “a clínica é soberana!”. Isso significa que achados (laboratoriais, de imagem, etc) precisam ser avaliados em conjunto com a clínica do paciente e o valor daqueles dependerá desta confrontação. Não há,

obrigatoriamente, hegemonia destes achados quando se trata de assistência. A compreensão de clínica como algo distinto da ciência é fundamental para analisarmos o trabalho dentro do hospital.

Neste sentido, a crítica de Canguilhem aos positivistas é que, para estes, a ciência nada mais é que uma ilusão, pois esperam que ela venha a responder todas as questões da vida, venha a suprir a falta que atravessa a todos (LEITE, 2011).

Esta mesma ilusão encontra reforço na influência midiática, com a veiculação constante de ciência como panaceia. A divulgação frequente de “descobertas” baseadas em estudos enviesados, com conflitos de interesses – principalmente no que tange à indústria farmacêutica – alimenta o imaginário popular quanto à expectativa de resposta para todos os males, na eterna expectativa de que “alguém saiba a resposta”.

O que observamos no estudo ora apresentado, corrobora o que outros autores também apontaram; seja no que tange à ilusão de que a ciência possa a tudo responder (PEREIRA, 2011), seja na correlação que se estabelece entre estas respostas imediatas e o narcisismo (DUPEU, 1994). Todavia, o ponto que destacamos é que, a partir desta esperança de que a ciência possa a tudo curar, gera-se uma demanda por respostas rápidas, dirigida (principalmente) aos médicos, diante da qual o limite é pouco aceito. Isto é: demanda por tratamentos que sejam rápidos e resolutivos e que reage mal diante do limite dos profissionais. Demanda que alimenta e é alimentada pelo discurso científico, daí o desafio imposto ao médico – também imerso no discurso da ciência – de não corresponder imediatamente à demanda desenfreada, como sinalizado também no livro *Angústia*, acima mencionado. Nele, a autora define angústia como uma “presença inexorável de um sofrimento que invade o corpo do sujeito” (LEITE, 2011, pág. 7); enfatizando seu aspecto corporal, onde não há palavras que a definam para além dos sintomas físicos.

E a supressão de tais sintomas corporais – resultado de tratamentos exclusivamente farmacológicos, aplicados de forma indiscriminada – longe de produzir a felicidade perene e o bem-estar tão amplamente difundidos, correlaciona-se mais rapidamente com o surgimento de uma normalidade depressiva, conforme aponta Pereira (1999) em seu estudo *Pânico e desamparo*.

2.1.1 A vertigem de liberdade.

A despeito de outras referências, é durante o Existencialismo – especificamente com Kierkegaard (2011[1813-1855]) –, que o tema terá seu apogeu. Lacan irá remeter-se a ele ao longo do Seminário *A Angústia*. Já no início deste, Lacan indica que introduzirá o estudo a partir da meditação deste pensador, a quem chamava de “o mais agudo dos questionadores da alma antes de Freud”, como Quilichini (1998) acentua em seu texto.

Kierkegaard (2011[1813-1855]) abordará seu estudo da angústia por um viés religioso, articulando seu mecanismo com o conceito de primeiro pecado (e a queda de Adão). Para ele, o pecado original introduz o pecado no gênero humano como um salto qualitativo, “com a subitaneidade do enigmático” (pág. 32). O pecado original torna-se, então, um conceito.

Para o filósofo, “a angústia é a realidade da liberdade como possibilidade antes da possibilidade” (pág. 45) e está intrinsecamente ligada ao espírito. Por esta razão, por sua naturalidade, não há angústia no animal. Kierkegaard (2011[1813- 1815])) fala sobre o aperfeiçoamento da natureza, representado pela entrada na cultura e afirma que a criança pode apresentar, ou não, a angústia. Seguindo nesta articulação, o pensador dirá que a angústia tem o mesmo significado que a melancolia, mas em momento posterior, quando a liberdade deve chegar a ser ela mesma.

Sobre o objeto da angústia, o autor escreve tratar-se de *algo que nada é* e enfatiza a ambiguidade da proposição. No decorrer da obra, o filósofo retornará ao ponto que o objeto da angústia *torna-se cada vez mais um algo* (pág. 67). E concluirá que o nada da angústia é um complexo de pressentimentos. (A angústia como pressentimento será retomada por Heidegger e Lacan).

Kierkegaard (2011[1813-1855]) também aponta que a angústia não é culpa, dado que a primeira precede a segunda. No entanto, afirma que afundar-se na angústia é culpa do homem, posto que este a ama, ainda que a tema. Mais uma vez, acentua o caráter ambíguo da angústia que permeará toda sua obra.

O filósofo dirá que a proibição desperta o desejo. Ele fala da palavra enigmática e sua relação com a liberdade: a angustiante possibilidade de ser-capaz-de. “A infinita possibilidade de ser-capaz-de, que a proibição despertou, aproxima-se agora ainda mais porque esta possibilidade manifesta uma outra possibilidade como sua consequência” (pág. 49).

Referindo-se ao livro do Gênesis, na Bíblia, o autor descreve como enigmático o que Deus fala para Adão, sobre o castigo que adviria caso ele comesse o fruto do

conhecimento. Enigmático pois Adão não compreende o enunciado, mas, segundo o pensador, isto não impede que Adão receba a representação de algo terrível. E ainda se referindo à impossibilidade de Adão compreender o que lhe fora dito, afirma: “o falante é a linguagem (...) portanto, é o próprio Adão quem fala” (pág. 51).

Destacamos estas passagens – acerca do enigma e a declaração que o ser falante é a linguagem – por serem referências às quais Lacan retornará em seus trabalhos.

Kierkegaard (2011[1813-1855]) também discorrerá sobre a compaixão. Reconhecendo que, apesar de que sua ocorrência deva ser tomada de forma individual, todos os homens são passíveis de serem acometidos pela angústia. Ele dirá que este fenômeno muitas vezes é ignorado, ou tratado com o que denomina simpatia covarde, que distingue entre os suscetíveis (de padecerem de angústia) e os não suscetíveis. O filósofo condena tal posição: para ele, há que se ter simpatia, mas uma simpatia que reconheça que aquilo que acomete a um, pode acometer a qualquer um. Apesar de não utilizar especificamente o termo compaixão, o conceito que ele traça de simpatia se aproxima daquela. Concluindo este pensamento, ele traça uma analogia com o médico de um manicômio que, considerando a si mesmo como invulnerável à loucura, a muito poucos irá curar.

Retomando a aproximação que faz da angústia com a liberdade, Kierkegaard (2011[1813-1855]) irá compará-la com uma vertigem, produzida ao se encarar a profundidade de um abismo. Ele a chama de vertigem de liberdade e que ocorre quando a liberdade contempla sua possibilidade e “agarra a finitude para nela firmar-se” (pág. 67).

Importante pensar a correlação estabelecida entre angústia, liberdade e finitude, sendo esta última considerada como aquilo que dará firmeza à vertigem causada pela liberdade, pelo *ser capaz de*. O que o filósofo nos traz aqui pode ser aproximado da concepção lacaniana de angústia como falta da falta, que é o eixo central do presente trabalho.

2.1.2. O homem em seu desamparo.

A contribuição essencial trazida por Heidegger (LEITE, 2013) diz respeito à mudança da concepção do homem como um ser com uma essência em si mesmo, com potencialidades interiores a serem desenvolvidas e com total autonomia. Tal concepção será retomada pela clínica lacaniana, que desconstrói a ideia do homem formado por

partes conscientes e inconscientes. Aqui, a existência é o acontecer, é a própria essência do sujeito.

Para Heidegger (LEITE, 2013) o homem é o único ente que existe. Os outros entes são, mas não existem. A condição da existência coloca o homem em ser o máximo si mesmo quando é para fora de si, o não si mesmo: é a sua condição de abertura para fora e que se corresponde com a noção de desamparo presente no *Projeto* (FREUD, 1895), a qual postula que é somente a partir do acolhimento de um outro que algo (em termos de sujeito) poderá acontecer.

O conceito de *Dasein*, trabalhado em Heidegger (LEITE, 2013), é pura possibilidade de ser, movimento concomitante de abertura para todas as possibilidades e fechamento naquilo que acontece. A essência, o que é cristalizado, é a própria existência. Esta concepção se correlaciona com o que Lacan irá chamar de sujeito. Ele é um não-ser, posto que só acontece em ato. À esta concepção, o filósofo correlacionará o conceito de ek-sistência. Este, composto pela partícula ek (que significa para fora) acrescida do verbo sistere (que significa manter, estabelecer, deter, resistir) preconizam que o modo de ser do homem é sempre ser em um outro. Daí o verso de Rimbaud, “Eu é um outro”, citado por Lacan (1948) de forma recorrente ao longo de seus seminários, ganhar todo o sentido.

A idéia do homem como algo a se fazer contraria toda a tradição filosófica e sua concepção de ser, de ente, de ôntico, que considera o homem como um repositório. A visão de caracteres como atenção, vontade e outros como contidas no homem, esperando para serem desenvolvidas, dá origem às psicologias. É à idéia de continente que o filósofo irá se opor.

A existência, para Heidegger (LEITE, 2013) por não ser dada, é sempre um por fazer. Dimensão de ato, exercício da subjetividade em Lacan. Se o homem não se responsabiliza por dar conta de sua precariedade, a vida, em seu sentido estrito, não se dá. Entretanto, este apropriar-se de si mesmo é algo que vem de fora, por isso, ek-sistência. E em seu movimento de abertura ela pesa, traz uma injunção. O fato de ser movimento e por isso não ter uma essência em si mesmo, não exime o homem da convocação de ter que tomar um lugar. A liberdade só está onde há a assunção de um fardo. A liberdade como é tomada aqui, pressupõe que é preciso que se façam escolhas que inevitavelmente requerem perdas, renúncias às outras possibilidades. Daí que a liberdade heideggeriana é um indicador da finitude do homem, pois aquiesce com o peso que a existência carrega. Peso que podemos compreender como dívida, dívida impagável

com aqueles que nos trazem até aqui (pai, mãe, cultura). Liberdade como capacidade de suportar a penúria da existência.

Pensar o corpo a partir do conceito de ek-sistência significa conceber o sujeito como não inteiramente redutível ao corpo, apesar de estar submetido a ele. Não se trata de ser para além do corpo – isso é o que o neurótico pensa, ao tentar calar o corpo, ao tentar anular o corpo por meio do recalque (MELMAN, 2001). Não é disso que se trata: é preciso reconhecer que estamos submetidos a ele e à finitude. Todavia, ek-sistir ao corpo significa não nos reduzir ao imaginário que ele acarreta.

2.1.3. Do desvio somático dos estímulos sexuais à angústia de castração.

Optamos por introduzir este tópico a partir do *Projeto para uma psicologia científica* – texto escrito em 1895 por Freud – não apenas por seu valor cronológico. Mas principalmente porque, apesar de Freud decidir abandoná-lo em 1896 – somente vindo a lume a partir de 1950 – os conceitos ali presentes germinaram ao longo de sua obra, mantendo-se como referência até os dias atuais, inclusive na clínica lacaniana. Por considerar suas premissas como fundamentais para o trabalho psicanalítico é que se propomos um exame bastante atento de seu conteúdo.

Seguiremos nossa análise com os principais textos freudianos que tratam da angústia¹. O primeiro artigo dedicado ao estudo da neurose, *Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia”* e o esboço deste, o *Rascunho E* – parte das comunicações realizadas entre o autor e seu amigo Fliess² –, traçam um quadro pormenorizado da angústia, sua etiologia e sintomatologia, conforme entendidas à época. Em *A interpretação dos sonhos*, no capítulo VII, Freud (1900) aborda a aparente contradição entre a assertiva que todo o sonho é a realização de um desejo e a ocorrência de sonhos de angústia. Em *Três ensaios sobre sexualidade*, Freud (1905) trata da questão da sexualidade, trazendo noções como pulsão, zonas erógenas, objeto e alvo sexual. Sua contribuição diz respeito à angústia infantil e à ideia de angústia gerada pela separação do objeto amado. Prosseguiremos com

¹ Há um conflito entre o uso dos termos ansiedade e angústia nos textos freudianos, dado que a edição brasileira utilizada nesta dissertação é uma tradução da edição inglesa, onde não existe uma palavra para angústia. Assim, optamos por nos referirmos aos textos exatamente como eles constam da edição consultada.

² Wilhelm Fliess, 1858- 1928, médico, com quem Freud manteve volumosa correspondência.

a conferência XXV *A ansiedade*, proferida entre 1915-1917, quando será feita a diferenciação entre a angústia realística e a neurótica. No artigo *Inibições, sintomas e ansiedade*, vemos a principal reformulação da teoria freudiana acerca da angústia, quando é proposto que, ao contrário do que era admitido antes, a emergência do afeto é anterior ao recalçamento do conteúdo ideativo. Por fim, a conferência XXXII *A ansiedade*, irá corroborar esta nova posição, quando será abandonada de vez a noção de angústia como libido transformada.

Freud (1895) inicia o texto do *Projeto* afirmando que a intenção fundamental é estabelecer as bases para a psicologia como uma ciência natural, demonstrando claramente seu compromisso com o espírito científico da época e o rigor com que o aplica. Por sua formação, Freud busca na neurologia e na fisiologia as bases para aquilo que examina.

O primeiro teorema principal deste trabalho se refere à concepção quantitativa, isto é, se refere às ideias excessivamente intensas – que serão correlacionadas à noção de trauma. A tendência, segundo Freud, é que os neurônios obedeçam ao princípio de inércia neuronal, ou seja, busquem se livrar da excitação produzida pelo mundo externo (aqui representada por Q). Ele menciona o movimento reflexo, explicando-o como um meio de descarga neuronal, realizado pelo sistema nervoso central como parte do processo para conservar uma baixa quantidade de estímulos.

Interessante sublinhar o interesse de Freud pelo movimento reflexo. Interesse excepcional dentre os estudiosos de psicologia que lhe eram contemporâneos, os quais não consideravam o movimento reflexo como objeto de seus estudos porque estava fora da consciência. Tal interesse o conduzirá a pensar aquilo que não pertence à consciência, mas que se encontra presente no que ele denominará aparelho $\phi\Psi\omega$.

Em seguida, Freud (1895) afirma que, à medida que o organismo se torna mais complexo, este passa a sofrer não somente a ação dos estímulos externos, como também dos estímulos endógenos (oriundos do próprio corpo), que também requerem um meio de serem descarregados. Estes estímulos teriam origem nas células do corpo e seriam responsáveis por gerar as grandes necessidades, como a respiração e a sexualidade. Ao contrário do que aconteceria com os estímulos do mundo externo, o organismo não conseguiria livrar-se dos estímulos endógenos apenas utilizando a Q deles. Para cessar tais estímulos, seria preciso a realização de ações no mundo externo, como se alimentar, por exemplo. Esta ação no mundo externo, Freud chama de *ação específica* e afirma que

ela demanda um esforço a mais: que o sistema nervoso tolere um acúmulo endógeno, que Freud denomina $Q\eta$. Tal premissa – de um *quantum* de energia entre o físico e o psíquico – constitui a base sobre a qual o autor desenvolverá posteriormente o estudo das pulsões. Também no caso dos estímulos endógenos impera o princípio de tendência do organismo a manter no menor nível possível esta quantidade de energia – evitando, assim, qualquer aumento desta.

O segundo teorema principal preconiza o investimento energético do neurônio, ou seja, uma quantidade de estímulo intracelular $Q\eta$, que estimula o neurônio de forma descontínua. Isto é: para cumprir a função secundária do sistema nervoso de acumular $Q\eta$, é necessário que algo faça resistência à descarga neuronal, o que ele irá nomear como barreiras de contato (as sinapses neuronais só seriam descobertas dois anos depois, por Foster e Sherrington). Uma das consequências desta premissa é que haveria dois tipos de neurônios: os permeáveis e que nada retêm – doravante chamados de ϕ – e os impermeáveis, que seriam retentivos de $Q\eta$ e portadores de memória, que Freud chamará de neurônios Ψ . Haveria, assim, diferenças nas facilitações ente os neurônios Ψ , resultando nas diferenças mnêmicas existentes (a capacidade mnêmica dos grupos de neurônios se correlacionará, mais adiante, com a questão da dor, do desprazer e do recalçamento).

A hipótese de haver dois grupos distintos de neurônios parece explicar a característica do sistema nervoso que é, ao mesmo tempo, capaz de reter e de, ainda assim, receber novas impressões. Toda aquisição psíquica se relacionaria então a suspensões parciais e locais na resistência das barreiras de contato. A despeito de sua teoria, Freud (1895) reconhece que não há dados morfológicos que a comprovem e crê que a distinção entre os grupos de neurônios tenha se dado com a evolução biológica dos organismos, presentificando-se, atualmente, em termos de função. Ele lembra que, desde o início, o sistema nervoso teve duas funções: a percepção do estímulo externo e a descarga dos estímulos endógenos. E que, a partir das *exigências da vida*, fez-se necessário um desenvolvimento posterior quanto às funções de descarga dos estímulos endógenos. Freud cogita se a diferença de permeabilidade (aos estímulos) dentre os grupos de neurônios ϕ e Ψ se encontra não na anatomia destes, mas no quantitativo de estímulos com os quais lidam ($Q\eta$). Então, conclui que nos do grupo ϕ , a quantidade os tornaria permeáveis, ao passo que nos do grupo Ψ este $Q\eta$ se igualaria em magnitude à resistência

das barreiras. A diferença da permeabilidade estaria, deste modo, ligada à ambiência na qual os diferentes grupos estão inseridos.

Finalmente, formula a hipótese que os neurônios ϕ – que estão em contato com o mundo exterior – recebem uma quantidade maior de estímulos do que o grupo que não mantém contato com o mundo exterior (neurônios Ψ), cuja magnitude dos estímulos corresponderia à da barreira de contato. Isso explicaria o problema da permeabilidade, mas reconhece que não dispõe de dados para comprovar tal hipótese. Ainda sobre o problema da quantidade, supõe que os estímulos do mundo externo passem por uma espécie de filtro, de forma que não são absorvidos integralmente – eles precisariam corresponder a um padrão. E reitera que o objetivo estrutural do sistema nervoso é manter os neurônios livres da $Q\eta$, descarregando-a.

Seguindo a lógica da tendência do organismo a evitar que grandes Qs externas cheguem aos neurônios, Freud (1895) considera que haja falhas neste mecanismo, falhas que seriam como modelos normais do funcionamento patológico. Para ele, o que melhor exemplifica esta ocorrência é o fenômeno da dor. Ele fala sobre a propensão do sistema nervoso de fugir da dor e o acúmulo de $Q\eta$ que esta acarreta nos neurônios Ψ . Conclui o tópico afirmando que a intensidade do estímulo da dor é superior a dos outros estímulos externos.

Tratando ainda dos processos neuronais, ele ressalta que não é possível chegar a conhecer tal funcionamento por um simples exame de consciência – esta não esclarece, por si, todos os fenômenos fisiológicos. Aqui, o autor afirma que há processos inconscientes (“inconscientizados”, na tradução literal) e ele não está se referindo a eventos psíquicos, mas sim do próprio organismo, conforme mencionado acima em relação ao movimento reflexo.

Freud (1895) aborda, na sequência, a questão da qualidade dos fenômenos percebidos. Após elucubrar de onde viria a capacidade de atribuir qualidades distintas, deduz que exista um terceiro grupo de neurônios – o ω – que é excitado junto com a percepção, mas não com a reprodução dos eventos (Ψ). O estado de excitação dos neurônios ω produziria as diferentes qualidades: são as sensações conscientes. Uma de suas principais funções deste sistema seria de, ao transformar quantidade em qualidade, contribuir na tarefa de manter no mínimo nível possível a $Q\eta$.

A respeito da consciência, ele a definirá como o lado subjetivo de parte dos processos físicos do sistema nervoso, isto é, dos processos ω . A omissão da consciência

causa a falta da contribuição de ω . Ele também disserta sobre outra característica da consciência – além das qualidades sensoriais – que são as sensações de prazer e desprazer. Partindo da premissa que a vida psíquica tende a evitar o desprazer, Freud a identifica com a tendência primária à inércia. Assim, o desprazer coincidiria com o aumento do nível de $Q\eta$, ou aumento da pressão quantitativa. Seria análogo à sensação ω quando aumenta $Q\eta$ em Ψ . Já o prazer, se identificaria com a sensação de descarga. Uma vez que ω é preenchido a partir de Ψ , decorre a ideia que ω é investido proporcionalmente ao nível de Ψ . O prazer e o desprazer seriam diretamente proporcionais ao aumento ou diminuição, respectivamente, do investimento de ω .

Dando continuidade à sua elaboração, Freud afirma já ser possível descrever o funcionamento do aparelho constituído por $\Phi \Psi \omega$. Inicia se referindo às características quantitativa e qualitativa dos estímulos no mundo exterior. Estes devem seguir um padrão médio: nem muito baixo – pois, ao serem fracionados, não estimulariam o aparelho – e nem muito alta, a fim de não ultrapassarem o limite do suportável, gerando dor.

Quanto à qualidade, os estímulos não a teriam em si (no mundo exterior), mas possuiriam um *período* que, ao chegar em ω , se converteria em qualidade. Desta forma, os estímulos no mundo externo precisam estar dentro de um padrão, de uma série de mesma qualidade e com uma média quantitativa. Com base nesta consideração, Freud demonstra que nem todos os processos no mundo exterior atuam como estímulos do aparelho.

A característica qualitativa dos estímulos se propaga então de Φ , por meio de Ψ , para ω – onde produz a sensação. Esta operação não deixa rastro no aparelho motor. Já a quantitativa, percebida por Φ , atravessará diferentes caminhos, de acordo com a sua intensidade, até alcançar Ψ , que é investido então em Qs normalmente pequenas.

Continuando a descrição do funcionamento do aparelho $\Phi\Psi\omega$, Freud (1895) dirá que o grupo de neurônios Ψ está exposto, sem filtro, aos estímulos endógenos e esta seria a base do mecanismo psíquico. Estes estímulos são considerados como de natureza intercelular, sendo produzidos continuamente, porém, só se transformando em estímulos psíquicos periodicamente – o que denota a necessidade de haver barreiras nesta transmissão, que influenciem na capacidade de acúmulo da excitação. O Ψ , então, está à mercê de Q e é a partir deste mecanismo que nasce no interior do sistema o impulso para toda a atividade psíquica. Freud diz que esta força é o que se conhece como *vontade* e que esta é o *derivado das pulsões*.

Neste ponto, encontramos a ideia trazida pelo *Projeto* cuja correlação com o trabalho ora apresentado é fundamental: ao dissertar sobre o aumento da tensão em Ψ , Freud (1895) afirma que o sistema não é capaz de providenciar o alívio necessário de forma endógena, pois requer uma *alteração no mundo externo* (como fornecimento de alimentos, proximidade do objeto sexual) como *ação específica*. Todavia, de início (ou seja, no bebê) o organismo humano não é capaz de realizar isso sozinho, ele requer *ajuda alheia*. Esta ajuda se dá por meio da função de descarga – o grito, o choro – emitida pela criança e que encontra acolhimento por parte de uma pessoa experiente, que volta sua atenção para ela. Freud dirá então que: “o desamparo inicial dos seres humanos é a fonte primordial de todos os motivos morais” (pág. 370).

O autor seguirá afirmando que o ser humano em desamparo, após receber tal ajuda externa, encontra-se apto a remover o estímulo endógeno e à totalidade do evento, ele nomeará de *experiência de satisfação*, que trará consequências para o desenvolvimento do sujeito. Pois tal experiência gera uma facilitação entre imagens mnêmicas, de forma que, quando tornar a ocorrer o aparecimento do estado de desejo, este reativará a imagem mnêmica do objeto, produzindo uma espécie de alucinação, que por não poder realizar a ação específica no meio, trará como consequência o desapontamento. Este, por sua vez, obrigará o organismo a buscar outros caminhos para a satisfação, para além da alucinação.

