



Marinela Padovani Marques Porto e Santos

**O sintoma psicanalítico, seus destinos
e seus usos no final de análise: um
percurso da verdade à gambiarra**

Tese de Doutorado

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) do Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Orientadora: Profa. Monah Winograd

Rio de Janeiro,
Março de 2025



Marinela Padovani Marques Porto e Santos

**O sintoma psicanalítico, seus destinos
e seus usos no final de análise: um
percurso da verdade à gambiarra**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo:

Profa. Monah Winograd

Orientadora

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Prof. Fabrício Martins Pinto

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Prof. Marcus André Vieira

Consultório particular

Prof. Antônio Márcio Ribeiro Teixeira

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Profa. Ana Lucia Lutterbach Holck

Instituto de Clínica Psicanalítica do Rio de Janeiro - ICP/RJ

Rio de Janeiro, 2 de abril de 2025

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e da orientadora.

Marinela Padovani Marques Porto e Santos

Formou-se em 2005 pela Universidade McGill (Montreal), com um Bacharelado em Artes. Em 2012, graduou-se em Psicologia pela Universidade Veiga de Almeida (Rio de Janeiro). Entre 2010 e 2012, participou do Programa de Iniciação Científica da Universidade Veiga de Almeida e foi bolsista de Iniciação Científica da FAPERJ. Foi bolsista da CAPES ao longo do mestrado, concluído em 2019, período no qual realizou estágio em docência (2017.2) e publicou o artigo “Do significante à letra-lixo” (2018) no livro *A arte da escrita cega* (De Felice & Vieira Orgs.). Junto com seu orientador, Marcus André Vieira, publicou o artigo “Do homem ao objeto: um percurso pela noção de estilo em Jacques Lacan” (2019). Ingressou no doutorado em Psicologia Clínica na PUC-Rio em 2020 e realizou estágio em docência em 2021.2. Ao longo do doutorado, participou de Jornadas e Encontros, apresentando trabalhos sobre os temas do estilo, o sintoma e o final de análise.

Atuação profissional: clínica psicanalítica.

Ficha Catalográfica

Santos, Marinela Padovani Marques Porto e

O sintoma psicanalítico, seus destinos e seus usos no final de análise : um percurso da verdade à gambiarra / Marinela Padovani Marques Porto e Santos ; orientadora: Monah Winograd. – 2025.

191 f. ; 30 cm

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2025.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Psicanálise. 3. Sintoma psicanalítico. 4. Final de análise. 5. Sinthoma. 6. Letra. I. Winograd, Monah. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Para Eduardo e Arthur,
porto e horizonte.

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

À CAPES e à PUC-Rio, pelos auxílios, concedidos, sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

Agradecemos ao Departamento do Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUC-Rio e a seus funcionários, pelos auxílios e o suporte concedidos.

Aos professores do Departamento do Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUC-Rio, pelas contribuições com a pesquisa, ao longo das disciplinas cursadas no doutorado.

À Monah Winograd, que, generosamente, aceitou orientar uma pesquisa em andamento, e por ter me concedido o apoio necessário para a conclusão deste trabalho.

Ao Marcus André Vieira, pelas valiosas contribuições e sugestões, que, ao longo dos anos de orientação, direcionaram os rumos desta pesquisa e pontuaram o texto final. E por me provocar, sempre, a ir um pouco além do que eu havia dado por escrito.

Aos professores Ana Lucia Lutterbach R. Holck, Antônio M. R. Teixeira, Fabrício Martins Pinto, Sérgio C. Prestes e Fernando R. Tenório, que aceitaram, gentilmente, participar da Comissão Examinadora desta tese, pela leitura e pelas contribuições nesta etapa de conclusão.

Aos colegas do grupo de pesquisa e de orientação, coordenados por Marcus André Vieira, pelas inúmeras contribuições ao longo do trabalho.

Ao Eduardo Cavalcanti de Medeiros, que percorreu esse caminho ao meu lado, um agradecimento especial, pela parceria incansável em todas as etapas.

Ao meu filho Arthur, por consentir no tempo de espera. Você esteve presente, a todo instante, no horizonte da escrita.

À minha família, Lilian, Antonino, Leonardo, Vânia, Theo, Ana e João, pelo apoio, o acolhimento, e por serem a minha rede de apoio. Ao Antonino, pela leitura atenta e interessada.

À Thereza de Felice, parceira de percurso, amiga e comadre, pelas leituras e incontáveis contribuições ao longo do trajeto.