Importa enfatizarmos que tal descrição do desamparo do homem – sua total dependência de um outro que o acolha e lhe atribua significado –, encontra ressonância no conceito de ek-sistência de Heidegger e Lacan, principalmente no que tange à teoria lacaniana acerca do sujeito e do inconsciente constituído como linguagem. Pois será a partir do significado que o outro atribui às manifestações do bebê, que este poderá vir a tomar (ou não) um lugar como sujeito posteriormente. Assujeitado ao desejo do outro, caberá ao homem responsabilizar-se, ainda assim, por não ceder em seu próprio desejo – do qual, entretanto, ele nada sabe.

Prosseguindo com o texto, Freud (1895) irá se deter na experiência da dor. Segundo ele, o grupo de neurônios Ψ está exposto aos estímulos endógenos e excepcionalmente – isto é, nos casos de dor – aos estímulos provenientes de Φ quando estes, por apresentarem uma Q muito grande, rompem os dispositivos de filtro que servem como barreira. A dor produz em Ψ um aumento de nível, que é sentido como desprazer, uma tendência à descarga e uma associação entre esta e a imagem mnêmica do objeto que provoca dor – o objeto hostil. Quando, por qualquer razão, a imagem mnêmica do objeto

hostil é novamente investida, ocorre um estado que guarda semelhança com o da dor. A esta memória da experiência vivida, Freud chama *afeto*. Freud cogita a hipótese acerca das transmissões químicas envolvidas nesta experiência, sendo importante notar o interesse dele em buscar a base química das pulsões, as quais Freud define como algo *na fronteira entre o mental e o físico* (pág. 453).

Ainda a respeito da experiência da dor, Freud (1895) dirá que a dor deixa um rastro mnêmico, uma facilitação. E que uma dor muito intensa deixa uma marca importante, que contribuirá para que essa experiência seja revivida mesmo diante de um estímulo insignificante. Tal seria a definição do trauma. A noção de afeto como precipitados mnêmicos será desenvolvida adiante, com a teoria da angústia e o ato do nascimento como protótipo desta experiência.

As duas experiências descritas neste ponto do *Projeto* – tanto a de dor, quanto a de satisfação – deixam como resto, respectivamente, os afetos e os estados de desejo, que darão origem aos mecanismos de defesa (recalcamento) primário e atração de desejo primária. Serão estes dois mecanismos que sinalizarão a formação, no sistema Ψ , de uma organização cuja presença interfere nas passagens de Q. Esta organização é o ego (eu). Assim, a defesa primária consiste no eu não investir a imagem motora imediatamente, porque o efeito disto é o desprazer.

Voltando ao teorema principal, o das ideias excessivamente intensas, Freud (1895) destaca o caráter incongruente daquelas, o qual escapa à mera questão cognitiva e o lugar ocupado pelo simbólico, na importância que as representações adquirem, ou seja: como uma ideia A (que Freud nomeia de compulsão), substitui a outra ideia B (que está recalçada). O autor supõe, ao abordar o recalque, que o sentido quantitativo deste deve ser despojado de Q, de maneira que a soma dele com a da ideia que se repete, seja igual ao normal. Assim, o processo patológico se assemelha a um processo de deslocamento, de reordenamento, tal como ocorre nos sonhos. Avançando no estudo do recalque, Freud dirá que este é aplicável às ideias que causem no *eu um afeto penoso* (poderíamos já aqui antever uma menção à angústia?) e que se relacionem com conteúdos da vida sexual – admitindo desconhecer o motivo de serem as ideias concernentes à vida sexual as passíveis de serem recalçadas.

Uma hipótese que levanta, em relação às questões sexuais, diz respeito ao trauma como algo que se dá somente num momento posterior. Atribui esta característica à puberdade como fase tardia, em comparação às outras, do desenvolvimento humano.

Freud dirá que a causa da perturbação do processo normal é que, a partir de uma *lembrança*, haveria uma *liberação sexual prematura*. Mas também considera possível a presença desta lembrança no decurso normal do processo.

Seguindo em sua análise sobre o recalque, ele escreverá: “já se pode suspeitar que é esse afeto desprazeroso que aciona o recalque” (FREUD, 1895, pág. 404) e mais adiante: “Assim, surge uma defesa de pensamento primária, que no pensamento prático, interpreta a liberação de desprazer como um sinal para abandonar uma determinada via – isto é, para dirigir o investimento da atenção para outro lugar” (pág. 438). Destacamos estes trechos pois eles parecem contradizer a ideia posterior, que Freud sustentará por um tempo, do afeto penoso como resultado do recalque. Apesar das considerações presentes no texto, ele encerra o tópico declarando que o processo do recalque é o cerne do enigma.

Dando continuidade à construção de seu trabalho, Freud irá elaborar seu primeiro artigo que trata especificamente da angústia: *Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia”*, que data do ano de 1894- 1895. Próximo a esta época, mas com data desconhecida, Freud havia encaminhado a Fliess um documento no qual esboçava as principais idéias contidas no artigo. Este esboço ficou conhecido como *Rascunho E. Como se origina a angústia*. Neste documento, Freud (s/ data) afirma que a angústia dos pacientes neuróticos tem muito a ver com a sexualidade, em particular, na prática do coito interrompido – hipótese que ele desenvolverá no artigo subsequente. No momento em que redige o documento, Freud faz uma conexão entre a neurose de angústia e a histeria, apontando como diferença o fato que, na histeria, a excitação psíquica tomaria o caminho do somático e, na angústia, é a tensão física que não penetraria no psíquico, seguindo no trajeto físico.

Importante observar a consequência desta anotação. Ao constatar a presença da angústia durante o ato sexual, tanto em mulheres que apresentam sensibilidade sexual como nas que não apresentam, Freud (s/ data) localiza a origem da angústia fora da esfera psíquica, atribuindo-a a algum fator **físico** da vida sexual. Acompanhando casos heteróclitos, onde percebe a correlação entre angústia e questões sexuais, observa como ponto em comum a ocorrência da abstinência – daí a conclusão que o problema se encontra no acúmulo de tensão sexual física, que o leva a definir a neurose de angústia como uma neurose de represamento. A partir disso, Freud traça um paralelo entre o acúmulo da tensão sexual física – onde situa a neurose de angústia – e a tensão sexual

psíquica. Esta corresponderia à melancolia, onde o paciente não apresenta grande necessidade de relação sexual, mas um grande anseio por amor.

E por que a tensão física acumulada se transforma em angústia? Ele explica que no mecanismo normal, quando a fonte é exógena e envia para o psiquismo um acréscimo de excitação, basta uma reação que reduza em igual quantidade a excitação psíquica. No entanto, em caso de tensão endógena, somente têm utilidade reações que evitem o surgimento de tensão nos órgãos terminais afins. Freud (s/ data) supõe que a excitação endógena cresce até atingir certo limiar, quando entra em contato com determinados grupos de idéias e busca encontrar solução. Assim, a tensão sexual física, após atingir um nível, desperta a libido (que aqui é tida essencialmente como psíquica), que busca sua satisfação. Quando esta reação não consegue se realizar, a tensão físico-psíquica (o afeto sexual) aumenta a ponto de tornar-se perturbadora, mas ainda não sofreu transformação. O que provavelmente ocorre na neurose de angústia é que todo o processo é deflagrado, despertando a libido. Porém, a conexão psíquica permanece insuficiente, não acontecendo a formação do afeto sexual. Desta forma, a tensão física que não é psiquicamente ligada, se transforma em angústia.

E a explicação para que o afeto manifesto seja a angústia é por esta ser correlata à sensação de acúmulo de outro estímulo endógeno, o respirar – estímulo que é incapaz de ser elaborado fora do próprio respirar. Freud (s/ data) dirá que este é o motivo de a angústia poder ser utilizada para toda forma de tensão física acumulada. Além disso, continua o autor, sintomas físicos comuns na angústia – como dispnéia, taquicardia – também estão presentes nas inervações que a tensão sexual percorre e teriam, na angústia, a função de serem as vias exclusivas de solução das tensões.

Finalizando as anotações deste documento, Freud ressaltará que, após começarem a sofrer de angústia, seus pacientes deixam de sentir desejo sexual. Conforme dito acima, o *Rascunho E* era um esboço de *Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia...*, primeiro artigo de Freud (1894-1895) sobre a temática.

O autor inicia o artigo explicando seu interesse em diferenciar a etiologia e o mecanismo da neurose de angústia de outros quadros, especialmente da neurastenia, a fim de conferir à neurose de angústia o *status* de entidade clínica. Ele descreverá o quadro clínico com a seguinte sintomatologia:

- 1) Irritabilidade geral, que aponta para um acúmulo de excitação ou para a incapacidade de tolerar tal acúmulo, principalmente manifesta numa hiperestesia

auditiva, que Freud correlaciona com o pavor e como causa da insônia que acompanha o quadro;

2) Expectativa angustiada: se caracteriza por uma exacerbação quanto à expectativa de algum acontecimento funesto, sem que haja justificativa para tal. Freud (1894-1895) dirá que, geralmente, este quadro esmaece e se transforma numa angústia normal, que compreende o que se costuma chamar de ansiedade, ou tendência ao pessimismo. No entanto, diante de qualquer possibilidade, ela retoma o seu vulto e o próprio paciente a reconhece como uma espécie de compulsão. Uma de suas formas de manifestação se refere à preocupação quanto à própria saúde, quadro que será conhecido como hipocondria. Ele afirma que “a expectativa angustiada é o sintoma nuclear da neurose” (pág. 96). E acredita que, nestes casos, exista um *quantum de angústia em estado de livre flutuação*, o qual, diante de uma situação que gere expectativa, está sempre disponível a se ligar a representação que julga adequada, controlando esta escolha.

Outra forma comum de manifestação é a inclinação para a angústia moral, o escrúpulo e o pedantismo, presentes em pessoas com maior sensibilidade moral e tendência à mania de duvidar (*folie de doute*), comumente atribuída aos quadros de neurose obsessiva e que, para Freud (1894- 1895), pertencem – ao menos conceitualmente – à neurose de angústia. Esta assertiva nos remete ao Seminário 10 de Lacan (1962 – 1963) e sua declaração que a angústia é a **causa** da dúvida, posto que a dúvida serve para tentar combater a angústia por meio de engodos, tirando da angústia a certeza avassaladora que ela porta, por sua própria condição de angústia (grifo nosso);

3) Já o afeto da angústia, apesar de permanecer latente a maior parte do tempo – no que concerne à consciência –, se expressa de outras formas além da expectativa angustiada. O ataque de angústia poderá surgir mesmo sem ser evocado por uma sequência de representações. Este quadro pode consistir apenas do sentimento de angústia, ou pode se apresentar acompanhado de uma representação – como sensação de morte, ou parestesia –, ou ainda a afecção de alguma função – respiratória, cardiológica – a qual poderá absorver toda a atenção do paciente, deixando o sentimento de angústia em segundo plano.

Freud (1894- 1895) descreve, minuciosamente, a sintomatologia que pode estar presente numa crise de angústia, enumerando sintomas físicos (que compreendem maior sensibilidade à dor), conversivos e de sofrimento psíquico – incluindo as fobias que

costumam acompanhar o quadro que se divide em dois tipos: as que se referem a riscos fisiológicos e as de locomoção.

Importante considerar o lugar daquilo que o autor denomina fobias de locomoção e que inclui a agorafobia, pois tal classificação muito se aproxima da descrição feita por Kierkegaard (2011) da angústia como *vertigem de liberdade*. Freud afirmará, de forma recorrente ao longo do texto, que o afeto de angústia pode se apresentar como vertigem, às vezes relacionada à altura, ou como dificuldade em andar em uma rua estreita. Importa pontuar que, ao invés de identificar seu surgimento com situações de cerceamento – que se coadunaria mais com a castração, como Freud (1926 [1925]) reformulará em sua teoria mais adiante –, para o autor, a angústia é análoga a situações de liberdade. Daí a contribuição fundamental de Lacan (1962-1963) acerca da angústia, quando ela é tomada como falta da falta – conforme veremos adiante.

Partindo da premissa fundamental que a etiologia da neurose de angústia se relaciona com a sexualidade, Freud (1894-1895) dividirá as causas para a angústia de acordo com o sexo dos pacientes. A despeito de algumas diferenças observadas – como a descoberta da vida sexual pelas mulheres virgens e a impossibilidade do homem excitado em consumir o ato –, o ponto em comum em ambos os sexos é a abstinência, voluntária ou não, que também pode ser colocada como impossibilidade de satisfação sexual. Em todos os casos, porém, a prática do coito interrompido surge se não como causa, ao menos como fator que predispõe, aquele que o pratica, ao surgimento da angústia.

Concluindo a análise deste artigo, ressaltamos a ênfase que Freud (1894-1895) atribui à angústia como um afeto situado no corpo. Ele repetirá, ao longo do texto, a ideia que a angústia não apresenta “nenhuma origem psíquica” e que seu mecanismo consiste numa “deflexão da excitação sexual somática” (págs 108 e 109); isto é, quando a excitação oriunda do corpo desvia de seu curso normal. Ainda que a perspectiva de Freud seja diferente da perspectiva de Lacan – no sentido que o último não faz distinção entre corpo e mente – é fundamental tomar tais assertivas freudianas e pensá-las em relação à clínica lacaniana, no que tange ao corpo como S2. Retornaremos a este ponto no tópico sobre a pulsão.

Em seu próximo trabalho apresentado aqui, *A interpretação dos sonhos*, Freud (1900) afirmará que o sonho é a realização de um voto, definição que pode parecer

contraditória diante da ocorrência de sonhos geradores de angústia. O autor demonstrará como sua afirmativa se mantém mesmo nestes casos.

Para isso, Freud (1900) fará um breve retorno à teoria que consta no *Projeto* para, em seguida, falar sobre o desejo. Ele lembrará que o desenvolvimento do aparelho psíquico, a partir da incidência das exigências da vida, forçou o aprimoramento de seus meios para obter satisfação, posto que a resposta reflexa já não era mais suficiente. Tornase imprescindível a ajuda externa para se chegar à vivência de satisfação que, ao ser alcançada, passará a ser associada a uma imagem mnêmica. Em decorrência do vínculo criado, na próxima vez que a necessidade surgir, uma moção psíquica procurará reinvestir a imagem mnêmica da percepção e reevocar a situação de satisfação original. Tal moção psíquica, Freud nomeará de desejo.

Seguindo esta linha de pensamento, o autor dirá que deve haver um teste de realidade, que leve o organismo a não permanecer investindo neste investimento perceptual – o que configura os quadros de psicose alucinatória – mas sim, que busque outros caminhos para obter a satisfação. Finalmente, Freud (1900) declara que é “nada, senão o desejo, pode colocar nosso aparelho anímico em ação” (pág. 596), de forma que, para ele, o pensamento é o substituto de um “desejo” alucinatório, presente no organismo desenvolvido e “os sonhos têm de ser realizações de desejos” (idem), produtos do processo primário, já suprimido do aparelho psíquico quando em vigília.

Todavia, mesmo durante o sono, Freud (1900) irá lembrar que a censura permanece atenta ao conteúdo que tenta chegar ao consciente, de forma que o desejo inconsciente entra num caminho regressivo, onde adquire o atributo da representabilidade (quando uma ideia manifesta é uma representação de outra ideia que fora recalçada, conceito relacionado à noção das ideias excessivamente intensas, já descritas no *Projeto*). Freud volta então sua atenção para aqueles sonhos que têm o poder de fazer despertar (aquele que dorme) em meio ao sono. Para ele, a explicação reside em relações de energia, que são desconhecidas. Para explicar o fato, ele começa considerando a indestrutibilidade dos processos inconscientes, mesmo aqueles que, apesar de constituírem a realização de um desejo, são geradores de angústia.

A primeira razão para isso, consiste no fato do desejo pertencer ao inconsciente, tendo sido repudiado e suprimido do pré-consciente. Os sintomas neuróticos são a prova de que os dois sistemas vivem em conflito, sendo tais sintomas o produto de um compromisso que, ao menos temporariamente, os reconcilia. Como exemplo, Freud

(1900) se remete a um caso de agorafobia, afirmando que o sintoma protege o paciente de um ataque de angústia.

A razão mais forte para isso, entretanto, consiste em que, mais do que a diferença topográfica, a realização do desejo não trará, necessariamente, satisfação para aquele que o realiza. A relação do sujeito com seu desejo é peculiar, ele o repudia e o censura, apesar de desejar. Portanto, sua realização não lhe trará, obrigatoriamente, prazer; ao contrário, pode ser fonte de extrema angústia e o autor diz desconhecer o porquê. Lógica idêntica deve seguir a relação do homem com seus desejos oníricos e o sonhador é passível de ser comparado ao amálgama de duas pessoas, envolvidas numa situação em que a realização do desejo trouxesse prazer para uma e desprazer para a outra. Esta analogia encontra ressonância no conceito de sujeito barrado da psicanálise, o qual, pela clivagem do eu, nada sabe sobre aquilo que deseja.

No próximo texto a ser examinado, *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, Freud (1905) volta sua atenção para questões ligadas à sexualidade e seus efeitos para o sujeito. Para tanto, inicia tecendo uma crítica ao senso comum, que considera a sexualidade ausente durante o período da infância, surgindo somente com a maturação da puberdade, funcionando como uma atração entre sexos opostos e cujo objetivo exclusivo fosse a união sexual. O psicanalista dirá que este quadro, no entanto, é repleto de erros e imprecisões.

Ao falar sobre a pulsão sexual, a definirá como o representante psíquico de uma fonte interna do corpo, “como uma medida da exigência de trabalho feita à vida anímica” (FREUD, 1905, pág. 159). Introduzindo os conceitos de objeto sexual (pessoa a quem se dirige a atração sexual) e alvo sexual (ação para a qual a pulsão conduz), afirmará que uma observação mais atenta mostrará um grande número de desvios – tanto em relação ao objeto, quanto ao alvo sexual – o que coloca em questão a relação destes com a norma vigente.

Em seu início, a pulsão sexual possui três características principais: origina-se de um apoio numa função vital – que não deve ser confundido como derivada da necessidade ou do instinto, pois desde que é acolhido por um outro e inserido na cultura, o homem se distingue dos seres naturais –, não conhece objeto sexual, por ser auto-erótica (ou seja, satisfaz no próprio corpo) e seu alvo sexual se encontra sob o domínio de uma zona erógena (parte da pele ou mucosa cuja estimulação gera prazer, mais devido à qualidade do estímulo que à natureza o órgão). Em relação ao alvo, também na vida sexual infantil

trata-se na verdade de pulsões parciais, desvinculadas entre si em seus esforços para obter a satisfação.

Para o autor, à época deste escrito, o desenvolvimento normal consiste em que se atravesse as fases pré-genitais (fase oral, anal, fálica, latência e genital) – sem, no entanto, superá-las: elas seguirão em paralelo com a fase genital – até a puberdade, fase em que as pulsões parciais se encontram sob o primado de uma única zona erógena (a genital), organizadas para a consecução do alvo sexual a serviço da função reprodutora, num objeto sexual alheio.

Ainda neste texto, Freud (1905) menciona, sem se aprofundar, que os meninos relutam em aceitar que as meninas não possuam pênis, ao contrário daquelas, que rapidamente o assumem, passando a desejar serem meninos para poderem possuírem o membro – o que leva à formulação do complexo de castração para eles e na inveja do pênis, para elas.

Freud (1905) também chama a atenção para o fato de que não há uma ligação direta entre a pulsão e seu objeto. Na verdade, o que a experiência demonstra é que há uma solda entre eles, cujo vínculo não seria mais tão óbvio. Resgatando aquela que seria a mais primitiva satisfação sexual, a amamentação, o autor localiza aí o primeiro objeto da pulsão – o seio materno. Todavia, para o bebê que é amamentado e cuja pulsão é auto-erótica, o objeto é parte de si e ele irá perdê-lo somente mais tarde, quando for capaz de formar uma representação global da pessoa que o assiste. Partindo desta premissa, Freud dirá que todo encontro do objeto é sempre um reencontro (pág. 210).

Quanto a isto, vale a pena interrompermos brevemente o estudo do texto para apontar que, com esta assertiva, Freud já assinalava que a satisfação da criança foi organizada ao redor de um objeto por um lado, plenamente satisfatório e, por outro, para sempre perdido. E que todos os demais circuitos desenvolvidos a partir daí se organizam por este objeto, na tentativa vã de reencontrá-lo. Esta observação condiz com a teoria lacaniana sobre o objeto a descrita adiante e que vai para além do complexo de castração no que concerne à angústia (MELMAN, 1998).

Retornando ao artigo, ao dissertar sobre a angústia infantil, Freud (1905) afirmará que as crianças, desde cedo, lidam com seus cuidadores como se essa afeição fosse da mesma natureza do amor sexual. A angústia das crianças é a expressão da falta que sentem da pessoa amada e a este fato ele atribui o medo de estranhos e da escuridão. O psicanalista afirma que as crianças que apresentam propensão à angústia são as que

possuem pulsão sexual desmedida, ou precocemente desenvolvida, ou ainda que se tornaram muito demandantes em função dos mimos parentais. A criança aqui se apresenta de maneira semelhante a um adulto com angústia, na medida que teve sua libido transformada em angústia quando não pode obter satisfação.

Para ilustrar sua teoria, Freud (1905) relata o caso de um menino de três anos que, diante da escuridão, pede que sua tia fale com ele. Diante da objeção daquela – que lhe responde que falar não iria fazer com que ele a enxergasse e, portanto, de nada adiantaria –, o menino argumenta: “quando alguém fala, fica mais claro” (pág. 212). O autor defende que o temido não é a escuridão, mas a ausência da pessoa amada.

Prosseguimos nosso estudo com a conferência XXV *A ansiedade*, em que Freud (1915-1917) fará a diferenciação entre a angústia realística e a neurótica. A primeira é tomada como uma reação a percepção de um perigo externo, estando relacionada ao reflexo de fuga e ao conhecimento prévio do perigo, de forma a ser capaz de antevê-lo. Numa elaboração complementar, Freud (1915- 1917) cogita se a angústia realística é racional e vantajosa, pois, diante da necessidade de julgar como reagir a um perigo, a angústia em nada ajudaria eficazmente. Pondera que um animal em perigo, sente medo e foge; mas a parte deste processo que soluciona o problema é a fuga, não o medo. Então, ele analisa as alterações envolvidas no processo da angústia: aumento da atenção sensorial, da tensão muscular, em conjunto com o aparecimento do afeto propriamente dito. E deduz que quanto mais a angústia se reduzir, se limitar a apenas um sinal, tanto mais o organismo estará apto para a ação na direção mais correta a seguir. Declara que, a seu ver, o estado de preparação para a angústia é o mais profícuo e a geração de angústia, o mais inadequado.

Freud (1915-1917) analisa então os termos angústia, medo e susto, traçando distinções entre eles. Angústia chama a atenção para o afeto, sem considerar o objeto; medo enfatiza justamente o objeto e susto seria o encontro súbito com o perigo, sem passar pela preparação da angústia. Aqui, ele considera que a “pessoa se protege do medo por meio da angústia” (pág. 396). Interessante nos determos neste ponto, pois parece já indicar uma ligeira mudança na primeira teoria, da angústia causada pelo recalque. Ainda que tal premissa se mantenha neste artigo, ao considerar a angústia como uma proteção contra o medo, podemos acompanhar quais caminhos Freud percorreu até a elaboração de sua teoria final.

Também neste artigo, o autor explicará o que é um afeto e porque podemos considerar a angústia como tal. No sentido dinâmico, afeto é um conjunto de inervações ou descargas motoras acompanhadas de dois tipos de sentimentos: percepções das descargas motoras que ocorreram e sensações de prazer ou desprazer, que conferem ao afeto o seu traço principal. Em parte, ele resgata a definição que já constava no *Projeto*. Por outro lado, reconhece que esta descrição não esgota tudo o que está concernido a um afeto e deduz que o cerne do quadro descrito é a repetição de determinada experiência significativa.

No caso da angústia, esta reminiscência diria respeito ao ato do nascimento, quando ocorre uma combinação de sensações desprazerosas, impulsos de descarga e sensações corporais que se tornam o protótipo dos efeitos sentidos diante de um perigo mortal, passando a ser repetida como estado de angústia. Freud (1915-1917) lembra que a necessidade de respirar sozinho – a que o bebê é impelido ao nascer – assim como a própria etimologia da palavra angústia (lugar estreito) remetem àquilo que passa a ser recriado quando o afeto se presentifica. Além disso, também considera significativo que este primeiro afeto ocorra no momento em que o bebê se separa de sua mãe.

Elucidando melhor sua proposta, Freud (1915-1917) conta que chegou a esta conclusão observando a mente popular. E narra um episódio: numa seleção para parteiras, o examinador perguntou a uma das candidatas o que significava a presença de excrementos na hora do parto, quando ocorria a expulsão das águas. E ela respondeu: “significa que a criança está com medo”. Quando ouviu esta história, o autor confessa ter concordado intimamente com a candidata e pensado que aquela pessoa, provinda de uma classe mais simples, sinalizara uma importante correlação.

Voltando-se agora para a angústia neurótica, ele faz um resumo do que elaborou até aquele momento. O primeiro ponto que o psicanalista ressalta é a existência de uma “angústia expectante”, ou “expectativa angustiada”, que se apresenta como uma espécie de angústia livremente flutuante, sempre pronta a ligar-se a qualquer ideia que justifique a existência da apreensão. Esta expectativa seleciona aquilo que é de se esperar, isto é, as pessoas que a experimentam, preveem sempre as piores possibilidades e exploram as incertezas apenas no mau sentido. Semelhante tendência se encontra manifesta naqueles acometidos pelo que Freud denomina neurose de angústia (1894-1895 [1915-1917]).

Uma segunda forma de angústia é psiquicamente ligada (em oposição à livremente flutuante) e vinculada a determinados objetos e situações; é a angústia das fobias. Estas,

sendo extremamente heterogêneas em suas manifestações, podem ser agrupadas em três categorias: a primeira, se refere àquelas que efetivamente possuem relação com o perigo, sendo mais facilmente compreensíveis; a segunda categoria formada pelas fobias que ainda guardam relação com o perigo, porém, a intensidade do afeto é desproporcional ao risco oferecido; e, por fim, a terceira, que Freud (1915- 1917) nomeia de fobias “para além de nossa compreensão” (pág. 400), quando não há nenhuma explicação para a angústia provocada no que tange à presença de algum perigo.

As duas formas de angústia descritas – a livremente flutuante e a psiquicamente vinculada – são independentes uma da outra, não constituindo uma o agravamento da outra. A correlação observada diz respeito à constatação que certas fobias têm aparecimento tardio – relacionadas à quadros graves –, enquanto outras costumam estar presentes desde o início, como o medo de trovoadas, ou de animais – e geralmente associadas com histeria de angústia; isto é, manifestas junto com a histeria de conversão.

A terceira forma de angústia não traz de forma perceptível qual a ligação com o perigo. Ela pode surgir junto a sintomas histéricos, ou ainda em situações em que um afeto é esperado, mas jamais o da angústia. Por fim, pode se manifestar separada de qualquer evento determinante, como um acesso de angústia isolado. Estes ataques servem para demonstrar que elementos que são tomados como constituintes de um quadro geral, podem também se apresentar isoladamente e devem ser igualados, para fins de clínica e pesquisa, ao quadro completo da angústia – passando a ser chamados de “equivalentes da angústia” (FREUD, 1915-1917, pág. 402).

Partindo destas análises, duas questões se colocam: se há correlação entre a angústia neurótica – onde o papel do perigo é mínimo ou nulo – e a angústia realística, que configura uma reação ao perigo iminente; e como compreender a angústia neurótica. Com respeito à segunda questão, Freud (1915-1917) enumera alguns fatores para a compreensão da angústia neurótica, com base na observação clínica.

Primeiro, o autor diz ser fácil comprovar a relação entre a angústia expectante e certos empregos da libido, que não oferecem uma descarga satisfatória desta, transformando-a em angústia ou equivalentes dela. Apesar de tomar esta perspectiva como certa, Freud (1915-1917) cogita acerca de certos críticos de sua teoria, os quais argumentam que o refreamento, isto é, a insatisfação sexual é causada pela apreensão já existente e não o contrário. O autor rebate estas críticas considerando particularmente a

situação das mulheres, pois julga que a vida sexual destas seja uma reação à condução de seus homens que, incapazes de as satisfazer, as fariam resvalar para a angústia.

Outro ponto observado é que o afeto da angústia serve como uma “moeda de troca”, ou seja: ele poderá aparecer no lugar de qualquer impulso cujo conteúdo ideativo tenha sofrido repressão (recalque).

Por fim, a terceira descoberta deriva da clínica com pacientes obsessivos, aparentemente livres de angústia. A experiência mostra que, caso sejam impedidos de praticarem seus atos obsessivos, eles se veem tomados por angústia e compelidos a retomarem a compulsão. O ato obsessivo encobria e evitava a angústia. Analisando os sintomas manifestos tanto na histeria, quanto na neurose obsessiva, constata-se que eles se configuram como uma espécie de fuga da angústia que, de outra maneira, seria inevitável. Da mesma forma, conforme citado anteriormente, a fobia serve para proteger o paciente de um ataque de angústia (FREUD, 1900).

Interrompendo a análise do texto, lembramos que Lacan (1962-1963) – apesar de partir de uma premissa diferente – retoma esta assertiva no Seminário 10, ao dizer que o objeto da fobia serve para encobrir a angústia à medida que, simbolizado, ele deixa de estar em qualquer lugar, ou seja: em todos os lugares. Observamos que esta afirmativa também se aplica ao luto, processo que nos interessa particularmente neste trabalho. A busca por tratamentos, os cuidados dedicados a uma pessoa doente e outras contingências relativas ao processo de adoecimento, possibilitam sua simbolização e contribuem para evitar que aquele que morre seja como os fantasmas: “criaturas como o pai de Hamlet que (...) não podem estar nem mortas nem vivas e que assim não sabem mais onde possam estar” (MELMAN, 1998, pág. 17).

De volta à conferência XXV, em relação à pergunta se existe correlação entre a angústia realística e a angústia neurótica, Freud (1915-1917) demonstra inclinar-se a manter sua perspectiva de que, onde existe angústia, deve haver algo a temer. Partindo do pressuposto de que a angústia é uma reação do eu a um sinal de perigo, a fim de se empreender uma fuga – e considerando a oposição já mencionada entre o eu e a libido – o psicanalista supõe ser plausível que a angústia neurótica seja uma tentativa do eu de fugir às exigências feitas pela libido, tratadas pelo eu como se fossem um perigo externo. Estes achados corroboram a premissa freudiana anterior, da angústia como uma deflexão da libido de seu caminho usual, a qual se passa na região dos processos somáticos.

Conclui a conferência ressaltando sua certeza quanto à vinculação da angústia aos destinos da libido e ao sistema inconsciente.

É no artigo *Inibições, sintomas e ansiedade*, que Freud (1926 [1925]) reformulará sua premissa básica quanto ao surgimento da angústia. Ele inicia o texto pensando a diferença entre inibição e sintoma – este último como necessariamente patológico – e a inibição como relacionada à função desempenhada. Com base nesta diferença, passa a um exame das funções do eu – função sexual, de nutrição, de locomoção e de trabalho – e os efeitos das afecções destas nos quadros neuróticos. Observa que algumas inibições significam o abandono de uma função porque sua prática produziria angústia, o que usualmente acontece quando há um investimento libidinal muito intenso em determinado órgão, que se torna um substituto do ato sexual, terminando por gerar a paralisia deste. O eu renuncia à execução de certas funções para não precisar adotar novas medidas de repressão, evitando desta maneira, o conflito com o isso. Por outro lado, a inibição de certas atividades que podiam levar ao êxito daquele que as realiza, tem o caráter de autopunição. Nestes casos, o conflito que o eu evita é com o supereu.

Acerca dos sintomas, o autor os define como um substituto da satisfação pulsional, uma consequência do processo de repressão. Repressão entendido como um processo disparado pelo eu, que se recusa a associar-se com um investimento pulsional originário do isso, recalando o conteúdo ideativo deste investimento. Esta, por outro lado, deverá ser utilizada com a finalidade de liberar a angústia, sediada no eu.

Pensando sobre a origem do afeto de angústia, Freud (1926 [1925]) afirmará que a causa deste não é um fator econômico. Antes, correlaciona-se mais com a fisiologia, ou com a filogenética, como todos os afetos em geral. Pois mantém a premissa – já apresentada anteriormente – do afeto como “precipitado de experiências traumáticas primevas”, que ao se depararem com situações semelhantes, são “revividos como símbolos mnêmicos” (pág. 97). Mantém a referência ao nascimento como primeira experiência de angústia, mas ressalta a importância de não supervalorizar este ponto. Aqui, há uma atenuação de sua posição teórica, quando considerava o nascimento como um protótipo absoluto do surgimento da angústia (FREUD, 1915).

Voltando sua atenção para o recalque, Freud (1926 [1925]) dirá que não há elementos para supor que o supereu seja o responsável por todos os que ocorrem, posto que eles se iniciam antes da formação desta instância. O autor acredita que as causas deflagradoras do recalque primitivo se refiram a fatores quantitativos, como uma “força

excessiva e o rompimento do escudo protetor contra os estímulos” (pág. 98). Lembrando que tal escudo só existe no tocante a estímulos externos, nada podendo contra os impulsos endógenos.

Na terceira parte do texto, ao falar das relações entre o eu, o isso e o supereu, o psicanalista recorda que, a princípio, estas instâncias são idênticas. O eu apenas constitui uma parte diferenciada destes, por seu contato com o mundo externo. E embora o processo de recalque, por um lado, mostre a força do eu, por outro, revela a impotência desta mesma instância e o quanto os impulsos pulsionais do isso são invulneráveis à manipulação, pois o mesmo processo que os transforma em sintoma, mantém agora a existência destes à parte da influência do eu.

Para ilustrar sua teoria sobre os sintomas, Freud (1926 [1925]) citará dois casos de fobia infantil. Em *Pequeno Hans*, o paciente – um menino enamorado por sua própria mãe – desejava desvencilhar-se do pai. Mas tal ideia, inconcebível para o sistema consciente, sofre um deslocamento (característica determinante da neurose), passando a ter a representação da fobia (de ser mordido) por cavalos. Em *Homem dos lobos*, seu paciente relata que, durante a infância, era atormentado pelo medo de ser devorado por lobos. Freud (1926 [1925]) remete-se a estes casos a fim de apontar que a força motriz por trás do sintoma fóbico era a mesma: o mesmo de ser castrado pelo pai. As ideias fóbicas que eles apresentavam eram substitutos daquela, posto que o medo da castração fora recalcado.

No que tange à neurose obsessiva, a “angústia de consciência” – mencionada já no *Rascunho E* – corresponde à despersonalização do pai sob a forma de supereu, que dá continuidade à ameaça de castração, que se dilui numa angústia social, ou moral, indefinida.

A partir disso, o autor infere que a angústia não era oriunda do processo de recalque, nem dos investimentos libidinais dos impulsos recalcados, mas do medo (realístico) da castração e faz a mais importante reformulação de sua teoria da angústia, ao afirmar que a angústia que produz o recalque e não, como anteriormente acreditava, o recalque teria produzido a angústia. Ele complementa adiante: “É sempre a atitude de angústia do ego que é a coisa primária e que põe em movimento a repressão” (FREUD, 1926 [1925], pág. 111). Todavia, mantém em suspenso a questão no que tange às mulheres, pois interroga se é possível falar em angústia de castração, considerando que, no sexo feminino, a castração já se verificou.

Prosseguindo em seu estudo sobre a formação de sintomas, Freud (1926 [1925]) conclui que a angústia é uma reação a uma situação de perigo e, a fim de evitar esta ameaça, é que ocorre a criação do sintoma. Nos casos analisados, mesmo que, aparentemente, a ameaça provenha de impulsos pulsionais (endógenos, portanto), ela é tomada pelo eu como análoga à ameaça de castração.

Neste momento, o autor faz uma observação quanto à neurose traumática. No acompanhamento a pessoas que sofreram os efeitos da Primeira Guerra, profissionais declararam que uma neurose podia ser deflagrada a partir de um risco de morte – sem qualquer relação com questões sexuais. O psicanalista lamenta que não haja suficientes estudos acerca do assunto e sinaliza que o problema não é descartar o caráter etiológico da sexualidade – o qual não pode ser posto em dúvida desde a introdução do conceito de narcisismo e consequente noção de investimento libidinal no objeto equiparada com a de investimento libidinal no eu. O problema é que a insuficiência de estudos sobre o assunto produz pouco conhecimento das relações entre a angústia e a formação de sintomas. Freud (1926 [1925]) afirma, embasado por sua experiência clínica, que apenas a existência de um perigo não seria suficiente para causar a neurose, pois requer a participação da instância do isso. E como não há registro da morte em nosso inconsciente, o que ele conclui é que o medo da morte é análogo ao medo da castração e que este coloca a angústia sob novo prisma.

Retomando a abordagem deste afeto como uma reação a uma perda, a uma separação, o autor irá elaborar a correlação entre o desenvolvimento da criança e o objeto que ela teme perder. A primeira perda se refere a seu desamparo psíquico, pelo fato do organismo reconhecer a incapacidade de se satisfazer por si só. Em seguida, a criança teme perder o objeto amado, representado pelo seio materno. Na sequência, quando já se reconhece a distinção dos sexos, há o medo da castração. E, por fim, com a despersonalização parental, internalizada na instância do supereu, o que ocorre é o medo da perda de proteção desta instância e consequente desamparo diante dos revezes do destino.

Concluindo o exame dos textos freudianos, nos remetemos à conferência XXXII *A ansiedade*, onde Freud (1933 [1932]) estabelece as diretrizes de sua teoria final sobre a angústia. Ele reconhece três tipos de angústia: a realística, a neurótica e a moral; concluindo que o que a pessoa teme é a própria libido, pois o eu percebe que a exigência pulsional recria uma situação de perigo que ele ainda se lembra (o ato do nascimento).

Em relação às mulheres, o autor mantém a perspectiva que o medo da castração não faz sentido e o que se coloca é o medo da perda do amor. Pode se resumir a teoria na seguinte proposição: “o que é temido, o que é o objeto da angústia é, invariavelmente, a emergência de um momento traumático, que não pode ser arrostado com as regras normais do prazer” (págs. 96 e 97). Sua principal modificação em relação ao que fora estabelecido no texto *Inibições...*, é o abandono completo da noção de angústia como libido transformada, mesmo nos quadros de neurose de angústia.

2.1.4. Os precipitados dos estímulos exógenos e suas inscrições na substância viva.

A importância de neste ponto inserirmos a questão da pulsão e o que ela nos diz acerca do objeto, remete à ideia, em Lacan (1960a), que o saber precede o corpo. O sujeito, como efeito da linguagem – porque causado pelo significante³ – é falado mesmo antes de nascer. Por esta razão, propomos aqui um exame da relação corpo e inconsciente, para depois continuarmos nossa elaboração sobre a angústia, balizada na concepção de Lacan no que concerne ao assunto e à clínica de pacientes gravemente enfermos ou terminais.

O problema fundamental, para a psicanálise, foi a descoberta que certos orifícios do corpo, ao serem os responsáveis pela execução de funções orgânicas, eram erotizados; o que é ilustrado pela presença das pulsões orais, anais, escópicas e invocantes e pela organização de defesas contra estas mesmas pulsões; ou seja, a existência e organização de uma vida libidinal. Tal investimento, em alguns casos, implicava também numa disfunção, podendo culminar até em lesão orgânica. Cabia então, para os psicanalistas, verificarem que a função destes orifícios implicava uma referência fálica geral, mas que também podia girar em torno de um objeto específico. Freud se esforçou no sentido de analisar o que seriam estágios deste desenvolvimento, que culminariam na genitalidade – ou na neurose, no caso daqueles que não completassem o percurso. O problema, para Freud, é que esta genitalidade desembocava em outra questão: a do complexo de castração para o homem e da inveja do pênis para a mulher (MELMAN, 1998). Era assim que o complexo de castração se tornou o ponto intransponível da análise para Freud.

No artigo *O instinto e suas vicissitudes*, Freud (1915) se debruçará sobre o estudo das pulsões. Ele inicia sua teoria acerca destas com base na fisiologia e o modelo de arco

³ Significante é o que representa um sujeito para outro significante (LACAN, 1960a).

reflexo – ainda que ele trace algumas distinções entre eles – conforme lemos no *Projeto*. Voltando-se ainda para este texto, o autor irá se referir ao organismo inerte, que logo de início percebe que há estímulos (do mundo externo) em relação aos quais pode empreender uma fuga e os de origem interna, em relação aos quais, não adianta tentar fugir. Chega assim à natureza essencial das pulsões, cuja definição já citamos ao passarmos pelo texto *Três ensaios...* Dando um passo além, ele também considerará a hipótese que as pulsões “sejam, pelo menos em parte, **precipitados dos efeitos da estimulação externa**, que no decorrer da filogênese, **ocasionaram modificações na substância viva**” (pág. 126, grifo nosso).

Introduz, na sequência, os quatro termos relacionados à pulsão: pressão – medida de sua exigência de trabalho –, finalidade – que é sempre a satisfação da pulsão, a qual, apesar de somente ser obtida com a eliminação da estimulação da fonte, pode, no entanto, seguir por diversos caminhos –, objeto – a coisa por meio da qual a pulsão obtém sua finalidade, isto é, sua satisfação – e fonte – processo somático que ocorre numa parte do corpo e cuja representação na vida anímica é a pulsão.

Retoma então sua explicação sobre o desenvolvimento sexual. Afirma que as pulsões emanam de diferentes fontes orgânicas – as quais atuam separadamente no princípio, buscando somente o prazer de órgão⁴ – e só alcançam uma síntese relativamente completa numa fase posterior, cuja finalidade será a função de reprodução. As pulsões se caracterizam pela capacidade de mudar prontamente de objeto e de se substituírem mutuamente; em razão destas propriedades, são capazes de funções muito distantes da original, sendo capazes assim de sublimação.

Em relação a alguns componentes da função sexual ulterior, Freud dirá que ainda faltam elementos para melhor falar deles, mas pode-se dizer que suas atividades são auto-eróticas; isto é, seu objeto se eclipsa atrás do órgão que lhes serve de fonte, normalmente, coincidindo com esse órgão. Assim, por certa identificação com o objeto da pulsão, o sujeito vai se encontrar no lugar deste objeto.

Lacan (1964), no Seminário 11, irá afirmar que a pulsão é um dos conceitos fundamentais da psicanálise – ainda que não se deva tomá-la por um conceito concluído em suas definições. Ao falar dos quatro termos da pulsão – impulso, fonte, objeto e alvo – afirma que eles só podem aparecer disjuntos. O que aponta é que, na verdade, o que

⁴ Prazer de órgão: é a satisfação ligada a um órgão específico.

ocorre é uma montagem da pulsão. Uma montagem sem uma lógica subjacente, que mais se assemelha a uma colagem surrealista (pág. 167).

O impulso, primeiro, será identificado com a tendência à descarga – a *Qh* do *Projeto*. Mas recorda que Freud coloca, de entrada, que o impulso não é como a pressão da fome ou da sede. Porque a pulsão não se exerce no organismo em sua totalidade, mas no eu que é suportado pelo sistema nervoso – instância que foi diferenciada do isso a partir de seu contato com o exterior.

Lacan (1964) nos diz que a pulsão é o investimento que vem de fora e que nos constitui como sujeitos – por esta razão, é correto afirmar que, em Lacan, o saber antecede o corpo e que o inconsciente é o discurso do Outro. Disto deriva que certos elementos deste campo sejam investidos pulsionalmente, o que significa com uma energia constante e sem ritmo. Daí que ela não pode ser assimilada por uma função biológica – esta, sempre funciona sob um ritmo.

O psicanalista recorda, também, o que Freud diz sobre o objeto, que ele é soldado à pulsão, que o vínculo não é óbvio, nem tampouco natural. Na realidade, do que se trata, é do prazer do órgão (e não do objeto em si).

Quanto às fontes, Lacan (1964) assinala que ao falarmos das zonas erógenas, costumamos nos circunscrever às bordas. Ele dirá que as bordas favorecem a pulsão, mas que outras partes do corpo também podem ser erotizadas. Assim, no processo da realidade psíquica, as pulsões são sempre parciais.

Ele afirmará que as pulsões, na tensão que estabelecem, estão ligadas a um fator econômico. Para ele, pode-se conceber o eu-real como o sistema nervoso central, em sua função de preservar uma certa homeostase das tensões internas.

Refere-se, em seguida, ao recalcado primordial. Este é um significante e o que se edificará por cima, para constituir o sintoma, Lacan (1964) considera – conforme já mencionado – como um “andaime de significantes” (pág. 173). Daí compreendermos o corpo como S2. Ele dirá que o fundamental no nível de cada pulsão é o vaivém – em relação ao campo do outro – em que ela se estrutura, assim como também é fundamental a sua reversão significante. A partir deste movimento da pulsão, é novo ver surgir um sujeito. Portanto, quando se trata de pulsão, trata-se de significante. E este movimento se dá no ponto em que o homem, em seu desamparo, é acolhido por um outro, que atribui um significado às manifestações motoras da criança. É aqui que a noção de ek-sistência, calcada em Heidegger, ressoa; posto que é em sua possibilidade de ser para fora que o

homem ek-siste. É onde o homem encontra seu limite – seu desamparo – que ele pode existir mais plenamente.

Melman (2001), a respeito das pulsões, dirá que: “as pulsões testemunham que o corpo pode ser a sede de manifestações que deixam de lado toda a participação subjetiva” (pág. 117). A pulsão é exatamente o que escapa ao recalçamento imposto ao corpo em nossa tentativa de domínio da libido (em Freud), ou do falo (em Lacan). O corpo é alguma coisa que faz cadeia significativa, pois ele surge a partir de um significante primordial (S1). No entanto, entre este domínio (S1) e o corpo (S2), alguma coisa cai. É o que Lacan nomeará de objeto *a* e que irá entreter o desejo.

Seguindo com Melman (2001), ele explicará que sua assertiva “o inconsciente é o orgânico” deve-se ao fato que todas as funções orgânicas são erotizadas e o bom ou mau funcionamento do corpo depende de como esteja este acordo, entre o domínio e o inconsciente. Sendo o objeto *a* aquilo que anima o corpo – pois é ele que entretém o desejo – é na medida que exista o risco de encontrar com este objeto, que se coloca uma ameaça à própria vida. Pois o que sustenta o corpo é justamente o fato dele ser esburacado. O furo é fundador, para que o todo faça corpo (MELMAN, 1991, pág. 109).

Esta premissa embasa duas questões nesta dissertação: a angústia como falta da falta, quando algo surge neste lugar do esburacamento e a ideia da corporeidade como algo que é construído, isto é, não está dado no corpo do homem. A consequência principal de que a corporeidade não seja natural é a possibilidade de desmonte, de dissolução disso que faz corpo.

Ao pensar o falo como aquilo que embasa o recalque, pensamos o recalque como o que possibilita que o inconsciente estabeleça um certo acordo com o corpo. Quando o corpo fala, presenciamos o aparecimento da psicose, ou da doença orgânica. Cogitamos se a disfunção de um órgão, assim como a vivência da finitude, desvelem a desorganização do corpo e ponha por terra a ideia – trazida pelo recalque – de um corpo perfeitamente ordenado pela anatomia. Retornaremos a este ponto com a apresentação de uma vinheta clínica no tópico *A imisção do sujeito*.