À Fernanda, pelas interlocuções a partir da perspectiva da medicina, e ao Lourenço, pelo apoio e incentivo nos momentos finais da escrita.

Aos amigos, pela compreensão e, sobretudo, pela torcida nesse período.

Resumo

Marques Porto e Santos, Marinela Padovani; Winograd, Monah. **O sintoma psicanalítico, seus destinos e seus usos no final de análise: da verdade à gambiarra**. Rio de Janeiro, 2025. 191 p. Tese de Doutorado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Este trabalho buscou investigar o estatuto do sintoma na psicanálise e seus destinos em uma análise levada até a conclusão. A pesquisa se desenvolveu em quatro eixos: (1) a concepção do sintoma nas ciências médicas e sua distinção em relação à abordagem psicanalítica; (2) o sintoma em sua vertente de “verdade”, que inclui o sujeito do inconsciente; (3) o sintoma como gozo, uma forma de satisfação que é conjugada com o desprazer e que não pede interpretação; (4) os destinos do sintoma no final de análise. Considerando que uma análise deixa sempre fenômenos residuais, buscamos delimitar a parte residual do sintoma e os possíveis enlaces para isso, baseados em relatos publicados de finais de análise. Duas noções, o *sinthoma* e a letra, indicaram um caminho para os destinos do sintoma. Propusemos que o sintoma, no final de análise, resume-se a um núcleo indecifrável que se aproxima da letra como escrita fora de sentido. Uma análise poderia abrir vias para o encontro de novos usos e enlaçamentos para esse núcleo incurável. O *sinthoma* foi abordado como espécie da “gambiarra”, que diria respeito à possibilidade de enlaçamento feita a partir dos elementos recolhidos de uma análise.

Palavras-chave

Sintoma psicanalítico; final de análise; *sinthoma*; letra; Freud; Lacan.

Abstract

Marques Porto e Santos, Marinela Padovani; Winograd, Monah (Advisor). **The Psychoanalytic Symptom, its Fate and Uses at the End of Analysis: a Path from Truth to “Gambiarra”**. Rio de Janeiro, 2025. 191 p. Tese de Doutorado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

This thesis aimed to investigate the status of the symptom in psychoanalysis and its outcomes in an analysis carried out to its conclusion. Our research was developed along four axes: (1) the symptom’s conception in the field of medical sciences and its distinction in relation to the psychoanalytic approach; (2) the symptom in its aspect of "truth", which includes the subject of the unconscious; (3) the symptom as “jouissance”, a form of satisfaction combined with displeasure, which does not illicit interpretation; (4) the fates of the symptom at the end of an analysis. Considering that an analysis always leaves behind residual phenomena, based on published reports of what may occur when analyses end, we sought to define the residual part of the symptom and its possibility of being woven into daily life. Two notions, that of the *sinthome* and the letter, point a path to the possible fates of the symptom. We proposed that the symptom, at the end of analysis, is reduced to an indecipherable core that approaches the letter as a sort of writing that falls beyond the realm of meaning. For this incurable core, it is possible to find new uses. The *sinthome* was approached as a kind of "gambiarra" (a term in Portuguese that roughly translates into an improvised invention), which relates to the possibility of threading together the isolated elements collected from an analysis.

Keywords

Psychoanalytic symptom; end of analysis; *sinthome*; letter; Freud; Lacan.

Sumário

1. Introdução	09
2. Do sintoma no discurso médico ao sintoma psicanalítico	15
2.1 Doença e sintoma na história do discurso médico	15
2.2 O advento da anatomia patológica e seus limites	24
2.3 A particularidade da psicopatologia no campo da medicina	33
3. Sintoma-mensagem: a parcela interpretável do sintoma	50
3.1 O sintoma como manifestação do inconsciente	50
3.2 O sintoma psicanalítico inclui o sujeito do inconsciente	70
4. A parcela não interpretável do sintoma: o sintoma como gozo	92
4.1 Do sentido ao gozo	92
4.2 O objeto a como núcleo de gozo no sintoma	102
4.3 A fantasia e sua relação com o sintoma	108
4.4 Atravessar a fantasia	117
5. “Fazer com” o sintoma: do sintoma-verdade ao sinthoma como ‘gambiarra’	129
5.1 O sintoma não se traduz, mas se lê: interpretação e fora de sentido	129
5.2 Escrita e letra no sintoma	139
5.3 O sinthoma entre nó e redução	146
5.4 Virar-se com o sintoma: sinthoma como gambiarra	155
6. Conclusão	173
7. Referências bibliográficas	183

1

Introdução

Sintoma é um termo amplo e compartilhado entre múltiplas áreas, incluindo a medicina e a psicanálise. Seu emprego ultrapassa o campo da saúde, tendo sido absorvido, inclusive, pelo discurso corrente. Na etimologia da palavra “sintoma”, encontramos um ponto de partida para lançarmos nossos desdobramentos.