2.1.5. A falta como fundadora do sujeito.

Antes de efetivamente abordarmos este tópico, é necessária uma explicação: todo este capítulo é dedicado à angústia, mesclando seu aspecto conceitual com a clínica no transplante. Por ser um tema axial na teoria psicanalítica, a angústia requer o estudo de

diferentes conceitos para sua elaboração, sendo o estágio do espelho um dos pontos fundamentais. Contudo, devido à estrutura conferida ao capítulo – que se encerra com o estudo do narcisismo e sua relação com a dimensão do estranho – o estágio do espelho somente será abordado no tópico *Imisção do sujeito*. Desta forma, prosseguiremos com a teoria lacaniana sobre a angústia, reconhecendo, porém, que certas questões sobre as quais gostaríamos de tecer algumas elaborações, permanecerão obscuras neste momento.

A primeira questão que Lacan (1962-1963) levanta em seu seminário dedicado à angústia, gira em torno do desejo a partir da concepção de inconsciente como discurso do Outro e que conduz à premissa do desejo do homem como desejo do Outro.

A explicação para estes aforismos se deve à entrada do homem no simbólico. Isto é: o ser falante se encontra completamente desnaturado, suas funções não são regidas por uma ordem natural, mas sim, cultural. Sua relação com o sexual não é imediata, mas mediatizada pela linguagem, pelo significante que não cessa de remeter a outro significante, porque nunca é capaz de encerrar em si mesmo sua significação. E que no mesmo momento em que corta, marca o sujeito com sua sexualização/ castração: a falta, em torno da qual o sujeito vai sendo cerzido, como a metáfora frequentemente evocada do oleiro fazendo o vaso de cerâmica, vaso que só pode ek-sistir por ser furado.

E é do vão entre a necessidade e a demanda que irá se inscrever o desejo que, tal como a linguagem, antecede o sujeito: o desejo do homem é o desejo do Outro. Então, neste jogo de significantes – no qual não é possível se apreender nem o sentido, nem o objeto – a única resposta que obtemos para “*Que queres?*” é o seu retorno para o próprio sujeito, numa interrogação especular na qual, como afirma Lacan (1962- 1963) o lugar do eu está diretamente concernido: “*Que quer ele a respeito deste lugar do eu?*”. Porque não há outro caminho para o sujeito acessar seu desejo que não passe por aquilo que falta ao Outro.

Seguindo o texto *Inibições, sintomas e ansiedade*, Lacan (1962-1963) faz uma análise dos termos ali expostos, demonstrando como eles não se encontram no mesmo patamar. Partindo da análise freudiana sobre a inibição de uma função, ele a correlaciona com a questão do movimento, lembrando que é de uma paralisação do movimento – mesmo que metafórica – que se trata a inibição. Traça então um gráfico, com um eixo horizontal representando a dificuldade e outro vertical representando o movimento. O termo que Lacan utilizará para falar da angústia a partir de inibição, no eixo da dificuldade, será *empêchement*; *impedicare*, que significa armadilha em latim. A

armadilha é a própria captura narcísica, quando o falo ainda se encontra investido auto-eroticamente, obstando o investimento no objeto.

O terceiro termo do eixo da dificuldade será *embaras, imbaricare*; o qual se refere à experiência do sujeito revestido da barra, quando não se sabe mais o que fazer e busca-se algo em que se escorar (LACAN, 1962-1963, pág. 20).

No outro eixo, o do estado, o termo colocado abaixo de inibição é *emotion*, cuja etimologia se refere a movimento, ao que Lacan (1962-1963) complementa dizendo: movimento *que desagrega, para fora*. E o último termo que coloca nesta coluna é *emoi*, enfatizando que seu sentido – longe de significar emocionar – refere-se antes a transtornar, perturbar.

Em seguida, Lacan (1962-1963) diz que partirá para um quadro conceitual do termo e define angústia como um afeto. O importante aqui é sua afirmativa quanto à impossibilidade de se recalcar um afeto: o que é passível de recalçamento são seus significantes. O afeto fica à deriva, pode ser deslocado, mas nunca recalçado, de forma que seus efeitos ainda serão sentidos – ainda que não se possa falar dele. E a consequência principal disto é como Lacan irá definir a angústia: *aquilo que não engana, o que está fora de dúvida* (pág. 88). A angústia é correlata do momento do pré-sentimento, antes do nascimento do sentimento. É a abertura do real, quando não há significantes que o amarrem; portanto, não há aqui a possibilidade de equívoco. Por isso ele irá dizer que a angústia é a causa da dúvida: porque a dúvida é um engodo, uma tentativa de se arrancar a certeza aterradora que caracteriza a angústia.

Voltando ao momento do corte do significante – e daquilo que cai, passando a constituir a causa do desejo, o objeto **por trás** do desejo – Lacan (1962- 1963) irá nomeá-lo como objeto *a*. É a partir desta nomeação, que ele poderá afirmar que a angústia *não é sem objeto* (pág. 101). O objeto *a* não é o objeto da angústia, mas está em permanente relação com ela, ao introduzir uma função fundamental para a psicanálise: a função da falta. Remetendo-nos à teoria da pulsão em Freud (1915), nos deparamos com a assertiva que a pulsão pode ser satisfeita sem ter atingido aquilo que seria seu fim em termos biológicos (a reprodução), pois ela é parcial e seu alvo seria o retorno ao circuito. Lacan (1964), no Seminário 11, interrogará se este modelo não corresponderia ao de uma boca cosida, fechando-se sobre sua satisfação – sem a passagem pelo outro, sem o vaivém. Observa, então, que o que força a distinguir esta possibilidade de satisfação do auto-erotismo da zona erógena é a presença de um vazio, passível de ser ocupado por não

interessa qual objeto, na instância do objeto perdido. E diz: “O objeto a minúsculo não é a origem da pulsão oral. Ele não é introduzido a título de alimento primitivo, é introduzido pelo fato de que nenhum alimento jamais satisfará a pulsão oral, senão contornando-se o objeto eternamente faltante” (pág. 177).

Dando um passo além na análise do texto *Inibições, sintomas e ansiedade*, Lacan (1962-1963) sinalizará que, naquele, transparece a ideia de que a angústia é um sinal diante da perda de um objeto. Ele faz objeção a esta concepção, considerando que é justamente a possibilidade da ausência que se torna a segurança da presença. Maior prova é que a criança se compraz no jogo de esconde-esconde com aquele a quem ama. O que provoca a angústia é justamente o oposto, é a perturbação desta relação, que institui o desejo a partir da falta. E o ápice da perturbação é quando não há a possibilidade da falta, no modelo de demanda que não pode falhar. É quando se trata do *isso não falta* (pág. 64).

Baseado nesta concepção de falta como suporte – e da falta da falta como correlato da angústia –, Lacan (1962-1963) correlaciona a dimensão do estranho com o aparecimento da angústia, o fenômeno *Unheimlichkeit*. Pois, como já foi dito anteriormente, o encontro com o objeto perdido trata sempre do reencontro com algo que é familiar, tal como o *estranho*, em Freud (1919). Entretanto, este reencontro também se constitui como uma ameaça, na medida que é justamente em torno desta falta que se tece o desejo – e se anima o sujeito. A possibilidade do encontro com aquilo que preencha o furo traz o risco do aniquilamento do sujeito. Por esta razão, nos deteremos em seu estudo para pensarmos a angústia em relação à ilusão propiciada pela ciência de uma clínica que possa responder a todas as demandas, no contexto do TCTH.

2.2 Transplante de medula óssea: entre a perda confirmada e o ganho incerto.

2.2.1 – Aspectos técnicos

O transplante de medula óssea (TMO) é um procedimento de alta complexidade, que consiste na infusão de células tronco saudáveis - progenitoras de células sanguíneas - podendo ter um objetivo curativo ou de melhora de sobrevida para o paciente.

As células sanguíneas dividem-se em 3 principais grupos: os glóbulos vermelhos, responsáveis pelo transporte do oxigênio; as plaquetas, responsáveis pela coagulação do sangue e os glóbulos brancos, responsáveis pela defesa do organismo; sendo todos eles essenciais para a manutenção da vida humana.

De forma bastante simplista, pode-se resumir as afecções nas células de cada um destes grupos da seguinte forma: a disfunção dos glóbulos vermelhos gera anemia, a dos glóbulos brancos, infecções e a das plaquetas, sangramentos em qualquer parte do corpo.

Mais recentemente, o TMO foi renomeado como transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH), devido à possibilidade atual de colher as células tronco não apenas da medula óssea, mas também de outras fontes, como o sangue periférico e o cordão umbilical. A nomenclatura transplante de medula óssea todavia permanece, sendo usada de forma genérica. A escolha da fonte dependerá de diversos fatores, incluindo características do doador.

Quanto ao doador, o transplante pode ser:

- autólogo: o paciente receberá suas próprias células, que são colhidas, tratadas e, posteriormente, reinfundidas;
- alogênico: o paciente receberá células de um doador compatível. Neste caso, há ainda subgrupos:
 - alogênico aparentado: o doador é um irmão;
 - haploidêntico: o doador pode ser um irmão ou um dos genitores;
 - alogênico não aparentado: doador proveniente do banco de doadores;
- singênico: o doador é irmão gêmeo idêntico do paciente.

O TCTH tem a peculiaridade de ser um dos poucos transplantes cujo doador é uma pessoa viva. Isto traz consequências éticas importantes. A doação só pode ser voluntária, não há nenhuma forma financeira de recompensar o doador. Uma das formas de se garantir isso, é que, no caso do não-aparentado, o nome do doador é mantido em sigilo para o paciente e sua família e só será conhecido pelo registro de doadores de medula óssea (REDOME).

No caso de doador aparentado, são realizados atendimentos da equipe de saúde ao doador, a fim de dirimir dúvidas e intervir em questões que possam surgir.

A indicação do TCTH é para pessoas acometidas por doenças hematológicas (benignas ou malignas), tumores sólidos, imunodeficiências, doenças de depósito e doenças degenerativas; sendo algumas destas indicações ainda em caráter experimental, requerendo ainda novos estudos para a consolidação da indicação. Quanto a esta, um aspecto que nos interessa é que o transplante se aplica não somente para alguns tipos de câncer (neoplasias malignas), como também para doenças benignas.

Deve-se enfatizar que o termo malignidade se refere ao risco de proliferação das células doentes, o que não ocorre em doenças benignas. Algumas doenças benignas podem levar o paciente à morte em pouco tempo, ou seja, têm mau prognóstico. Por outro lado, há tipos de câncer que mesmo sendo doenças malignas, têm boa expectativa de cura. Este esclarecimento acerca dos termos é importante para se evitar a confusão entre benigno/ maligno com bom/ mau prognóstico.

No caso do transplante autólogo, antes da realização do procedimento, há uma etapa chamada mobilização, quando são colhidas as células do próprio paciente, que depois serão reinfundidas. No transplante alogênico, esta coleta é feita concomitante ao condicionamento do paciente (etapa que será explicada logo abaixo), pois há uma restrição ética a se colher as células sem a garantia de que elas serão infundidas.

Se a fonte for medula óssea, a coleta é feita em centro cirúrgico, sob anestesia. Caso seja de sangue periférico, não é necessária a sedação. Após a coleta, o doador/paciente permanece 24 horas em observação no hospital e depois é liberado.

Para o paciente que receberá o transplante, o procedimento consiste das seguintes etapas:

1. condicionamento: é realizado com quimioterapia, que pode também ser acompanhada de radioterapia. O objetivo é justamente condicionar, preparar o organismo para receber as células tronco. Para isso, é necessário acabar com qualquer resquício de doença, além de “zerar” a produção das células sanguíneas, a fim de que as que serão infundidas sejam aceitas pelo organismo do paciente receptor;
2. infusão das células tronco: acontece por meio do catéter previamente implantado, com o paciente acordado e acompanhado pela equipe;
3. aplasia medular: quando a medula óssea para de produzir as células sanguíneas, ou as produz em quantidade insuficiente, efeito buscado pelo protocolo realizado durante o condicionamento e que prepara para a etapa seguinte;
4. “pega” do enxerto: é a reconstituição da hematopoiese, quando as células recebidas começam a atuar no corpo do paciente e a produzirem novas células. Demora cerca de 12 dias no autólogo e cerca de 20 a 30 dias no alogênico (este período pode variar entre os pacientes);
5. a última fase é mais tardia e trata-se da reconstituição imunológica.

No autólogo, o que se visa é que a quimioterapia em altas doses – realizada durante o condicionamento – seja capaz de eliminar qualquer resquício de células doentes.

Todavia, o efeito dos quimioterápicos também atinge as células sadias, ocasionando a aplasia medular. O organismo não é então capaz de soerguer-se sozinho, requerendo que o paciente receba suas células tronco previamente colhidas. Aqui, o efeito terapêutico consiste no uso da quimioterapia em altas doses, sendo o enxerto (as células que serão recebidas) apenas uma forma de resgate (SCHEINBERG e ALENCAR, 2015).

No transplante alogênico, o paciente também receberá quimioterapia em altas doses. No entanto, além do efeito da quimioterapia, espera-se também que o enxerto tenha um efeito no combate à doença de base do paciente, por meio do efeito imunológico oriundo das diferenças entre o paciente e o doador. A isto, se chama efeito enxerto contra tumor (em inglês, *graft versus tumor – GVT*) e pode, a princípio, levar uma parte dos pacientes à cura, sobretudo no que se refere à doença residual mínima⁵.

O efeito GVT resulta de mecanismos imunológicos não completamente conhecidos. Todavia, infelizmente, outras reações imunológicas também são deflagradas neste processo, podendo levar à Doença do enxerto contra hospedeiro (DECH), que ainda representa uma importante causa de morbidade e mortalidade (VOLTARELLI, 2009).

Nesta patologia, todos os sistemas podem ser comprometidos. Com a evolução, a doença limita a recuperação imunológica e ocorrem alterações oculares, fibrose pulmonar, colestase (inflamação dos canálculos biliares), insuficiência renal, esclerodermia (endurecimento da pele), que podem limitar o sucesso do transplante. Então, em algumas situações, a depender de vários fatores a serem analisados, pode-se considerar a DECH uma iatrogenia do transplante.

Conforme dito no início, o TCTH é um procedimento de alta complexidade. Além de todas as variáveis que precisam ser consideradas, ele também envolve uma série de riscos e possibilidades de complicações.

As principais complicações estão relacionadas à toxicidade dos quimioterápicos – que são mais agressivos do que em qualquer outro tratamento, já que visam preparar o paciente para receber o enxerto - e às infecções no período que antecede a recuperação da medula, visto que, imunossupresso⁶, o paciente encontra-se completamente vulnerável às infecções.

⁵ Doença residual mínima se refere à presença de células doentes, mesmo sem evidência clínica.

⁶ Imunossupresso: indivíduo que teve seu sistema imunológico com a atividade reduzida ou suprimida.

Mesmo após ocorrer a “pega” da medula – isto é, quando o organismo volta a ser capaz de produzir as células sanguíneas – infecções virais e fúngicas acompanham a reação do enxerto contra o hospedeiro (paciente). Por fim, recidivas também podem ocorrer. Isto é: mesmo se submetendo a todo um tratamento longo e bastante duro, não há garantia de que a doença de base não retorne, o que dependerá muito da agressividade da doença de base.

Outro risco muito importante de ser lembrado, no caso do alogênico, é o da medula do doador não “pegar”, ou seja, ocorrer a falha do enxerto. Ela pode ser primária – quando a enxertia nunca ocorre – ou secundária/ tardia, em que a enxertia inicial é seguida por perda do funcionamento do enxerto. A frequência deste evento varia, assim como sua causa, e é considerada uma complicação grave, em função da diminuição global das células sanguíneas que se estabelece.

A perda do enxerto é geralmente fatal, pois a reconstituição da hematopoese de forma autóloga é rara, após o condicionamento. Por outro lado, os pacientes toleram com dificuldade um novo regime de condicionamento, necessário para se realizar um novo transplante (VOLTARELLI, 2009).

De tudo o que podemos falar acerca do transplante de medula óssea, o mais importante é que é uma indicação somente dada aos pacientes para os quais todas as outras tentativas terapêuticas não obtiveram a resposta esperada. Assim, o paciente do transplante é alguém que já tem uma trajetória de tratamento – e de insucessos destes tratamentos.

O TMO é sempre a última linha possível de tratamento curativo. Em alguns casos, ele é a única linha possível, mas jamais a primeira proposta. Caso ele também seja mal-sucedido, o paciente sabe que só resta o tratamento paliativo. Em algumas situações, é possível tentar mais de um transplante, mas são poucas as chances de sucesso. E se o paciente que recebemos não obteve o sucesso esperado em outras condutas terapêuticas, isso já demonstra que sua doença é mais agressiva, com menores chances de cura.

Por outro lado, como, em geral, ele já foi submetido a outros tratamentos, seu organismo se encontra debilitado por ser “hipertratado” – isto é, submetido a muitos tratamentos que, além da toxicidade, trazem consigo a contradição de, potencialmente, possuírem o risco de ser cancerígenos (tanto a quimioterapia, quanto a radioterapia).

2.2.2. Suspensos entre o que não pode voltar, em direção ao que não se pode saber.

Quando se abordam as questões concernentes ao transplante dentro do escopo *psi*, em geral, o viés escolhido versa sobre a adaptação do paciente ao tratamento – com a tentativa de estabelecer alguns critérios de exclusão de pacientes com alguns tipos de transtorno mental, como podemos ver numa das principais referências nacionais sobre o assunto, o livro *Transplante de células-tronco hematopoéticas* (VOLTARELLI; 2009) – e a mensuração da qualidade de vida em relação ao pós transplante.

O foco na medição da qualidade de vida também é apontada no artigo *Death, dying and emotional labour: problematic dimensions of the bone marrow transplant nursing role?* onde os autores sinalizam que qualidade de vida é muito associada aos aspectos funcionais, sendo o sucesso do procedimento avaliado quanto à funcionalidade, ou disfuncionalidade, do transplantado; e que os estudos são focados em dimensões objetivas e quantificáveis, fracassando na captura do que foi vivenciado pelos pacientes (KELLY, ROSS, GRAY e SMITH; 2000). Estes autores também enfatizam o problema da incerteza – que permeia todo o tratamento – e a necessidade de se questionar a produção científica, centrada em estratégias de enfrentamento à doença e esperança, para aqueles cujo sucesso do tratamento é incerto.

Interessante pensar o paradoxo que a expressão *emotional labour*, presente no título deste artigo, introduz. Tal expressão foi criada para descrever como os profissionais subordinavam, ou até suprimiam seus afetos, a fim de criarem um ambiente em que os demais se sentissem cuidados e seguros, ainda que tal medida lhes cobre um preço (ZAMANZADEH *et al*, 2012). E o texto justamente aponta para a impossibilidade de assegurar qualquer garantia na realização do TCTH; ou seja, desde o início, está colocado o que se impõe à equipe: subordinar aquilo que a atravessa, em prol da realização do procedimento.

A valorização de aspectos mensuráveis, mencionada acima, não é casual. Ela vem responder ao modelo científico atual, baseado em evidências, que são constantemente tomadas como representações (números, gráficos, imagens). O que queremos afirmar é que, quando se escuta o sofrimento psíquico e a partir desta escuta se faz uma intervenção, os efeitos desta podem ser claramente constatados – porém, dificilmente representáveis. Disto decorre uma grande dificuldade para o psicanalista na hora de dialogar com profissionais de outras áreas, principalmente em função dos aspectos a serem considerados como relevantes (ao se pensar sobre a própria prática no hospital) para os demais profissionais e aquilo que se coloca para o analista.

Um exemplo importante para nós, sobre a as diferenças entre o objeto da psicanálise e o das ciências, se refere a que pouco se fale acerca dos afetos produzidos, pelo transplante, na equipe que o realiza. Revisão bibliográfica realizada pela presente autora em seis bases de dados (LILACS, Medline, Embase, ProQuest, UNIFESP e Editora Atheneu) utilizando tesouros referentes ao tema do sofrimento psíquico na equipe do TMO, em três idiomas, retornou apenas dois artigos encontrados (PEREIRA & CORTEZ, 2014). Um ano depois – e com a inclusão do idioma francês – foi possível encontrar mais dois artigos, sendo que apenas um utilizava o referencial teórico da psicanálise. Outra exceção a tão parca produção na área trata-se do livro *La greffe, entre biologie et psychanalyse*, singular encontro de um psicanalista e um transplantador franceses, que discorrem sobre o transplante de medula óssea. A escassez de publicações sobre o tema reflete o quão raro é – principalmente no Brasil – o trabalho a partir da psicanálise, dentro de um centro de transplante. O efeito disto, no trabalho aqui apresentado, é que este se refere a uma construção realizada pela autora. Isto é: ainda que já existissem psicólogos trabalhando em equipes de transplante, inclusive no próprio CEMO/INCA, a referência à psicanálise é inédita neste lugar. E demandou uma construção *pari passu* entre clínica, pesquisa e teoria.

Outra importante referência nesta construção é o texto *Corpo e finitude – a escuta do sofrimento como instrumento de trabalho em instituição oncológica* (CASTRO-ARANTES, LO BIANCO; 2013). Nele, as autoras discorrem sobre a indissociabilidade entre corpo e psíquico, falam sobre a articulação destes por meio da fala do paciente e apontam que não será sem ônus (para si mesmo) que um profissional se colocará disponível à escuta do paciente. A principal idéia trazida pelo texto, diz respeito às duas diferentes posições passíveis de serem tomadas pela equipe diante do sofrimento do paciente: a posição de pena – associada à ambivalência e ao distanciamento em relação àquele que sofre – e a de compaixão, onde aquele que escuta se reconhece tão submetido (ou mais) aos limites impostos quanto o paciente acometido por doença grave e/ ou risco de morte.

Esta noção de compaixão como algo que atravessa, que corta de ambos os lados – aquele que fala e aquele que escuta – traz implicações fundamentais para o trabalho. A escuta não é uma atitude passiva, de mero ouvir, de “deixar desabafar”. Ao mesmo tempo, se for reduzida a um aconselhamento, acaba por tamponar o sofrimento presente sem, no entanto, dar lugar a ele. Suportar o que o outro tenha a dizer – e, mais ainda, suportar que

não se tenha uma resposta para este sofrimento e mesmo assim, sustentar uma posição ativa - é a tarefa de se escutar com compaixão.

Uma pesquisa centrada nos efeitos do trabalho no TCTH para uma equipe de enfermagem no Irã (ZAMANZADEH *et al*, 2012), refere que a noção da gravidade da situação do paciente conduz a sentimentos de empatia e compaixão. Refere, também, que testemunhar o sofrimento do paciente e oferecer-se à escuta, traz efeitos para a equipe. As enfermeiras utilizam o termo *Sange Sabure* para falar de si, o que significa, em sua cultura, alguém que escuta e **carrega o sofrimento do outro**. Como consequência, elas referem sentimentos como tristeza e exaustão; mas também, uma transformação de si mesmas, pois, atravessadas pela idéia da morte como o destino inexorável de todos os humanos, vêm suas perspectivas de vida alteradas indelevelmente (pág. 95).

Kelly *et al*. (2000) também abordam diferentes atitudes adotadas pela equipe na tentativa de lidar com o sofrimento vivenciado constantemente. Referem o distanciamento como um comportamento usualmente observado, assim como o foco nas atividades da rotina como um forma de auto-proteção. E trazem interessante estudo realizado dentro da comunidade gay, após várias mortes ocorridas em função da AIDS, cujo resultado sugere que os indivíduos, quando expostos a perdas e lutos continuamente, são suscetíveis de apresentar ansiedade e raiva (pág. 955). Sobre a atitude do homem diante a morte de seus semelhantes de forma seqüencial – retirando dela sua roupagem contingencial – falaremos mais adiante, no capítulo *Imisção do sujeito*.

Tais considerações nos remetem de volta à equipe acompanhada no presente estudo. Considerando a incerteza anteriormente mencionada, trazemos o fragmento de relato de uma profissional. Ela refere como a maior dor causada por seu trabalho, o episódio em que uma paciente, internada para realizar o TMO, apresentava-se muito aflita diante da infusão do enxerto. Perante o sofrimento observado, a profissional tentou apaziguá-la, dizendo: “calma, vai ficar tudo bem”! No entanto, intercorrências inesperadas aconteceram e, poucas horas depois, a paciente morreu. A profissional conta que sua dor é pensar que ela prometera que tudo ficaria bem e, no entanto, não estava a seu alcance cumprir tal promessa. Ao ouvi-la recriminar-se por seu ato, nos colocamos a pergunta: qual outra posição tomar diante do sofrimento testemunhado?

Lacan, no Seminário 10 [(1962-63) 2005], cogita se a angústia que atravessa o paciente é a mesma que atravessa o analista. Ele interroga aos analistas que acompanham seus seminários: “a angústia não parece ser o que sufoca vocês (...). No entanto, não é

demais dizer que deveria fazê-lo. Na verdade, isto está na lógica das coisas, ou seja, da relação que vocês têm com seus pacientes. Sentir o que o sujeito pode suportar de angústia os põe à prova a todo instante” (pág.13).

Com esta passagem, reiteramos a proposição – cujo artigo anteriormente citado de Castro-Arantes e Lo Bianco (2013) é referência – da angústia como efeito de estarmos, todos, submetidos a um mesmo discurso. E reconhecemos que há um limite para se trabalhar sob angústia, um limite que se impõe seja para o paciente, seja para o profissional (de qualquer área). A própria conceituação de compaixão reside no reconhecimento que todos os seres se encontram submetidos à mesma limitação espaço-temporal, à mesma efemeridade e fragilidade. Segundo Siqueira-Batista e Schramm (2009), o traço que une todos os homens, para além de nascer e morrer, é a contingência do sofrimento. Estas três condições seriam características universais dos seres humanos e aquilo que os torna iguais, de acordo com o conhecimento laico (em oposição à definições religiosas de igualdade).

Nada toma sentido, até que a morte entre na jogada, diz Lacan (1959-1960, pág. 188). Essa citação resume, com perfeição, o trabalho psicanalítico dentro do centro de transplante. Isso porque, ao invés de dissertar sobre o que concerne ao psicólogo dentro de um local onde impera a biotecnologia, propõe-se justamente o avesso: o que não é possível fazer? Acreditamos que, somente a partir do reconhecimento dos limites – que são muitos! – será possível, de verdade, colher algum efeito de nossa intervenção. O que equivale a dizer que somente ao tomar o real em sua dimensão de impossível – daquilo que não se inscreve e, portanto, não faz sentido – é que o analista pode operar.

Curioso pensarmos o conceito de real para a matemática e a física, ciências das quais Lacan se vale de forma recorrente. Uma equação impossível é aquela na qual não conseguimos substituir a incógnita por um valor que satisfaça a equação. Para resolvê-la, foi preciso criar o conjunto dos números complexos, que são número compostos por uma parte real e outra imaginária. Já para a física – especificamente falando, para a óptica – a imagem não precisa coincidir com o objeto. Ela dependerá da incidência da luz para se manifestar e uma imagem real não está onde o objeto está. Ela é uma criação a partir de um espelho e só recebe o nome de real por se projetar antes da superfície espelhada.

Não temos a pretensão de nos aprofundar nestas áreas. Apenas chamamos a atenção para duas características do conceito de real nestas ciências: primeiro, como algo que não tem possibilidade de ser representado por um valor – conforme o exemplo das

equações impossíveis. Depois, como uma imagem que não coincide com o objeto em si: a imagem está em lugar diferente do objeto, ainda que precise dele para se formar. Pensar estes conceitos de real ressalta para nós, por um lado, a impossibilidade de representação, de inscrição. Por outro, derivamos que o real pode aparecer em toda parte: ele não está circunscrito.

Silveira (2015), em seu artigo *A impossibilidade e a impotência nos discursos*, diz que o analista não desfruta de nenhum privilégio em relação ao impossível, mas que o discurso do analista se inicia justamente ao colocar o real em posição privilegiada. Uma consequência que se infere disto é a necessidade de tomarmos o real por sua falta de inscrição, por seu estranhamento; pela perplexidade que ele provoca. E ao tomá-lo desta forma, refutamos a tentativa de atribuir-lhe sentido. Resistir ao impulso de inferir significados àquilo que surge em sua prática é a tarefa que o analista deve colocar para si.

É ao realçar as impossibilidades dos demais discursos que o analista pode ordená-los. “Não há análise a não ser na impotência de dominar o saber. Aquilo que o paciente vivencia como impotência é na verdade impossibilidade”, diz o autor. Ao reconhecer que não se comanda o inconsciente – o que destoa das pretensões do saber universitário – o analista põe a trabalho, num movimento que pode trazer algo novo. Isto se dá em contraposição à noção do saber como acúmulo, que deságua na ideia de um Eu à mercê de um conhecimento que sempre se mostra insuficiente e, assim, impotente.

Ainda com o mesmo autor, vemos que o ato analítico tem a direção do real. Porque somente o ato é capaz de fazer uma abertura para uma qualidade nova, que não existia antes. Ao contrário do discurso universitário, cuja estrutura mais se aproxima do sintoma – e que supõe ser pela quantidade, pela repetição que se obtém um resultado – o ato coloca em jogo que é necessário um salto para que se produza um efeito. Há que se fazer uma ruptura, entre o antes e o depois. Não há continuidade no ato.

Considerar este assujeitamento inclui a constatação do limite que a linguagem nos traz. A impossibilidade de tudo dizer, o mal-entendido, o equívoco: há sempre algo que arrebatou o sujeito na linguagem. E a despeito dos eufemismos que utilizamos para evitar falar de morte, na vã tentativa de dominar as significações que se produzem, alguma coisa que é do inconsciente nos escapa e se presentifica diante de nós. Assim é que a clínica no transplante é um tênue equilíbrio entre os limites impostos pelo impossível do câncer, a repetição da esperança, a angústia da falta de significantes e a aposta na invenção do ato.

Explicaremos, agora, a rotina do acompanhamento da psicologia ao paciente que irá transplantar. Como dito anteriormente, o TCTH é um procedimento indicado para pacientes que não responderam a outros tratamentos e que possuem uma doença grave. O procedimento é uma espécie de travessia: o paciente parte de um ponto em que já não responde mais ao tratamento, em busca de uma condição melhor de vida. Todavia, ele sabe que a travessia não é isenta de riscos. E faz disso uma aposta. Importante frisar que, ao se submeter a um transplante, o paciente não está, exatamente, fazendo uma escolha. Melhor seria dizer que é uma escolha forçada, à qual ele se submete. Talvez só se possa pensar em escolha no caso dos que se recusam a realizar o transplante – e arcam com a maior chance de terem, como desfecho, a própria morte.

Lacan [1964(2008)] diz coisa semelhante no Seminário 11: “Coisa curiosa, nas condições em que lhes dizem a liberdade ou a morte!, a única prova de liberdade que vocês podem fazer nas condições que lhes indicam, é justamente a de escolher a morte, pois aí vocês demonstram que vocês têm a liberdade de escolha” (pág. 208). Esta condição, de escolha forçada, tem sua maior consequência no caso dos pacientes menores de idade ou incapazes, quando se requer que um responsável legal assine por eles o termo de consentimento do transplante. Neste caso, observa-se que não há sequer a liberdade de não se submeter ao procedimento, pois os responsáveis se sentem absolutamente incapazes de recusarem o procedimento.

Dentro deste contexto, o trabalho do psicólogo atravessa todas as etapas do procedimento. Inicia-se durante o pré-transplante, que se caracteriza por um conjunto de consultas ambulatoriais, que visam avaliar o paciente quanto a seu estado geral e à indicação para o procedimento. Quanto à psicologia, a consulta de pré-TMO atende a todos os pacientes que estão em fila de espera e visa, principalmente, conhecer o paciente e sua família, considerando dados que sejam relevantes para a realização do procedimento. Importa esclarecer que a indicação do procedimento é sempre médica, podendo caber à psicologia uma contra-indicação. Todavia, prioritariamente, busca-se a inclusão do paciente, pois uma das principais características deste centro é aceitar mesmo os pacientes mais difíceis. Esta consulta é individual e pode acontecer com o paciente sozinho ou junto àqueles que serão seus acompanhantes durante a internação (por ser um procedimento que o paciente fica bastante debilitado, reforça-se que o paciente deve ser acompanhado, em tempo integral, por alguém de sua escolha). Em relação à equipe, as

intervenções neste momento se dão ou por meio de interconsultas⁷, ou durante os fóruns semanais dedicados a tratar da fila de espera (mesa-redonda).

Para ilustrar uma intervenção nesta etapa, trazemos um fragmento clínico:

Durante uma mesa redonda, foi trazido, pela equipe médica, o caso de um paciente menor de idade, que estava se recusando a submeter-se ao procedimento. Após um tempo de dúvida, a mãe do rapaz procurou a equipe, afirmando que ela tinha decidido e que ele iria transplantar “de qualquer maneira” (sic). Neste dia, o paciente saiu chorando muito da consulta médica e eles não retornaram mais. Este rapaz faltara à consulta pré-TMO da psicologia, de forma que não se tinha muitos dados acerca dos motivos para a recusa. Apenas o choro do jovem e a decisão de sua mãe.

Quando trazida à mesa redonda, esta situação foi apresentada como já decidida – a despeito do visível desconforto compartilhado pela equipe – pois a maioria compreendia que o paciente estava submetido à decisão de sua responsável legal. Neste momento, o que a psicóloga levantou junto à equipe era que não se podia simplesmente tomar isso como já resolvido. Foi enfatizado que havia ali uma questão – uma questão que ia para além de quem ia assinar o termo de consentimento. Após intenso debate, ficou decidido que, mesmo que a decisão de sua mãe fosse soberana (legalmente falando), isso não excluiria a necessidade de ouvir o paciente, assim como a necessidade de ouvir também seus pais.

A psicóloga fez então um contato telefônico com a mãe do rapaz, no qual a responsável apresenta grande resistência e a situação se mostra muito delicada. A mãe do rapaz justificava sua recusa com frases ora persecutórias (“Ele já sabe o seu nome, **te entregaram** para ele”), ora destituíntes (“Ele detesta psicólogos, ele diz que **é tudo maluco ou retardado!**”) e após um silêncio: “**Mas eu não acho não!**”). Diante da recusa, é sustentada a oferta inicial, ressaltando-se a importância deste encontro. Ainda demonstrando resistência, a mãe sugere que a psicóloga se apresente ao rapaz como profissional de outra área, o que é prontamente descartado pela profissional, que pondera que isto poria a perder qualquer possibilidade de confiança que pudesse vir a existir entre os envolvidos. Como último argumento, a genitora diz: “não adianta ele ir, pois não falará nada” e a psicóloga declara que não há problema, ele poderá ir e não falar se quiser, mas novamente, registra o quanto é fundamental a sua presença. É então que ocorre a

⁷ Interconsulta é a reunião de 2 ou mais profissionais, de mesma área ou de áreas distintas, a fim de conversarem sobre um caso clínico.

aquiescência. (Analisando retrospectivamente o caso – inclusive considerando o que é dito durante a consulta – pensamos que o que operou uma mudança foi o fato de se sustentar a importância deste encontro; seja diante da equipe, seja diante do paciente e de sua mãe).

No dia da consulta, compareceram o rapaz e sua responsável. Ele entrou primeiro, – a critério da psicóloga. Esta teve o cuidado de começar se apresentando, para evitar qualquer engano sobre o que estavam fazendo ali. Diante da apresentação, o rapaz mostrou-se surpreso (ele não sabia com quem seria a consulta, sua mãe contou depois para a psicóloga), mas permaneceu no atendimento. Ele começa afirmando que, a princípio, recusara o transplante “por motivos pessoais”, mas que, no momento, acata a decisão materna de se submeter ao transplante. Depois, um pouco mais descontraído, fala sobre seus 10 anos de tratamento e como é seu cotidiano: vai à escola, tem amigos, pratica esportes. Para ele, a doença não o cerceia, usa mesmo a palavra “normal” para descrever sua vida. Quando terminamos, é perguntado a ele se quer participar da consulta com sua responsável e ele diz que “tanto faz”. Pensando em oferecer maior liberdade para a mãe, opta-se por atendê-la sozinha.

A mãe se mostra bem mais loquaz que o filho. Dentre as várias coisas que diz, fala sobre a razão da recusa inicial do rapaz (uma convicção metafísica de que irá morrer), o medo e a solidão de tomar uma decisão sobre a vida de seu filho – o pai se mostra incapaz de tomar uma posição, ora delegando ao filho, ora à mulher, que decidam. Ou seja: a mãe fala claramente sobre o medo que o filho morra, sem guardar nenhuma ilusão quanto aos riscos de sua decisão. Ela se encontra totalmente exposta à lucidez, ao desvelamento de tudo o que está implicado em seu ato de decidir. Mas sabe também que a doença de seu filho não responde mais a nada e que, se o transplante comporta risco de morte, desistir dele é a certeza da morte. Ao término do atendimento, a mãe do rapaz estendeu a mão e disse: “obrigada por não ter desistido da gente”.

Um dado importante é que, em nenhum momento, o rapaz se mostra apático, deprimido, ou qualquer coisa que se associe à desistência. Pelo contrário, ele aparenta fazer um esforço imenso para se manter íntegro, a despeito do medo que o assola – e do qual a mãe falou tão bem, ao falar da dureza de decidir sozinha. Tal observação nos interessa, pois há uma tendência – por parte da equipe e da família – a tentar interpretar os pacientes, sem necessariamente tê-los escutado, então estas marcações são balizas importantes em nosso trabalho. Isto é: as falas dos pacientes, trazidas em momentos

pertinentes, são recursos preciosos para se sustentar uma posição que, do contrário, fica à mercê de atribuições de sentido feitas arbitrariamente por terceiros. Ao mesmo tempo, há que se cuidar para que não seja o próprio profissional *psi* a imbuir-se do papel de intérprete, ou porta voz. É um equilíbrio fino entre trazer a história e a fala do sujeito, sem resvalar na tentação de lhe atribuímos significados ocultos.

Por fim, o resultado deste encontro foi levado à equipe de pré-transplante, que pode dar seguimento ao processo, agora de forma mais tranquila frente ao consentimento do paciente. Penso que o melhor resumo do quadro psíquico do paciente foi dado por um médico, que ao ouvir este relato, comentou: “ele não queria fazer o transplante não porque queira morrer, mas justamente porque quer ir para casa, andar de bicicleta”!

Dando continuidade à descrição do pré-transplante, dentro da rotina dos atendimentos, está a consulta com o doador, quando se trata de transplante alogênico aparentado, haplogênico ou singênico. Esta consulta se destina a abordar dúvidas, as relações familiares existentes e, principalmente, fantasias que o doador venha a tecer acerca do ato de doar as células tronco. As relações previamente existentes aparecem aqui em toda sua pungência, principalmente quando a doação será entre irmãos. Constrangimentos, barganhas, raivas e, principalmente, imensas expectativas quanto à possibilidade de “salvar” o outro. Expectativa que muitas vezes é alimentada pelos pais, principalmente quando o doador é criança. Diversas vezes, ouve-se do doador frases como “eu não fui bom o suficiente (se referindo à ação do enxerto contra a doença do paciente que recebeu a doação) e, por isso, meu irmão morreu”.

O momento seguinte se refere à internação, cujas etapas do tratamento estão descritas no tópico anterior. Aqui, o acompanhamento também é para todos os pacientes e seus acompanhantes, à beira do leito, se estendendo por toda a internação. Em relação à equipe, as intervenções também podem ocorrer como interconsultas ou durante as reuniões diárias que tratam dos pacientes internados (*rounds*).

O contato próximo e prolongado com o paciente e sua família traz como consequência uma clínica em que, não apenas conhecemos muito bem detalhes sobre a vida de cada paciente – acabando com qualquer possibilidade deste ser apenas um número ou um diagnóstico – como traz também uma necessidade permanente de responder às solicitações que nos são dirigidas, sendo a mais importante destas, a cura do paciente. Pensamos que, numa tentativa de responder a todas estas demandas é que decorre a busca incansável por conhecimento, sistematizado na forma de protocolos de conduta.

Um episódio particularmente importante refere-se ao óbito de um paciente que, após muito tempo de luta, acabou falecendo. Este paciente era jovem e suscitava sentimentos muito ambivalentes na equipe. Por um lado, consideravam que ele tinha “pouca adesão ao tratamento” (expressão usada para definir os pacientes que nem sempre cumprem as condutas prescritas). Por outro lado, seu jeito carismático, jovial e mesmo petulante, cativava aqueles que cuidavam dele. A relação do paciente com sua genitora também era permeada por muita ambivalência, com frequentes agressões verbais dirigidas a ela, mas, ao mesmo tempo, com a anuência dele para que ela interviesse em sua vida de forma extremamente invasiva.

Após conseguir sobreviver a uma série de eventos graves durante o tratamento, o paciente apresentou uma complicação que acabou por levá-lo à morte. Sua mãe reagiu de forma muito violenta ao fato, com atos de agressividade dirigidos à equipe (quando o médico tentou consolá-la, ela o acusou de não cumprir “a promessa de não deixá-lo morrer” e partiu para bater nele) e agressividade contra si mesma (batendo a cabeça violentamente contra a parede). Sua atitude diante da morte do filho gerou grande angústia na equipe que, temendo que ela se atirasse pela janela, demandou à psicóloga que impedisse um desfecho trágico. A psicóloga permaneceu então integralmente junto à mãe, por todo o tempo em que esta ficou ainda na instituição. Permeando as manifestações de agressividade, a genitora perguntava à psicóloga: “como eu vou seguir vivendo sem ele? Me diz? Como eu posso continuar respirando se ele não está mais aqui? Como eu vou acordar amanhã?”. Aos poucos, a mãe do rapaz foi se acalmando, outros familiares chegaram ao hospital e, a despeito de toda a dor envolvida, ela conseguiu sair do hospital com relativo suporte.

No dia seguinte, ainda sob os efeitos da véspera, vários profissionais da enfermaria cercam a psicóloga quando esta chega e, expectantes, pedem que lhes ensine “o que se deve falar para uma mãe cujo filho tenha morrido”. Todos fazem silêncio após o pedido e realmente esperam que exista algo do tipo a ser **ensinado, algo que o psicólogo domina e eles precisam aprender**. Este exemplo ilustra bem aquilo que afeta a todos: a busca por mais respostas, frente ao impossível da morte, isto é, ao que foge à possibilidade de representação concernente à morte.

Por fim, ainda falando dos atendimentos da psicologia durante o tratamento, há a consulta de reavaliação aos 80 dias após a alta, que é programada para todos os pacientes. À parte esta consulta, após a alta hospitalar, o atendimento passa a ser de acordo com a

demanda, a qual pode ser do próprio paciente, de sua família, da equipe e também da psicologia, quando observe que há indicação. E o formato pode ser ambulatorial, em hospital-dia, ou no leito (em caso de reinternação para tratar alguma intercorrência, o que é comum no 1º ano pós-transplante). Acontece também, com relativa frequência, que após o óbito de um paciente – principalmente se for jovem – os responsáveis (em geral, a mãe) não consigam voltar à instituição, mas façam contato telefônico com a equipe. Nestes casos, observa-se uma necessidade de se falar sobre o luto com alguém que tenha compartilhado os últimos tempos do paciente falecido, como uma insígnia de alguém capaz de reconhecer e compartilhar determinado afeto.

Em paralelo às atividades de assistência, ocorrem as atividades do ensino, vinculadas à residência multiprofissional em oncologia. Desta forma, todo o trabalho é permeado pelas tarefas de preceptoria, docência e supervisão. Importa mencionar este fato aqui, por considerarmos que, ao atravessarmos o trabalho assistencial junto aos alunos, estamos constantemente questionando e sendo questionados acerca de nossa prática. Esta transmissão traz como principal consequência o fato de estarmos sempre renovando um olhar “estrangeiro” em relação ao nosso trabalho, o que nos parece fundamental para preservar a singularidade em nossa escuta, evitando uma “burocratização”, uma apatia em relação ao que se escuta.

Enfatizamos que esta apresentação mais segmentada se deve ao caráter mais didático da apresentação do trabalho. Na prática, as intervenções se entrelaçam. Paciente, equipe, família, em grupo, individualmente. Muitas vezes, determinada intervenção junto ao paciente, é uma forma de escutar – e responder - à equipe, que se angustia diante das questões que surgem. Por outro lado, ações de caráter institucional - como a realização de eventos comemorativos, atividades de confraternização e grupos de atendimento aos profissionais, quando estes se encontram sob o estresse gerado pelas perdas advindas do tratamento – visam também a que o cuidado prestado ao paciente possa ser mantido. Retomamos aqui a citação de Lacan acerca da necessidade de nos mantermos sensíveis para o tanto de angústia que o(s) sujeito(s) suporta(m) e que isto deriva de nossas relações com eles (ousando aqui tomarmos “eles” como os sujeitos que se colocam em relação conosco, tanto os pacientes, como a equipe). Por esta mesma razão é que optamos por apresentar, no capítulo sobre a escuta na clínica no transplante, não apenas a prática da psicologia, mas trazendo também exemplos de outros profissionais.

Voltando ao título deste tópico – o intervalo entre a perda confirmada e o ganho incerto – Ascher e Jouet (2004) falam sobre este intervalo, este tempo, como algo próximo do “nem vivo/ nem morto”, um conceito de Wilgowicz acerca do vampirismo (pág. 166). Isso remete ao Seminário 4, onde Lacan [1956-1957 (1995)] afirma: “Em suma, a angústia é correlativa do momento em que o sujeito está suspenso entre um tempo em que ele não sabe mais onde está, em direção a um tempo onde ele será alguma coisa na qual jamais se poderá reencontrar” (pág. 231). Consideramos que o transplante é um momento extremamente específico para o sujeito, mas não por ser um tipo de tratamento especializado e sim por seu caráter único na vida do paciente. Por, literalmente, lançá-lo em algo de deverá vir a ser, mas que desde sempre é sem garantia. E que traz, pela via da biotecnologia, a necessidade de se passar pela heteronomia para assegurar a identidade do sujeito (ASCHER e JOUET, 2004, pág. 197).

2.3 Imisção do Sujeito

Lacan (1962), no Seminário 10, inicia a primeira aula referindo-se à angústia como “*sujet*”. Termo que, em francês (tal como o “*subject*” do inglês), mostra mais claramente a ambiguidade presente nesta palavra - que pode ser lida ora como sujeito, ora como assunto - do que quando a pensamos em português. Mais adiante, ele interroga à platéia se a angústia que eles, psicanalistas, sentem no atendimento é a mesma que o analisante experimenta e afirma que os cuidados dedicados ao paciente se superpõem aos dedicados a eles próprios. Assim, pode-se observar o trabalho com os conceitos da psicanálise por meio da topologia, numa visada espacial, trazendo importantes conseqüências para a clínica psicanalítica.

Neste tópico, é proposto o estudo de alguns destes efeitos para uma escuta marcada pela psicanálise dentro de um Centro de Transplante de Medula Óssea, no estudo da angústia vivenciada pela equipe. Convém ressaltar que, apesar da imisção do sujeito numa visada espacial ser muito trabalhada a partir de Lacan, ela já existia em Freud (1914; 1923), que disserta sobre o papel da alteridade no engendramento do eu no texto *Sobre o narcisismo*; assim como afirma que o eu é a projeção da superfície do corporal, no texto *O ego e o id*.

Numa contextualização do modelo científico à época de Freud, encontramos a geometria Euclidiana e a física de Newton, em que estão concernidos: o tempo linear, o

espaço tridimensional, o vazio como correspondente ao lugar de massa zero, a massa investida de energia e a impossibilidade de 2 corpos ocuparem o mesmo lugar no espaço. Tal configuração contribuiu para o desenvolvimento de noções como: o início com um assassinato (do pai, em *Totem e Tabu*), o investimento libidinal do objeto como um campo de forças, o *Eu* como centro (constando como um dos três amos dos quais o *Isso* é escravo), o corpo antecedendo o saber e a proposta da neutralidade como a posição a ser esperada do analista, numa perspectiva científica pertinente a um homem do seu tempo (EIDELSZTEIN, 2013).

Em Lacan, dentro de outro contexto, observa-se uma transformação destes conceitos, os quais desembocam numa mudança da própria clínica. Na abertura da coletânea de *Escritos*, Lacan (1998, p.9) diz: “o estilo é o próprio homem”. Ele o declara não no sentido comumente empregado, de estilo como algo pertencente a uma pessoa, mas como referido àquele a quem se endereça. E continua: “na linguagem, nossa mensagem nos vem do Outro, e para enunciá-lo até o fim: de forma invertida”. Ele abandona as noções de espaço tridimensional, cartesiano e que diferencia matéria de energia. Trabalhando com outro modelo, o da física de Einstein, a realidade terá tantas dimensões quanto o modelo que se adote. No lugar de partículas, trabalha-se com ondas e já não é mais impossível que duas ocupem o mesmo espaço, posto que se sobrepõem. Com Lacan, o início é o verbo. O Outro - tesouro dos significantes – está ali desde sempre. Ele antecede o corpo e o sujeito. O inconsciente é o discurso do Outro, o que significa dizer que o inconsciente é a partir do Outro: “Isso” se fala. Utilizando-se da análise espacial, toma o inconsciente como superfície, onde não há espessura, nem tampouco avesso. Aqui, não é possível pensar o sujeito sem mescla. A imiçãõ da alteridade é pré-requisito para qualquer consideração sobre o sujeito (EIDELSZTEIN, 2013).

Diante do exposto, introduziremos agora o estudo do narcisismo e sua relação com o sentimento do estranho e a angústia na clínica no transplante. Atravessaremos conceitos psicanalíticos como: constituição do aparelho psíquico, identificação como parte do engendramento do eu (sendo o “eu” tomado como resultado de um trabalho psíquico causado, fundamentalmente, pela alteridade), a diferenciação de alguns componentes ideais e seus efeitos no investimento libidinal - cuja báscula entre o investimento em objetos externos ou no próprio eu trará consequências importantes para o sujeito. Depois, propomos a correlação entre a teoria e o que encontramos na clínica, buscando analisar quais peculiaridades deste trabalho nos leva a tais aproximações.

2.3.1. O eu é o produto de um engendramento.

Na história da psicanálise, o conceito de aparelho psíquico ou de subjetividade, sofreu algumas transformações. A principal seria a mudança ocorrida nos textos freudianos a partir de 1920, que passam a privilegiar as instâncias, eu e supereu, ao invés dos sistemas consciente, pré-consciente e inconsciente. Esta mudança não é uma alteração dos principais conceitos da psicanálise, já que as noções de consciente e inconsciente permanecem lá: o que se altera é o viés pelo qual isto será abordado.

De fato, estes conceitos são a base da teoria psicanalítica e não foram abandonados na 2ª tópica, o que se transforma é a perspectiva pela qual se dá a abordagem. Uma das principais consequências disto foi a transformação que o conceito de eu sofreu com a mudança de prisma, que a princípio privilegiava o conflito consciente versus inconsciente. Isto porque Freud (1923) conclui a inadequação da primeira diferenciação, muito ambivalente, visto que todas as instâncias possuíam partes conscientes e inconscientes. Ao mesmo tempo, ele abandona a noção de eu como sinônimo de consciência, passando a enfatizar sua relação com o que é recaiado.

A origem do eu permanece relacionada ao sistema perceptual consciente. O corpo, massa amorfa, formado pela libido e pelas pulsões parciais – assim chamadas por, ainda que possuidoras da mesma natureza, dirigirem-se a diferentes objetos num estágio anárquico da sexualidade - é constituído pelo isso. É na região da superfície do isso que sofre as impressões recebidas de viés pelo aparelho perceptual e dos restos mnêmicos aí gravados, que se engendra a instância do eu. Sua principal função refere-se a mediar a relação entre o corpo e a realidade externa.

O eu, portanto, não será mais considerado primário, mas sim o produto de um trabalho psíquico, de um engendramento. Ao contrário, o isso, que precede o sujeito e ao qual Freud se refere citando os escritos de Groddeck ao afirmar que “somos vividos por forças desconhecidas e incontroláveis”, pode abrigar resíduos de incontáveis eus, sendo estes passíveis até de serem herdados (FREUD, 1923, pag.37). A principal função do eu concerne então à sua báscula entre dominador e dominado, recaiador e recaiado; seu trabalho consiste em determinar quais ideias deverão chegar à consciência e quais não.

Conforme dito anteriormente, em diversas passagens Freud (1923) sustenta que o corpo exerce uma função na formação do eu e que este, em última instância, é uma superfície corporal, o resultado das sensações corpóreas; literalmente: “projeção mental da superfície do corpo” (pág 39). A interpretação desta descrição dá ensejo a uma análise

espacial do aparelho psíquico, o que é bastante explorado por Lacan ao longo de seu percurso, o que traz efeitos importantes no estudo da subjetividade para a psicanálise.

Examinaremos aqui estes efeitos no trabalho realizado no centro de transplante. Antes, todavia, é preciso mencionar, ainda que de forma bastante breve, os conceitos de real, simbólico e imaginário. Estes conceitos pertencem ao campo psicanalítico e se referem ao circuito traçado pelo desejo na clínica lacaniana; sendo o simbólico considerado como o determinante dos demais.

Em uma primeira aproximação, podemos ficar com a importante questão que o real não deve ser confundido com a realidade. Ele se refere ao que é barrado, ao que escapa de ser simbolizado e é justamente por esta correlação que ele pode ser reconhecido. O simbólico corresponde à Lei, ao que distingue o homem (cultural, vive sob as leis da sociedade) do animal (possuidor de instintos, segue sua natureza) e que funda o inconsciente. O simbólico antecede o homem e é a condição para que o sujeito possa advir. Já o imaginário se relaciona à imagem do outro e se atualiza de forma especular, como uma identificação.

Retomando a questão inicial, quanto à formação do aparelho psíquico e engendramento do eu, iniciaremos pela fase do espelho em Lacan (1949). Ele a correlaciona com a dimensão imaginária, anterior e colaboradora da formação do eu. De forma resumida, essa etapa se constitui do momento em que o bebê assume como sua a imagem vista pelo adulto que o sustenta. Nesta hora, ele assume a imagem que o outro tem dele como sendo a sua forma, a despeito de não haver de fato uma convergência entre o que ele vê e a própria compleição muscular e motora. Esta seria a forma primordial do eu.

Esta *gestalt* é introjetada; ou seja, ela não é uma percepção natural ou interna de si, mas algo que o bebê identifica como sendo sua imagem corporal a partir do que o outro lhe diz e que passará a intermediar sua relação com o mundo externo. Representa a inauguração de toda a dualidade - caracterizada, principalmente, pela indistinção entre si mesmo e o outro - que irá acompanhar o sujeito em suas relações com a alteridade e com o desejo deste outro, do qual ele é objeto.

Mais uma vez, cabe ressaltar que a forma assumida não se coaduna com o aparelho psíquico - ainda vivido de forma anárquica - e que será sempre a marca de um corpo em desacordo com seus representantes pulsionais, o que implica em que tais representações para sempre o ameçaem como uma ruptura, uma deiscência.

Já a entrada no Complexo de Édipo e sua relação com o interdito demarcará a passagem do estado natural para o da cultura. O Complexo de Édipo é uma estrutura ideativa, que irá intervir nas futuras escolhas do sujeito (como, por exemplo, nas escolhas objetais) e é o momento que caracteriza a passagem do imaginário para o simbólico.

Segundo Garcia-Roza (1992), Lacan concebe o Édipo em 3 tempos:

- 1°. Relação dual com a mãe;
- 2°. Entrada do pai em cena e acesso ao simbólico;
- 3°. Identificação com o pai e o início do declínio do Édipo.

A identificação alienante do bebê com a mãe – dual, especular – é substituída por uma relação triádica, com a entrada do pai. Com isso, é possível para a criança demarcar uma separação entre ela e seu duplo. Isso não significa que o pai não estivesse já ali. A questão é que a criança o percebia (tal como a mãe) como algo indistinto a ela, ainda numa relação especular.

Encontramos na obra de Freud um ser humano concebido como fundamentalmente incompleto e o efeito desta falta é o que ele nos apresenta na teoria do Complexo de Castração. Segundo esta teoria, ao descobrir que sua mãe não possui um pênis, a criança lhe atribui uma falta e infere que a mãe foi castrada. Tal ameaça passa a também pesar sobre a criança, que conclui ser o pai o agente da castração (já que ele possui o pênis).

É a representação desta falta que vai corresponder à representação de algo que a completaria – no caso, o falo imaginário - que Lacan [(1953-1954) 1986] irá considerar presente desde o primeiro momento do Édipo, quando ainda não há separação entre o bebê e a mãe/ pai. Ele o nomeia de “ternário imaginário”.

Neste estágio, a criança se identifica com o falo, o objeto de desejo da mãe, aquilo que a completa. É o momento da perfeição narcísica, que só será superado posteriormente, com a introdução do simbólico. Todavia, mesmo nesta etapa, o simbólico não está excluído do imaginário. Pois, mesmo que o bebê ainda não tenha a linguagem, ele já é falado por aqueles que cuidam dele. E é através do discurso deste outro que a criança vai tomando um lugar na linguagem, uma posição no desejo deste outro (esta colocação se coaduna com a referência inicial a Freud [1923], no texto *O ego e o id*, em suas afirmações acerca da primazia do id em relação ao eu e como o primeiro pode ser formado de resíduo de outros eus, podendo até mesmo ser “herdado”).

O momento seguinte se desenvolve a partir da intervenção do pai como privador da criança e da mãe. Essa dupla interdição é o que leva a criança a sair da perfeição narcísica, por meio da função paterna, o Nome do Pai: é o correlato do recalque. A partir da aquisição da linguagem, é possível a criança iniciar um afastamento entre o ser (o falo) e o ter (um desejo limitado, não mais onipotente). A criança deixa de ser o falo. É aqui que ocorre a transição para o simbólico, quando, a partir do reconhecimento do pai com a lei, ocorre a disjunção mãe-fálica/ criança-falo.

Isso conduz ao 3º momento do Édipo, quando o pai deixa de ser a lei e torna-se representante dela, passando a também estar submetido à castração. Lei e falo não são mais associados a uma pessoa específica, mas a representações que basculam ora com um, ora com outro. Neste ponto, há a passagem do eu-ideal para o ideal de eu. No eu-ideal, a criança se identifica com o falo, ele é o falo. Após a disjunção criança-falo, o pai passa a encarnar a representação de um ideal com o qual a criança vem a se identificar e seu supereu é o efeito de sua identificação com o ideal de eu.

Para Lacan [(1949; 1953-1954) 1986)], a interiorização do interdito e a consequente saída da natureza e a articulação com aquilo que o precede, ou seja, com a cultura, significa a entrada na ordem simbólica. O eu é, então, o efeito das diferentes identificações da criança – desde a fase especular até as instâncias ideais – e, concomitantemente, é também o lugar de recalque dos conflitos e fragmentações daí advindos.

Mediatizado pela linguagem, ocorre uma alienação do sujeito ao significante, a impossível conciliação entre sua verdade e seu dizer; ou, entre o sujeito do enunciado e o da enunciação. Observa-se então uma distinção radical desta noção de subjetividade em relação a que se encontra no sujeito cartesiano: indivíduo não dividido, dono de sua verdade e vontade. Em Descartes, não há clivagem, eu e consciência estão colabados. Na psicanálise, o fundamental é a noção de sujeito como algo que não é natural, nem primário; mas que deverá advir, que se engendra sempre a partir da alteridade. E este sujeito não é conhecedor de sua verdade: ela lhe escapa, irrompe, quando ele claudica. Este eu da psicanálise, sujeito do enunciado, renuncia a si quando enuncia. Sua verdade é sempre um semi-dizer.

2.3.2. A balança energética do investimento libidinal.

A libido pode ser pensada como uma balança energética, que se equilibra entre o investimento nos objetos externos e no próprio eu, num movimento inversamente proporcional: quanto maior o investimento no exterior, maior esvaziamento do investimento libidinal do eu, e vice-versa. Num dos extremos, pode-se citar como exemplo a pessoa acometido por uma dor, incapaz de dirigir seu interesse para qualquer objeto externo. No outro extremo, pode-se considerar a pessoa apaixonada, capaz de dirigir todo o seu investimento em prol de um outro, mesmo a ponto de se sacrificar em nome disto. De toda forma, tal como uma ameba que emite pseudópodos em direção a um alimento, a libido dirigida aos objetos continua a fazer parte do eu e, a qualquer momento, pode ser retirada do exterior e direcionada para o próprio sujeito (FREUD, 1914).

Interessa relacionar aqui o tipo de escolha objetal que pode ocorrer. Freud (1914) distingue entre as do tipo anaclítico (cujo modelo são as figuras parentais, em sua oferta de alimento e proteção) e as do tipo narcísico (cujo modelo reproduz um amor de si mesmo). Estas divisões podem conter ainda subdivisões:

- 1) Tipo anaclítico (aqui, o objeto de escolha pode representar para o sujeito):
 - a) a mulher que o alimenta
 - b) o homem que o protege;
- 2) Tipo narcísico (numa referência a si mesmo, mas que pode englobar):
 - a) o que o sujeito é
 - b) o que o sujeito foi
 - c) o que o sujeito gostaria de ser
 - d) alguém que já foi parte de si (no caso, um filho para sua mãe).

Comumente, o que se observa é uma mistura destes modelos. Mas o que se quer ressaltar é que, em todos eles, há um atravessamento do sujeito pelo outro, ainda mesmo no caso das escolhas narcísicas. Pois aquilo que o sujeito é ou foi, se constitui também dos objetos externos que ele, um dia, introjetou.

Este aspecto é fundamental quando se pensam algumas questões – como o retorno do recaiado e sua relação com o estranho, ou o narcisismo secundário, por exemplo. O que retorna é algo que já nos foi familiar e que, de uma forma ou outra, também nos constitui. Pensando acerca do investimento libidinal no próprio eu, é preciso recorrer ao estudo do narcisismo. Freud (1914) o divide em 3 etapas: auto-erotismo, narcisismo

primário e secundário; sendo as primeiras constituintes do sujeito e a última, a que pode se referir aos estados patológicos.

Durante o auto-erotismo, o bebê se identificaria – a forma mais primária de vínculo com alguém – com o falo para a mãe, conforme já visto. Não haveria ainda a subjetividade, nem a distinção entre o bebê e o outro, a relação é com o duplo. Aqui o eu ainda não se diferencia do objeto de sua libido que, por meio das zonas erógenas, visa apenas ao prazer de órgão de forma desfusionada, “acéfala”.

Para o bebê que mama, o seio é um pedaço dele, ele “absorve” como parte de si tudo o que lhe é agradável. Concomitantemente, ele expelle para o mundo externo tudo o que lhe é hostil, atribuindo ao exterior inclusive seus próprios caracteres que o desagradam. Essa passagem do mundo externo, para o interior da criança, se dá por meio fantasmático, especular. Também a esta dimensão irão se referir os primeiros representantes pulsionais. Esta é uma fase preparatória para o narcisismo que, para ser alcançado, requer seja impetrada uma nova ação psíquica.

O narcisismo primário corresponde então à entrada de um outro, a chegada do pai à cena e a disjunção na relação mãe/ bebê. A partir daqui, há uma perda para o sujeito, que já não pode mais introjetar todo o prazer, sendo regulado pelo interdito. Neste momento, o eu passa a se oferecer ao isso como objeto de amor, numa tentativa de compensá-lo pelos atributos perdidos, sendo esta fase considerada como constituinte do sujeito.

Já o narcisismo secundário somente ocorreria quando o sujeito, retirando seu investimento libidinal dos objetos exteriores, dirigisse toda a libido para o eu. De forma diferente ao que ocorre na fantasia – quando o objeto de desejo permanece sendo externo – no narcisismo secundário há uma identificação do eu com este objeto e todo o investimento se restringe ao próprio eu.

Pode-se então falar em 2 tipos distintos de identificação: a identificação narcísica primária, pré-Edipiana, que ocorre durante o auto-erotismo e a identificação narcísica secundária, a partir da introdução da alteridade, característica do ideal do eu.

O narcisismo não seria, então, uma relação consigo mesmo no sentido estrito, como se pode atribuir durante a fase do auto-erotismo, mas uma relação consigo que passa pelo outro, com o qual o sujeito se identifica e então se aliena. Incapaz de renunciar à perfeição narcísica da infância, o homem procura recuperá-la por meio da instauração das instâncias ideais, que se tornam possíveis a partir da idealização, isto é, a exaltação do

objeto. Objetos que, longe de serem completamente externos ao sujeito, trazem em si a marca de algo que também constitui o sujeito.

2.3.3. O retorno do estranhamente familiar no transplante de medula óssea: narcisismo e angústia quando nada pode faltar.

Chegando agora ao ponto que nos motiva e nos faz passar pelos conceitos psicanalíticos, podemos nos remeter de volta ao cenário do transplante. Nele encontramos dois aspectos que colaboram para as afecções do narcisismo e para o surgimento do sentimento do estranho e da angústia: o medo da morte - advindo do adoecimento e conseqüente ameaça à integridade do eu - e as respostas da biotecnologia que visam tamponar a falta e evitar a morte até o fim.

Neste contexto, a sutura operada na constituição do eu – atrelada à imagem do outro e à posição que o sujeito ocupa no desejo do outro – é ameaçada por uma deiscência de suas bordas. Neste sentido, uma análise da angústia em sua dimensão espacial nos permite ver como usuários do hospital e equipe de saúde padecem dos mesmos afetos; não de uma forma especular, mas por serem atravessados pelo mesmo discurso (da medicina).

Para esta análise, iremos nos referir ao texto *O estranho* (FREUD, 1919) como baliza para a discussão. Pois, como dito antes, Lacan se remete ao texto freudiano e correlaciona o fenômeno *Unheimlichkeit* com tudo o que pode aparecer no lugar da falta – correlato, portanto, do aparecimento da angústia (1962-1963, pág. 57). Usaremos esta mesma referência aqui.

No texto, Freud (1919) nos traz uma abordagem bastante diferente daquela encontrada no senso comum acerca do que causaria estranhamento em nós. A principal diferença diz respeito à premissa que o estranho não é algo novo, inédito. Justo pelo contrário, o que o caracterizaria essencialmente, seria o retorno de algo conhecido, mas que se supunha deveria ter permanecido oculto (pág.242). Por isso, afirma-se que o estranho se relaciona com o inconsciente e o retorno daquilo que fora recalcado.

A primeira observação que se pode fazer quanto à afirmativa acima e a clínica no transplante se relaciona à questão da morte. Freud afirma - ao longo de sua obra, porém mais especificamente no texto *Reflexões para os tempos de guerra e morte* - que o inconsciente de cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade (1915, pág. 299) e a morte é sempre tida como fortuita, um acidente, algo passível de se evitar. Mais

adiante no texto, todavia, ele considera que algumas circunstâncias – como a da guerra por exemplo, onde várias mortes ocorrem em sequência – esta relação com a morte perde seu lugar. Quando a morte acomete um homem, ela pode ser avaliada como acidental, mas quando ela acomete vários sequencialmente, aquele que sobrevive começa a se questionar se ele também não será acometido, o que coloca um fim à presença da morte como casual em nossas vidas (pág. 301).

Voltando ao contexto do transplante, a maioria dos pacientes que recebe este encaminhamento, tem uma trajetória de tratamento antes de chegar nesta clínica. Eles já foram submetidos a outros tratamentos que não obtiveram a resposta esperada e certamente foram obrigados a lidar com perdas neste decurso. Uma das perdas mais comuns se refere à morte de outros pacientes, cujos tratamentos fracassaram e que, muitas vezes, eram seus companheiros nesta jornada. Assim, aqueles que chegam ao transplante – não só pelo tempo em tratamento, mas pelo tipo de doença que exige este procedimento, o que significa ser uma doença mais agressiva, de pior prognóstico – são atravessados em si mesmos pelas questões referentes à própria finitude. Nos atendimentos a estes pacientes, nos deparamos com falas como: “meus pais morreram disso, meus irmãos morreram disso, por que eu não vou morrer?”. Ou: “estava num quarto com mais três pacientes, todos eles morreram, eu pensei ‘sou o próximo’”.

Submetidos à mesma realidade de perdas, a despeito de todo investimento realizado, os profissionais que acompanham estes casos também são atravessados por estas mesmas questões. Isto é: se os pacientes morrem, o que nos faz crer que não iremos morrer também? (O que faz lembrar a fala de um residente ao chegar ao hospital. Quando perguntado sobre o que o impactara neste início, ele respondeu: “**eles** morrem”!)

Construímos diversas crenças ao longo da vida para justificarmos a chegada da morte para os outros – e sua desejada distância de nós e daqueles que amamos. Mas, no convívio diário com as perdas trazidas pelo adoecer e o confronto da inexorabilidade da morte para muitos, tais crenças claudicam, assim como o recalque acerca da nossa própria finitude. Sem dúvida, o recalque disto segue num movimento contínuo, ou seja, acabamos por construir novas crenças que venham a afastar de nós qualquer idéia sobre a morte. Uma das formas de se fazer isso é a busca por mais e mais saber; esperança que, em algum lugar, exista algo que nos dê garantia. Pode-se apelar também para pensamentos mágicos, por exemplo: acreditar que, se a doença serve para ensinar algo, então, devemos aprender com a experiência dos pacientes, para não precisarmos ser

acometidos pelo mesmo mal. Estas construções seguem funcionando até certo ponto, quando novamente são abaladas diante de uma nova perda, que vem escancarar a morte inelutável para todos nós.

Ainda em relação ao que deveria ter permanecido oculto, mas veio à luz (forma alusiva de Freud se referir à relação entre o estranho, o recalque e o inconsciente), nos remetemos aos tópicos *Os precipitados dos estímulos exógenos...* e *O eu é o produto de um engendramento*, onde vemos que o corpo, inicialmente, é constituído pela libido e pelas pulsões parciais. Vimos que é necessária uma ação psíquica para que haja o engendramento do eu, cuja principal função é determinar o que deve se tornar consciente ou não. As pulsões pertenceriam então ao registro do real e ao sofrerem a incidência do significante, constituem o sujeito.

No livro *Patronimias* (CZERMAK, 2012), no artigo *Observações sobre situações de desespecificação pulsional em sua relação com as funções na psicose*, os autores escrevem sobre a relação do significante com a especificação da pulsão – em oposição à pulsão acéfala presente na psicose. Em certo trecho, eles afirmam: “Muitos momentos de um tratamento, inclusive terminais, fazem aparecer em primeiro plano fenômenos clínicos em que a pulsão parece retomar a dianteira sobre o significante; a oralidade se presta bastante bem a essa demonstração” (CZERMAK, HERGOTT e TYSZLER, pág. 178). Interessa, particularmente, a referência aos momentos terminais como propiciando a emersão da pulsão à frente do significante. Asher e Jouet (2004) sublinham uma peculiaridade do TCTH, o surgimento de representações mentais normalmente mantidas inconscientes; as quais eles denominam “*transparence psychique*” – em referência a um conceito de Bydlowski.

Ainda que existam diferenças conceituais, o que se quer sinalizar é a ocorrência de uma transformação observada em casos muito graves, que se caracterizaria por uma desordem pulsional. Conforme trabalhado no tópico *Os precipitados dos estímulos exógenos...*, o que se constata é que pacientes gravemente enfermos ou em iminência de morte, manifestam uma alteração em seu aparelho psíquico que se expressa em todo seu corpo. Não se trata de alteração da senso-percepção, nem do estado da consciência. O paciente recolhe seus investimentos do mundo externo – ainda que mencione planos para o futuro. Sua fala é modificada, não por conta de alteração do pensamento, mas certamente da energia com que impregna suas palavras. O recalque esmaece, o afeto que imprime – à fala e ao olhar, principalmente – dotam suas expressões de características

distintas das que se faziam usuais. Manifesta-se com tal veemência, que não resta dúvida quanto à sua verdade.

Por fim, sobre retorno do recalcado em sua correlação com a nossa própria finitude – a qual seria inacessível ao inconsciente – além dos pontos já abordados, é importante mencionar também a situação em que é comunicado ao paciente que seu caso é fora de possibilidades de cura. Para o paciente que foi submetido ao transplante de células tronco hematopoiéticas, a notícia do insucesso do procedimento carrega em si mesma a noção da impossibilidade da cura. Para alguns, ainda resta a tentativa de um novo transplante, mas isto não se aplica a todos.

Assim, quando é dada a notícia de que resta apenas o tratamento paliativo, não há como escamotear mais a condição da terminalidade. Para dissertar sobre esta condição, trazemos a fala de um paciente, tomado por angústia – que beirava a desorganização psíquica – após conversa com o médico, que lhe informara sobre a intenção de iniciar uma quimioterapia paliativa⁸. Ele diz à psicóloga que “não sabia o que fazer”. A psicóloga, tentando apaziguar a angústia, diz que não era preciso fazer nada, que ele receberia um tratamento para seu conforto. Ao que ele esclarece: “é isso que **eu não posso saber**: que eu vou receber uma quimioterapia e **acabou**”.

Esta fala explicita o conflito ao qual todos os envolvidos nesta tarefa estão expostos. Como **saber** sobre a morte? Não é por acaso que tantos mecanismos de defesa são erigidos, o que é amplamente falado na crítica à dessubjetivação do discurso médico. No entanto, como é possível para o profissional, que lidará com a morte por anos a fio, olhar para ela diretamente, sem o uso de subterfúgios?

Seguindo no texto freudiano, lemos também que o estranho se relaciona com crenças do universo infantil, como onipotência do desejo e do pensamento, o duplo, o olhar, etc. Estas questões são constituintes do sujeito, pertencendo a uma etapa de sua formação, muito bem explicadas por Lacan no estágio do espelho. Neste sentido, relacionamos o estranho também com o narcisismo, principalmente em seu atravessamento pela alteridade. Pois se a relação com o outro tem a função de apaziguar a angústia do corpo desfragmentado, ela, por outro lado, traz o ônus da eterna alienação à palavra e, por conseguinte, da perda do ser.

⁸ Neste caso, isso significava que a quimioterapia seria usada com a função de amenizar o mal-estar provocado pelo avanço do câncer, sem possibilidade de reverter o estado de terminalidade.

Então, como foi dito, tais questões são constituintes da subjetividade, mas se algo acontece que precipita o retorno destas, uma sensação de surpresa e temor é disparada, como uma ameaça à integridade do sujeito. O sentimento de estranheza pode então ser deflagrado por um estímulo externo ou quando crenças infantis encontram nova confirmação.

Dentre os exemplos de crenças que retornam no contexto do transplante, podemos citar como uma das mais relevantes, a crença na onipotência do desejo e do pensamento. Ainda que ilusória, a idéia do homem como equiparado ao Criador, liberto da morte e não mais submetido à castração, se atualiza nos avanços tecnológicos aqui presentes. Pois, como afirma Lacan no Seminário 17 (1969-1970), a ciência não surge como um aprofundamento de meditação filosófica, buscando esclarecer qualquer percepção que pudesse ser ilusória. Ela nasce nos germes das demonstrações euclidianas, as quais, todavia, permanecem suspeitas por seu apego à figura a título de evidência. Neste mesmo Seminário, Lacan diz: “para ter uma pequena idéia da relativização do discurso da ciência, (...) seria preciso, repito, não proceder pela psicanálise, mas talvez, se isso existir, ser um psicanalista” (pág. 96).

Tendo isso em mente, concordamos com o que escreve Dupeu (1994) no texto *Nouvelles techniques, vieux enjeux* cujo próprio título já resume a idéia central do texto: diante das inovações biotecnológicas, o que se coloca para o homem se inscreve num longo curso de evolução, tão velho quanto a história da humanidade, onde nossas reações e angústias revelam o eco de debates antiquíssimos. Também neste texto, o autor enfatiza o papel da psicanálise em sua relação com o interdito como uma barra aos efeitos narcísicos que as respostas imediatas da biotecnologia trazem para quem as utiliza.

Claro, não se trata de colocar o psicanalista no lugar de “especialista da ética”; mas antes, ao proceder pela ética da psicanálise, que ele possa trazer a campo estas interrogações, aí sim, numa barra à resposta imediata às demandas. No caso do trabalho aqui desenvolvido, uma das formas privilegiadas de atuação que propicia este tipo de intervenção é a participação em reuniões de equipe sistemáticas (os *rounds* e mesa-redonda). Alguns exemplos ilustram bem:

- 1) Durante a discussão do quadro de um paciente há meses sem resposta a todas as terapêuticas tentadas, totalmente dependente de aparelhos para sobreviver, a equipe debate o dilema de seguir com a proposta curativa ou partir para os cuidados paliativos. Neste momento, foi importante relatar a fala de sua mãe na véspera, quando

ela declara: “eu sei que vocês não têm vida dentro da gaveta para dar para o meu filho, pois se tivessem, eu sei que teriam dado. Eu preferia meu filho vivo, mas eu olho para ele e me pergunto se o que ele tem agora pode ser chamado de vida”. A partir daí, optou-se pelos cuidados paliativos e o rapaz faleceu pouco tempo depois. Aqui, foi decisivo trazer para o debate, a posição da mãe do paciente (posto que este não teria como falar). Não no sentido de delegar a ela esta decisão, mas sim de compartilhar e poder ouvir todos envolvidos nesta tomada de posição;

2) Debatia-se a aceitação ou não de uma criança cujo prognóstico era muito ruim, agravado por uma intercorrência que reduzia mais ainda sua chance de ter sucesso com o procedimento. Parte dos profissionais objetava que era melhor mantê-la em cuidados paliativos e tentar, assim, garantir um pouco mais de conforto em sua terminalidade. Outro grupo defendia que, justamente por ser uma doença tão agressiva e que não respondia às condutas usuais, é que se deveria oferecer a possibilidade de tentar o transplante, ainda que as chances fossem mínimas. O responsável pela criança estava ciente, assim como a própria criança. A paciente internou e suas reações ao tratamento foram, conforme previsto inicialmente, muito ruins. Aqui, não foi possível um consenso acerca da indicação, mas, foi consensual a decisão de, acima de tudo, priorizar o conforto e bem-estar dela, criando inclusive novas rotinas para que isso fosse alcançado.

No Seminário 11, no capítulo *O campo do Outro e o retorno sobre a transferência*, lemos: “É por isso que eu digo (...) que o desejo é o eixo, o pivô, o cabo, o martelo, graças ao qual se aplica o elemento força, a inércia, que há por trás do que se formula primeiro, no discurso do paciente, como demanda, isto é, a transferência” (LACAN, 2008, p.229). Nesta mesma correspondência entre demanda e desejo – num movimento de superfícies que se superpõem – sofremos os efeitos da crença na onipotência da ciência dentro de uma unidade de transplante.

Todavia, há uma diferença importante em pensar a ciência dentro de um laboratório – no contexto da experimentação científica “pura”, onde o que existe é, na verdade, um cenário quase totalmente controlado segundo a vontade do pesquisador – e um hospital. Neste, não há a possibilidade de controlar todas as condições. Os participantes não cumprem um roteiro único, imutável, ainda que estejam submetidos a protocolos. Certamente que existem comportamentos esperados – e enfatizamos que a palavra comportamento é usada aqui em todos os sentidos possíveis, incluindo desde o comportamento das células sanguíneas, até o que se refere a expressões do aparelho

psíquico – porém, não existe a menor garantia que o esperado se cumpra. Qual o lugar reservado então para o desconhecido?

No artigo *The place of the unknown in the medical humanities* (LAMBRICHS, MARAZIA e MONTIEL, 2012), os autores discorrem sobre esta questão e a necessidade de incluir nas ciências médicas um lugar para o não-sabido, não como mais um obstáculo a ser transposto mas, ao contrário, como algo com que se deve contar durante uma intervenção. Seguindo neste texto, encontra-se a idéia de que a literatura serve como manancial para a análise do processo adoecimento/ finitude e a maneira como cada um dos envolvidos é afetado. Tal possibilidade surge devido à habilidade da arte literária em abordar, de forma singular, questões universais experimentadas pelo homem e que são difíceis de abordar na prática – particularmente aqui, enfatizando que adoecer não se restringe a um conceito biomédico.

Fazendo referências semelhantes – tanto à tentativa do homem de se equiparar ao Criador como uma velha questão para a humanidade, quanto à possibilidade de encontrar na literatura uma fonte para a análise de questões de outra forma difíceis de abordar – Pereira (2011) traça um paralelo entre o romantismo presente na história de Frankenstein e algumas esperanças e angústias suscitadas pela biotecnologia. Pois todo o aparato é investido da esperança de responder à demanda de cura formulada pelos pacientes acometidos por doenças graves e seus familiares, mas, na prática, revela efeitos muitas vezes adversos.

Para a equipe de saúde, a esperança é de curar o paciente e salvar a vida. Mas torna-se extremamente angustiante quando, ao invés de respostas eficazes, seu uso apenas consegue gerar distanásia, ao provocar um adiamento *ad eternum* da morte – sem, no entanto, restabelecer a vida. Nestes casos, sua consequência mais comum é a angústia tanto para equipe, quanto para os usuários. Esta impossibilidade de morrer, esta ilimitada possibilidade de estender a vida – ainda que já não se possa mais reconhecer naquele corpo a vida como a conhecemos – esta “vertigem de liberdade”, como Kierkegaard (2011[1813-1855]) a chamava, se reconhece na presença insuportável da angústia.

Esta posição observada diante da morte, a tentativa de evitá-la a qualquer preço, nos leva a ousar pensar a relação entre a demanda de cura feita pelo paciente/ família e as respostas dadas pela equipe, como equiparada à correlação entre desejo e demanda proposta por Lacan (1960). Se o desejo do homem é sempre o desejo do Outro (LACAN, 1962-1963) num movimento de não reciprocidade e de torção, a pergunta: “o que

queres?” retorna como “que quer ele de mim?”. E num cenário onde a demanda aumenta na mesma proporção em que se reduzem as chances, neste movimento de demanda que não pode cessar, testemunhamos o surgimento da angústia.

Pacientes e familiares interpelam diariamente a equipe sobre as chances de sucesso do tratamento. Mais do que interrogar, estas pessoas dirigem aos profissionais uma súplica de que a doença seja combatida e o paciente, curado. Tal clamor também se dirige à psicóloga, afinal, há o reconhecimento da importância do sujeito nesta equação (ainda que não se tenha muita clareza de sua função nesta operação). Por conseguinte, a psicóloga também é concitada a entrar neste combate ao câncer e à finitude, seja pelo paciente e sua família, seja pela equipe.

Um exemplo da dimensão que pode tomar esta súplica é observado na fala da mãe de uma jovem internada. Quando esta paciente apresenta uma súbita parada cardio-respiratória, toda a equipe se dirige para o quarto, na tentativa de reverter o quadro. No mesmo momento, a psicóloga se dirige para a mãe da paciente e, no entanto, esta lhe pede em desespero: “corre lá (para o leito), que minha filha parou de respirar”! (Importante sinalizar que esta mãe compreendia bem a diferença das possibilidades de intervenção entre psicologia e medicina, ou seja, o pedido não se referia a nenhum desconhecimento quanto aos papéis profissionais).

Este exemplo serve para ilustrar o cotidiano do trabalho neste lugar e pensar acerca da correlação proposta entre a demanda do paciente/ família e o desejo da equipe. Relação que também aparece na fala de outro paciente, o qual apresentava uma doença iatrogênica ao transplante, de curso degenerativo e cujo desfecho era, gradativa e inexoravelmente, a morte. Ele diz à psicóloga: “eu antes tinha muita raiva. Mas estou aprendendo a esperar. Eu já entendi que vocês também têm limites, vocês também não podem tudo”.

Como é viver imerso entre a fala dos avanços da ciência, das possibilidades que esta traz e que parecem dizer que tudo é possível - inclusive vencer a morte - e, no entanto, deparar-se diariamente com as perdas, com a finitude, com o fracasso? E então, é imprescindível citar a fala de um profissional médico à psicóloga, se referindo aos trabalhos publicados na área *psi*: “vocês só vêem o sofrimento do paciente. E o nosso sofrimento? Quando vocês vão olhar para o nosso sofrimento, para o nosso fracasso”?

Estes fragmentos de falas endereçadas à psicóloga representam bem a expectativa daqueles que são acossados por uma doença grave com risco iminente de morte. E o

encontro com esta expectativa, de que algo mais possa ser feito, de que uma resposta diferente possa ser dada, é o encontro diário neste lugar. A questão que se coloca é: o que cada um faz ao ser confrontado com o impossível?

3. Da impossibilidade de tudo dizer.

“E afinal, há talvez limites internos para o que se pode dizer”.
Lacan

A propósito do título do capítulo 1, sobre a leitura de um texto, é preciso dizer que não existe uma leitura única, absoluta. Todas as leituras feitas são produções sobre o texto e se referem àquele que o lê. A este respeito, Garcia-Roza (1992) afirma que Freud é um dos que mais sabia disso e por isso, a partir do que é manifesto, foi em busca de outro texto, onde se depara com o inconsciente e suas próprias leis. Iniciamos este capítulo com a proposta de retomar os termos nos quais Freud desenvolve o que é o inconsciente e a ênfase lacaniana em sustentar o inconsciente como um corte, acentuando seu caráter único. Em seguida, examinaremos as consequências de lhe atribuir o estatuto de se organizar como uma linguagem para chegarmos ao ponto que mais nos interessa: o problema do recalque e suas implicações com a *práxis* no centro de transplante.

O que queremos dizer se refere à prática analítica dentro do hospital. No Cemo, a adoção de protocolos se impõe como uma rotina que visa, por um lado, à segurança do paciente e, por outro, à busca por referências que funcionem como garantias de excelência na assistência. Seguindo esta lógica, em alguns momentos, a equipe interroga sobre a existência de protocolos da psicologia. Solicitações que se referem, majoritariamente, a que lhes seja ensinado como responder a algumas falas de pacientes e suas famílias, ligadas às incertezas inerentes ao tratamento. A questão que se coloca é a crença de que exista um conhecimento – concernente à psicologia – que responderia diante da falta de garantias do transplante, diante do imponderável que resiste a despeito de todo investimento realizado. O que mais se demanda do psicólogo neste lugar é que traga um **saber** que aplaque a angústia que acossa a equipe – e que justamente surge porque não se permite faltar. Estes pedidos às vezes se referem até mesmo que aulas sejam ministradas para a equipe – portanto, carregam em si a noção de que algo lhes falta –, porém, insistem na dimensão de alguma coisa que possa ser ensinada e, então, deixe de faltar.

A expectativa de que algo possa ser formulado é grande e visa a responder a situações nas quais se sentem paralisados entre a imposição da repetição esperançosa e a dor de lidar com uma perda. Ao mesmo tempo, esta expectativa também se relaciona com a perspectiva da possibilidade de comunicar, que toma a palavra como unívoca e que busca, então, uma palavra **certa**. Observamos, também, posições díspares como, por um lado, os que defendem que tudo deva ser dito ao paciente e sua família como uma regra

universal – posição geralmente atrelada à noção de autonomia do paciente, de liberdade de escolha – que não considera as singularidades do caso a caso. E, por outro, o reconhecimento da impossibilidade de tudo dizer, que passa por nossa dificuldade em falar da morte, que se relaciona com a sua falta de representação para o inconsciente.

É nesta direção que elaboramos este capítulo: a fim de pensarmos o recalque daquele que escuta, a partir de seu julgamento acerca do paciente e de sua família, assim como também, pensar sobre o indizível – que na cadeia significativa vincula morte, fracasso, limite – com o que permeia todo o espaço e vai se encontrar na própria conceituação de inconsciente que veremos deste ponto em diante.

3.1. As implicações de se tomar a linguagem como estruturante da cultura e sua relação com o inconsciente.

O termo “inconsciente” já existia antes de Freud, mas sua conceituação consistia em algo completamente distinto do que então se estabeleceu. Basculava entre algo que, ora se opunha à noção de consciente, ora era romantizado como uma “profundeza”, um “lugar da noite” (LACAN, [1964] 2008). Essa distinção é fundamental ao abordar o inconsciente para psicanálise, pois esta não trata de uma “psicologia profunda”, que colocaria o inconsciente apenas como um lugar abaixo do nível consciente e o psicanalista, como um minerador da mente. Estas considerações são importantes para retirar a noção de caos até então relacionada ao inconsciente e instituir que este possui uma sintaxe – ou, como diz Lacan, é estruturado como uma linguagem (GARCIA-ROZA, 1992).

Esta assertiva lacaniana se refere ao fato de que, anterior à formação do sujeito, antes mesmo de seu nascimento, ele já é falado dentro de um discurso. “Isso já conta”, diz Lacan [(1964) 2008, pág. 28]. Remetemo-nos, novamente, ao texto freudiano *O ego e o id*, pois julgamos ser válido repetir a afirmativa freudiana que o isso precede o sujeito, podendo abrigar resíduos de incontáveis eus, sendo estes passíveis até de serem herdados (FREUD, 1923, pag.37). Esta concepção de inconsciente enfatiza seu valor de estrutura. Para Lacan (1957), a linguagem “funda as estruturas elementares da cultura” (pág. 499), de onde resulta que a cultura tenha se reduzido à linguagem, sendo este o divisor de águas entre as sociedades naturais (fora da linguagem) e a sociedade humana. Isto nos leva a inúmeras questões, sendo uma delas, a da constituição do sujeito a partir dos primeiros

significantes⁹ – que serão os primeiros representantes da pulsão – conforme abordado em capítulo anterior. O valor de reiterar esta proposição aqui, concerne à proposta de pensarmos o inconsciente em sua relação com o corpo e os efeitos de linguagem, portanto, pensarmos o lugar da palavra para a psicanálise no centro de transplante.

A primeira consequência do uso da linguística para Lacan (1957) é descartar a possibilidade de o significante representar o significado, posição que é um contraponto à filosofia da busca do sentido, que se refere mais a uma interpretação de algo que estaria oculto. A segunda consequência se refere à propriedade do significante de se compor segundo as leis de uma ordem fechada. O que ele nos coloca é que nenhuma significação se sustenta, a não ser pela remissão a uma outra significação, ou seja: inserido numa “cadeia significante”, substrato topológico que Lacan utiliza como analogia, o qual impõe que nenhum significante possa ser pensado fora de sua relação com os demais. O mais importante, para nós, reside na quebra da unidade do signo e na primazia do significante. Há um deslizamento incessante do significado sob o significante. Todavia, não se trata de encontrar a significação num outro lugar, pois o significante, que se antecipa ao sentido, irá justamente desdobrar, diante dele, sua dimensão.

Tal constatação já se evidenciava anteriormente na obra freudiana. É o que apontará o texto *O Inconsciente*, onde Freud (1915) mostra que o caminho para o inconsciente se encontra naquilo que claudica em relação ao consciente. Os atos falhos, os sonhos, os esquecimentos, os sintomas, são a via encontrada por Freud para este acesso. Em *A interpretação dos sonhos*, Freud aponta que os mecanismos que atuam nos sonhos são os mesmos responsáveis por outras formações do inconsciente. E, em seu relato do caso da Srta Elizabeth Von R., presente no *Estudos sobre a histeria*, Freud (1996 [1892]) asseverava: “é possível que (...) tanto a histeria quanto o uso da língua extraiam seu modelo de uma fonte comum” (pag 202).

São estas lacunas, estes enganos – no momento em que se tenta uma reparação, um “não foi isso que eu quis dizer” – que fornecerão os elementos para chegar ao inconsciente. Estes tropeços que se impõe ao sujeito do enunciado funcionam para Freud como indicadores de um outro sujeito, este, da enunciação.

⁹ O conceito de significante é utilizado em referência aos estudos de F. de Saussure em lingüística. Partindo destes, Lacan termina por concluir na arbitrariedade dos signos – isto é, significado e significante sendo considerados como de ordens distintas – e na resistência destes à significação (GARCIA-ROZA, 1992, pág.186).

Os fenômenos lacunares são então considerados os indicadores da existência de uma outra ordem, que não é mais profunda que o consciente, mas sim, formalmente distinta desta; submetida, repetimos, a uma outra sintaxe, uma outra lei de articulação. Desta forma, a clivagem subjetiva que a psicanálise traz não trata de uma coisa repartida em duas metades, mas de uma cisão de regimes, de leis (GARCIA-ROZA, 1992).

Retornando à estrutura de cadeia significante – onde o significante só encontra significação por relação com os demais –, a consequência desta estrutura é que a linguagem serve para se dizer *algo completamente diferente do que ela diz*, refutando qualquer possibilidade de reduzi-la a simples comunicado, já que é capaz de burlar toda a censura existente e exprimir-se nas *entrelinhas* (LACAN; 1957, pág. 508, grifos do autor).

Lacan irá associar aos mecanismos observados por Freud como primários – e referentes a todas as formações do inconsciente – as funções de metáfora e metonímia, encontradas no discurso. O resultado da metonímia ocorreria quando houvesse a substituição de significantes que conservassem entre si uma relação de contiguidade e o de metáfora, quando um significante fosse substituído por outro, com o qual guardasse uma relação de similaridade (GARCIA-ROZA, 1992, pág. 188). Assim, o significante deslizaria de palavra em palavra na metonímia e em uma palavra pela outra, na metáfora (LACAN, 1957, pág. 510).

Lacan (1964), no Seminário 11, ao corroborar que o inconsciente é estruturado como uma linguagem, afirma que assim o faz por considerar que não basta dizer que o inconsciente é dinâmico. O que ele ressalta é a função de causa, de algo *não-realizado* no inconsciente para a psicanálise. Isto é, os efeitos do inconsciente se fazem sentir na ordem consciente também, porém não como coextensiva, não existe contiguidade. Aqui, causa e efeito não podem ser observados de maneira linear. O que se coloca é que, partindo da dominância do significante sobre o significado – tendo a recalque como barra, como clivagem do eu – decorre que não é possível prever a incidência do inconsciente sobre o consciente. Por esta mesma razão, Lacan acentua a existência do (in)conceito – se podemos chamar assim – psicanalítico. Pois este opera em descontinuidade entre a causa e seu efeito.

Outra consequência desta descontinuidade é que, para Lacan ([1969-1970]1992), “o sujeito do discurso não se sabe como sujeito que sustenta o discurso. Que ele não saiba o que diz, ainda passa, sempre se supriu. Mas o que diz Freud é que ele não sabe quem o

diz” (pág. 73), de forma que os conteúdos inconscientes não apresentam maior consistência acerca do sujeito. Esta concepção se opõe a um método que suporia dever se empreender uma busca por algo que esteja escondido, oculto e que devesse ser “trazido à luz” para então ser corrigido.

3.2. E se as palavras quiserem dizer outra coisa?

Considerando o que foi dito acima, analisaremos agora o lugar da palavra para o trabalho com a psicanálise. No Seminário 1, Lacan ([1953-1954]1986) diz “É interessante, porque, imediatamente, vemos que a palavra reenvia a algo de ordem espiritual, a uma reação do sujeito como tal” e, mais adiante “interpretamos sempre as reações atuais do sujeito enquanto tomadas no discurso” (págs. 286 e 288). Com esta colocação, vemos que a linguagem não é tomada num sentido unívoco, que estabeleça uma relação, termo a termo, entre o signo e a coisa. O que a palavra traz, se não é sustentado por um sujeito que se decide ali a tomar uma posição, será sempre algo ambíguo e equívoco.

Ainda no Seminário 1, lemos: “No interior do que se chamam associações livres, imagens do sonho, sintomas, manifesta-se uma palavra que traz a verdade. Se a descoberta de Freud tem um sentido é este – a verdade pega o erro pelo cangote, na equivocação” (LACAN, [1953-54] 1986; pág. 302). Mas o que isso significa exatamente?

Uma questão que deriva desta premissa se refere não somente à clínica, mas também à pesquisa em psicanálise. No artigo *Fiction et vérité* (DAVID, 2007), a autora discute o método da pesquisa em psicanálise, contrapondo-o ao método empírico. Uma de suas observações diz respeito ao fato que, no modelo empírico, fenômenos, método e teorias são compatíveis com a idéia de continuidade entre causa e efeito – o que não ocorre dentro do referencial psicanalítico. Para a autora, há questões epistemológicas da psicanálise que são incompatíveis com as ferramentas utilizadas atualmente nas pesquisas. Refere, principalmente, a preocupação de que, a fim de obter o reconhecimento e a aceitação de outras áreas, a psicanálise torne-se tão edulcorada, que perca seu fio cortante, ao acreditar que sua salvação passará pela validação exterior ao seu objeto de pesquisa. A autora sinaliza o receio de que, para obter este reconhecimento, a psicanálise passe a tratar as palavras como objetos de observação, de mensuração; como se removida a espessura de sua história inconsciente, as palavras trouxessem uma significação única,

manifesta à superfície. Todavia, conclui o texto interrogando: e se as palavras queriam dizer outra coisa?

Nosso interesse em citar este artigo se refere à própria experiência de trabalho com o referencial psicanalítico dentro de um hospital oncológico, principalmente no que tange à dificuldade em transmitir para profissionais de outras áreas – estas, totalmente compatíveis com o método empírico de causa e efeito –, de que trata este referencial. O registro da equivocação na palavra é uma baliza fundamental na escuta do paciente. Mas longe de ser um conceito a ser compreendido, se refere muito mais à própria experiência daquele que escuta de ser também analisado, quando poderá já ter experimentado a ultrapassagem feita pelo inconsciente àquele que fala.

3.3. Eu estou em toda parte.

Em *A instância da letra no inconsciente* (LACAN, 1957, pág. 525), encontramos sobre a verdade: “É que a uma nova verdade não podemos contentar-nos em dar lugar, porque é de assumir nosso lugar nela que se trata (...) Não se pode atingi-la por uma simples habituação. Habituo-nos com o real. A verdade, nós a recalamos”?. A palavra faz ato na medida em que se tome um lugar nela. Ela não corresponde à dimensão do verdadeiro, mas a alguma coisa que está em outro lugar em relação aos signos. Por não haver uma justa adequação entre o signo e o que ele significa, é que se pode dizer que ele nos deixa diante do enigma, o enigma da verdade.

Para falarmos sobre a clínica, precisamos primeiro contextualizar a relação da verdade com a ciência e a busca desta pela elisão do sujeito em seu discurso. Mas esta elisão que a ciência busca, será que, de fato, ela a alcança?

Lacan ([1953/1954] 1986), no Seminário 1, dirá que:

“Este sistema simbólico das ciências vai em direção à língua bem feita que se pode dizer ser a língua própria, uma língua privada de toda referência a uma voz. É aí que nos leva também a dialética agostiniana, por se privar de toda referência a esse domínio da verdade no qual, entretanto, ela se desenvolve implicitamente” (pág. 302).

A ciência busca que o significante signifique a si mesmo, é assim que se inaugura o discurso matemático. A isto se contrapõe o discurso analítico, que interroga para que serve o saber que exclui a dimensão da verdade. E, a despeito da ciência nada querer saber disso, o inconsciente se impõe a ela como um fato, na mesma medida em que ela o exclui

do discurso (LACAN, [1969-1970] 1992; pág. 95); já que também sofremos daquilo que não se pode falar.

O que encontramos é muito semelhante à forma que Freud (1920) se utiliza para falar sobre o inconsciente em *Mal-estar na civilização*. Ele alude aos monumentos romanos já desaparecidos, os quais, no entanto, mantêm-se presentes. Presentes, ausentes, simultaneamente (LACAN, [1953-54] 1986; pág. 286). Esta noção de algo que, apesar de não dito, nem por isso deixa de existir, servirá como base para Czermak (2012) falar sobre a razão pela qual se fabricam totens:

“Quando o cadáver (esse nada de que devemos lembrar o valor de objeto α) não está num túmulo ou encarnado por um símbolo diante do qual possamos nos recolher sabendo que o morto está aí neutralizado, e, por assim dizer, contido e sob vigilância, então esse morto, por falta de sepultura, está em toda parte e empesta a atmosfera. Foracluído do simbólico, ele reaparece no real. Lucien Israël lembrava esse nome de jornal dos anos negros: *Eu estou em toda parte*” (pág. 104).

O ponto é, conforme podemos ler no Seminário 17, que a verdade é inseparável dos efeitos de linguagem, o que abarca, conseqüentemente, o inconsciente. E, ainda segundo Lacan [(1964) 2008], o conceito de inconsciente não é separado da presença do analista. Todavia, não se trata aqui, exclusivamente, da relação entre paciente e analista, mas da relação entre o paciente e o profissional que o escuta. Não pretendemos fazer uma homologia entre duas situações distintas. Porém consideramos que utilizar o referencial teórico servirá de baliza para falarmos da resistência daquele que se encontra em posição de ouvir o sofrimento de um paciente.

Referindo-nos ao contexto analítico, em *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*, Freud (1912) já alertava para a necessidade de se criar uma correspondência entre a regra da associação livre, para o paciente, e uma disposição em verdadeiramente escutar, para o analista. Freud sinalizava o risco de o analista substituir a censura que foi solicitada ao paciente ser posta de lado, pela sua própria. Para evitar isso, ele indicava que o analista devia voltar seu “inconsciente como um órgão receptor, na direção do inconsciente transmissor do paciente” (pág. 129). Freud salienta, neste texto, o caráter prejudicial que traria a exclusão, feita por seu inconsciente, de qualquer material que tenha sido percebido. E finaliza afirmando que, para evitar tal resistência, o essencial é que o profissional seja, também, analisado.

Em *Análise terminável e interminável*, Freud (1937) menciona as dificuldades impostas à análise pelas singularidades do paciente, mas, outra vez, atenta também para o lugar do analista. Dentre as vantagens de o profissional já ter sido analisado, ele exalta a convicção firme na existência do inconsciente – tal como dito no início deste capítulo – para que ele pudesse ser capaz de reconhecer o conteúdo inconsciente quando este viesse a aparecer.

A este respeito, Lacan (1953-1954) dirá que recalque não é algo que se dê num dado momento, quando algo do inconsciente de um sujeito seria contido, mas um fenômeno que Freud localiza na experiência analítica. Este fenômeno surge no movimento por meio do qual se revela o sujeito. E se este movimento vai ao campo do outro e volta, como inferir de quem é o recalque? Tomando o inconsciente como discurso do outro, se coloca a questão “quem fala?”; ao longo do progresso da análise, será que é sempre do mesmo sujeito que se trata? Para Lacan, o que Freud faz pelo método analítico é reencontrar uma relação que se apresenta concomitantemente nas formas vividas e no interior da relação analítica. Trata-se de colocar em perspectiva a existência de vários planos – como o eu e o isso.

Remete-se então ao texto freudiano *Homem dos lobos* para falar sobre o recalque primordial: um núcleo primevo que, apesar de não ser passível de formulação, está em algum lugar. E será o centro para onde os recalques posteriores irão convergir. Este núcleo é de um nível diferente dos demais recalques, ele é o fundo e o suporte dos recalques ulteriores. O recalque é tomado como algo que, excluído da história do sujeito – portanto, incapaz de ser por ele enunciado – ainda assim permanece lá.

Retomando a orientação freudiana de que o acesso privilegiado ao inconsciente seria o que claudica no consciente, Lacan (1953-1954) se voltará para o artigo *A interpretação dos sonhos* e cita Freud, ao afirmar que por meio da análise, pode-se reencontrar tudo que o esquecimento perdeu, alguns nadinhas, que Freud diz ser os pensamentos que estão na base do sonho. Lacan fala então sobre o que seriam estes pensamentos, que eles não são daquilo que trata os estudos feitos pela psicologia, mas sim de um desejo (conforme visto ao passarmos pelo exame do texto em capítulo anterior). Lacan compara este desejo a um anel que aparece e desaparece, como no jogo de passa-anel. E, por fim, declara não saber se este desejo está situado do lado do consciente ou do inconsciente. Ou mais ainda: desejo de quem? E da falta de quê?

Para ilustrar este apontamento, vamos nos dirigir ao caso *Signorelli*, publicado a primeira vez em 1898, por Freud. O que ele narra é que, numa viagem que realizava para uma cidade próxima a Herzegovina, conversava com um companheiro de viagem e quis recomendar que este visitasse os afrescos na Itália sobre o fim do mundo e o Juízo Final. Porém, ao tentar nomear o autor da pintura, não conseguia recordar. Ocorreram outros nomes, que refutava, certo que não eram aqueles, mas não conseguia recobrar o nome certo. Após alguns dias, encontrou um italiano, que o lembrou do nome esquecido. O fundo sobre o qual transcorre a conversa de Freud é a menção deste de um relato feito por um médico amigo seu, acerca da submissão dos pacientes turcos aos desígnios do destino. Ele conta a Freud que, diante da notícia de que não há mais o que se fazer por um doente, um chefe de família costuma responder ao médico: “*Herr, (Senhor) que se há de fazer? Se houvesse uma maneira de salvá-lo, sei que o senhor o ajudaria*”.

Examinando posteriormente a situação, Freud (1898) relata que, durante a conversa, teve sua atenção desviada para outro lugar – isto é, ao mesmo tempo que falava, pensava noutra história, suscitada pela conversa que estava tendo. Aquilo a que se remetia dizia respeito, primeiro, ao valor que os pacientes – especialmente os islâmicos – atribuíam à função sexual. Além disso, lembrara da notícia do suicídio de um paciente seu, reconhecendo que esta o impactara. Admite que não se sentia confortável de partilhar com seu interlocutor o assunto acerca da sexualidade, nem sobre a morte de seu paciente, de modo que não os mencionou, mas retirara sua atenção daquilo que estava sendo dito. A partir de uma análise das palavras e do que fora recalcado, Freud (1898) explicita como se deu o mecanismo do esquecimento, assim como o de nomes que surgiam no lugar do que fora esquecido. Demonstra uma correlação entre o conteúdo recalcado – morte, sexualidade – e o esquecimento e substituição dos nomes que queria pronunciar.

Estas palavras, estes significantes, diz Lacan (1953-1954), concerniam à fala que Freud tinha de sustentar para seu interlocutor. E, por não ter dito, permaneceram na cadeia significante. Lacan equipara este fenômeno ao que passa no nível do sonho, principalmente no que tange aos aspectos mais obscuros deste. Ele diz que isso é a *emergência de uma palavra verídica* (pág. 61). Elucubra então, quão longe pode ressoar essa palavra verídica. No caso em estudo, ela trata da morte, que Freud preferiu omitir não somente por conta daquele a quem se dirigia, mas principalmente, por se sentir acossado por ela. Lacan lembra que é sempre como perda que o médico sente a morte de um paciente, principalmente quando dele trata por muito tempo.

No caso descrito, tudo gira em torno da 1ª parte da palavra – Signorelli – e sua ressonância semântica. É diante do fato que Freud não pode dizer aquilo que o revela, que ele só pode se ligar ao outro por meio das sobras dessa palavra. É a degradação da palavra – a qual só pode surgir da relação com o outro – que se manifesta no esquecimento. É no ponto que o sujeito não se revela, que a palavra se lança e agarra o outro.

O que Lacan (1953-1954) coloca é que é próprio da palavra agarrar-se ao outro, posto que ela é mediação. Mediação entre o sujeito e o outro, que realiza o outro na própria ação de mediar. É um elemento essencial da realização do outro que a união a ele se dê por intermédio da palavra. O outro lado da palavra, é a revelação. Frisamos que não se trata de expressão, pois que o inconsciente só se manifesta por deformação: todo o trabalho de Freud versa sobre a revelação do inconsciente, não sobre sua expressão. E aqui que reencontramos a resistência. Pois é na medida que a palavra não se realiza como revelação, é que ela bascula inteiramente para sua função de relação com o outro.

É na medida que o eu só pode ser concebido a partir do outro – na perspectiva que o eu é correlato do outro – que podemos pensar a resistência no eu. Ela emerge da impotência do sujeito de realizar a sua verdade. É de uma maneira mais ou menos definida para o sujeito – a partir de fixações de seu caráter e estrutura – num certo estilo de sua posição com o outro, que se dá o ato da palavra.

Quanto a este ponto – aquilo que recalamos, atribuindo este recalque a quem nos endereçamos – Melman (1998) dirá que a liberdade da palavra é sempre cerceada. Fala que o recalque ilustra a proposição que é do outro que recebemos nossa própria mensagem, de forma invertida. A implicação desta assertiva é que o recalque do outro se torna o recalque do eu, não apenas na palavra, mas também no pensamento. Pensamento que, como já dissemos, não se refere àquilo que estuda a psicologia, mas ao desejo. E, novamente, coloca-se a pergunta: desejo de quem? É por esta razão que Melman citará outra proposição lacaniana: o inconsciente é social. A consequência disso, continua ele, é que aquilo que nos é mais particular, o que nos constitui e nos faz ek-sistir – o recalque – é também o que faz com que sejamos quase idênticos, exceto pelo significante.

O que queremos afirmar com estas referências é que, junto à existência do indizível, ocorre que, aquilo que recalamos, reaparece em outro lugar. Ilustraremos com uma vinheta clínica: uma jovem internara para transplantar, porém, suas chances de ter a doença curada eram mínimas. A mãe da paciente foi chamada para uma conversa – da qual eu participei – onde foi apresentado o mau prognóstico do caso. Apesar da pouca

chance, a genitora manteve a decisão de realizar o procedimento. Em meio ao processo do transplante, no entanto, houve um resultado de exame – que posteriormente mostrou-se incorreto – que colocava fim à possibilidade do caso ser bem sucedido. Como era um resultado preliminar, a equipe optou por esperar o resultado final, antes de informá-lo à mãe da paciente. Neste ínterim, em um atendimento ao leito, esta mãe se dirige a mim com muita raiva e diz: “**você sabe** que eu posso suportar ouvir qualquer coisa, não sabe? Eu só não admito é que me escondam alguma coisa!”. Pode-se argumentar que alguém contara algo para ela, mas isto não ocorreu. O fato é que, mesmo que recalçassemos em nossas falas a perspectiva da perda, ela nem por isso deixava de estar ali. Presente, ausente, a nos pesar.

4. Referências bibliográficas.

ASCHER, Jacques; JOUET, Jean-Pierre. **La greffe, entre biologie et psychanalyse**. 1ª edição. Paris: Presses Universitaires de France; 2004.

CASTRO-ARANTES, Juliana de Miranda; LO BIANCO, Anna Carolina. **Corpo e finitude: a escuta do sofrimento como instrumento de trabalho em instituição oncológica**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2515-2522, Sept. 2013. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900005&lng=en&nrm=iso
Acesso em 18 de setembro de 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900005>.

CZERMAK, Marcel. **Patronímias: questões da clínica lacaniana das psicoses**. Rio de Janeiro: Tempo Freudiano, 2012.

CLAVREUL, Jean. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Brasiliense; 1978.

COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem**. Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 9(1): 13-36, 1999.

CONTEL, José Onildo Betioli, et al. **Aspectos psicológicos e psiquiátricos do transplante de medula óssea**. Medicina (Ribeirão Preto). 2000; 33: 294-311.

DAVID, Hélène. **“Fiction et vérité” de la recherche en psychanalyse**. Canadian journal of psychoanalysis 15.1 (Spring 2007): 147-155, 201.

DUPEU, Jean-Marc. **Nouvelles techniques, vieux enjeux: l'impossible et l'interdit**. Journal de Pédiatrie et de puériculture, n.8, décembre 1994.

DUNKER, Christian. **Seminário sobre a Obra de Lacan: A Garrafa de Klein e a dialética entre demanda e desejo na análise**. AudVis IPUSP. Transmitido ao vivo em 10 de abril de 2014. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=TclqvDEC8xg> > Acesso em: 15/12/2014

EIDELSZTEIN, Alfredo Sergio. **A topologia na clínica psicanalítica de Jacques Lacan Parte 1**. AudVis IPUSP. Publicado em 10 de out de 2013. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=y35vOf8O6vo&list=WL&index=3>> Acesso em: 01/12/2014.

EIDELSZTEIN, Alfredo Sergio. **A topologia na clínica psicanalítica de Jacques Lacan Parte 2**. AudVis IPUSP. Publicado em 10 de out de 2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=oUFs_oqMLQI&list=WL&index=2>. Acesso em: 03/12/2014.

EIDELSZTEIN, Alfredo Sergio. **A topologia na clínica psicanalítica de Jacques Lacan Parte 3**. AudVis IPUSP. Publicado em 10 de out de 2013. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=JvArHLLaLEHo&index=4&list=WL>> Acesso em: 07/12/2014.

FREUD, Sigmund. **Obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago; 1996. Edição Standard Brasileira:

- (Sem data? Junho de 1894) – Rascunho E. Como se origina a angústia, vol. I
- (1893~1895) – Estudos sobre a histeria, vol. II
- (1950 [1895]) – Projeto para uma psicologia científica, vol. I
- (1898) – O mecanismo psíquico do esquecimento, vol. III
- (1900) – Interpretação dos sonhos II, Cap. VII, vol. V
- (1905) – Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, vol. VII
- (1912) – Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise, vol. XII
- (1914) – Sobre o narcisismo: uma introdução, vol. XIV
- (1915) – Os instintos e suas vicissitudes, vol. XIV
- (1915) – Repressão, vol. XIV
- (1915) - Reflexões para os tempos de guerra e morte, vol. XIV
- (1916 [1915]) – Sobre a transitoriedade, vol. XIV
- (1916-17) – Conferência XXV A ansiedade, vol. XVI
- (1919) – O Estranho, vol. XVII
- (1923) – O Ego e o Id, vol. XIX
- (1923) – o Ego e o Superego, vol. XIX
- (1926 [1925]) – Inibições, sintomas e ansiedade, vol. XX
- (1933 [1932]) – Conferência XXXII, vol. XXII
- (1937) – Análise terminável e interminável, vol. XXII

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Freud e o Inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1992.

Kelly D, Ross S, Gray B, Smith P. **Death, dying and emotional labour: problematic dimensions of the bone marrow transplant nursing role?** J Adv Nurs. 2000; 32: 952-60.

KIERKEGAARD, Soren. **O conceito de angústia**. Petrópolis, RJ: Vozes; 2011[1813-1855].

LACAN, Jacques. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 1998. (Campo freudiano no Brasil):

- (1948) – A agressividade em psicanálise
- (1949) – O estágio do espelho como formador da função do eu
- (1957) – A instância da letra no inconsciente
- (1958) – A direção do tratamento e os princípios de seu poder
- (1960a) - Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano
- (1960b) – Posição do inconsciente
- (1966) – A ciência e a verdade

_____ **O Seminário Os escritos técnicos de Freud – livro 1** (1953-1954). Jorge Zahar Editor: Rio de Janeiro, 1986.

_____ **O Seminário A relação de objeto – livro 4** (1956-1957). Jorge Zahar Editor: Rio de Janeiro, 1995. pág. 231.

_____ **O Seminário A angústia – livro 10** (1962-1963). Zahar: Rio de Janeiro, 2005.

_____ **O Seminário Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise – livro 11** (1964). Zahar: Rio de Janeiro, 2008.

_____ **O Seminário O avesso da psicanálise – livro 17** (1969-1970). Zahar: Rio de Janeiro, 1992.

LAMBRICHS, Louise L.; MARAZIA, Chantal; MONTIEL, Luis. **The place of the unknown in the Medical Humanities**. *Critical Reviews in oncology/ hematology* 84S2 (2012) S25-S30.

LANDMAN, Claude. **Contribuição clínica à teoria psicanalítica da angústia**. In: O seminário de Lacan: travessia – A angústia. Rio de Janeiro: Tempo Freudiano Associação Psicanalítica. Outubro de 2003.

LEITE, Fernanda. **Existência. Referências ao Seminário XI de Lacan**. Tempo Freudiano Associação Psicanalítica (Documento interno), 2013.

LEITE, Sonia. **Angústia**. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

MELMAN, Charles. **“Não ceder em seu desejo” Máxima ética da psicanálise**. Tempo Freudiano Associação Psicanalítica. Disponível em: <<http://www.tempofreudiano.com.br/artigos/detalhe.asp?cod=69>>. Publicado em 1988. Acesso em 04/07/2014.

_____ **L’ inconscient c’ est l’ organique**. *Le trimestre Psychanalytique, Le corps*, nº2 / 1991, 105- 114.

_____ **A questão do corpo em psicanálise**. *Bulletin de l’Association Freudienne Internationale*, n.94, Paris, setembro de 2001.

_____ **Conclusão do seminário de verão sobre A angústia**. In: O seminário de Lacan: travessia – A angústia. Rio de Janeiro: Tempo Freudiano Associação Psicanalítica. Outubro de 2003.

PEREIRA, Daphne Rodrigues; CORTEZ, Elaine A. **Sofrimento psíquico na equipe de transplante de medula óssea – uma revisão integrativa**. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2014; 47(2): 104-111. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2014/vol47n2/REV1_Sofrimento-psiquico-na-equipe-de-transplante-de-medula-ossea-uma-revisao-integrativa.pdf Acesso em: 20 de julho de 2015.

PEREIRA, Mario Eduardo Costa. **Chimères, Frankenstein et Prométhée : le corps de la technique entre le désir et l'angoisse.** In: Yolande Arnault, Patrick Ben Soussan, Didier Blaise. (Org.). Chimères: des psys en onco-hématologie et greffe allogénique. 1ªed.Toulouse: éirès, 2011, v. 1, p. 17-29.

QUILICHINI, Josiane. **Kierkegaard, uma referência no seminário A angústia.** In: O seminário de Lacan: travessia – A angústia. Rio de Janeiro: Tempo Freudiano Associação Psicanalítica. Outubro de 2003.

REZENDE, Vera Lúcia (org). **Reflexões sobre a vida e a morte: abordagem interdisciplinar do paciente terminal.** Campinas (SP): Unicamp; 2000.

SCHEINBERG, Phillip; ALENCAR, Álvaro. (editores). **Manual de oncologia clínica do Brasil, hematologia e transplante.** 3ªedição – São Paulo: Dendrix Edição e Design LTDA, 2015.

SILVEIRA, Pedro Duarte. **A impossibilidade e a impotência nos discursos.** Disponível em: <http://www.tempofreudiano.com.br/index.php/a-impossibilidade-e-a-impotencia-nos-discursos/>

Acesso em: 15 de setembro de 2015.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. **A bioética da proteção e a compaixão laica: o debate moral sobre a eutanásia.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 14, n. 4, p. 1241-1250, Aug. 2009 . Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400030&lng=en&nrm=iso

Acesso em 19 de setembro de 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400030>

VOLTARELLI, Julio C.; (editor) PASQUINI, Ricardo; ORTEGA, Euza T. T. (co-editores). **Transplante de células-tronco hematopoéticas.** São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

ZAMANZADEH, Vahid; VALIZADEH, Leila; SAYADI, Leila; TALEGHANI, Fariba; HOWARD, Fuchsia; JEDDIAN, Alireza. **Emotional labour of caring for hematopoietic stem cell transplantation patients: iranian nurse's experiences.** Asian nursing research 7 (2013) 91-97.

Há um conto oriental que narra a história de um homem que seguia pela floresta, quando avista um tigre. O animal também o vê e salta para alcançá-lo. O homem então parte numa corrida desabalada, para fugir do tigre, até que chega à beira de um penhasco. Como percebe que o tigre está cada vez mais próximo, não resta outra alternativa para o homem, se não começar a descer montanha abaixo. Quando já iniciou sua descida, descobre que, ao pé da montanha, tem outro tigre já à sua espreita, esperando para devorá-lo. O homem para, sem saber o que fazer: ele não pode subir de volta – o primeiro tigre continua em seu encalço – e ele será engolido pelo segundo tigre quando terminar de descer. Desesperado, encontrando-se sem saída, ele descobre um morango pendurado num galho a sua frente. O homem come o morango.

Fim.