A palavra tem sua origem no grego antigo, *σύμπτωμα*, e significa acontecimento, coincidência ou, literalmente, “coisas que incidem juntas” (Checchinato, 1989, p. 12). De acordo com Bloch e Wartburg (1975, p. 618), a palavra “sympôtme” aparece na língua francesa em 1495 como tradução do termo médico “symptoma”, do latim, que significa aquilo que *cai junto*. A raiz da palavra traz sua conotação de coincidência e aponta para o sintoma como um signo de algo que lhe é correlato. Isso fica claro, por exemplo, na medicina, onde o sintoma é associado à doença. A associação, aqui, é causal: a doença é o processo por detrás do sintoma e o sintoma é seu sinal.

O termo “sintoma” passa ao discurso comum, vinculado ao sentido de “sinal” e, por essa via, torna-se um conceito compartilhado entre campos diversos. Não é incomum, por exemplo, escutarmos alguém dizer algo como “...isso é um sintoma dos tempos atuais”. Podemos afirmar, portanto, que a palavra “sintoma”, quando tomada pela cultura e o pelo discurso vigente, vai além do território do corpo que adoece e extrapola o sentido estritamente ligado à doença.

Coloca-se, aqui, a pergunta com a qual abrimos o nosso trabalho: qual o estatuto do sintoma para a psicanálise? Qual a particularidade de sua abordagem, em relação às abordagens de outras áreas de saber, como a medicina?

Nascida da medicina e inaugurada como campo distinto pelo jovem neurologista Sigmund Freud, a psicanálise confere, ao conceito de sintoma, novos contornos e nuances. Há pontos importantes e sutis de divergência na abordagem do sintoma na psicanálise, em relação à sua acepção médica. Como mencionamos acima, para a medicina, o sintoma é signo da doença. A doença é, portanto, a verdade do sintoma. Qual a verdade do sintoma para a psicanálise? Para a

psicanálise, o sintoma aponta para o lugar do *sujeito do inconsciente*. Poderíamos dizer que essa é a sua “verdade”, mas não é uma verdade que nos diga muita coisa, uma vez que, como veremos no primeiro capítulo, o próprio sujeito do inconsciente se revela como um furo na estrutura do saber.

A psicanálise nasce como uma resposta ao enigma proposto, pelo sintoma histórico, à medicina vienense do final do século XIX. Ao escutar suas pacientes e acompanhar o fio de suas falas sobre as manifestações sintomáticas, Freud entende que os sintomas dizem algo sobre *aquela* pessoa que sofre. Essa descoberta só é possível porque Freud se coloca a escutar essas pacientes, suas histórias, o que dizem sobre o momento do surgimento dos sintomas, o que o antecede, e as ideias que começam a ser associadas a partir desses relatos.

Freud faz algo extraordinário ao supor que nada no discurso desses sujeitos é irrelevante, precisamente porque esse discurso é *sobredeterminado*, quer dizer, ele é regido pelas leis de funcionamento do inconsciente. Com isso, o que se desenha é um caminho para abordar o sintoma psicanalítico, como formação do inconsciente. Isso se evidencia pela maneira como os fios da fala desses sujeitos, suas séries associativas, constituem uma trama que revela alguns pontos nodais, que podem vir a elucidar algo sobre *aquela* sintoma para *aquela* pessoa.

É na singularidade de cada caso que opera a descoberta freudiana. Isso significa que abrir o espaço para que o sintoma seja tomado (e escutado) no enredo da fala de cada um que se endereça a uma análise é partir do pressuposto de que, para a psicanálise, não há uma verdade que possa ser universalizada. O sintoma se articula à produção dos significantes próprios àquele que fala e a mais ninguém. É apenas nesse sentido, restrito ao um-a-um, que o sintoma pode ser tomado como fenômeno que inclui o sujeito do inconsciente.

Se o sintoma, tomado como enigma que inclui o sujeito, foi o marco inicial da descoberta do inconsciente, ele também se apresenta, na clínica, como ponto de partida para muitas das análises que conduzimos. Em geral, busca-se uma análise quando algo não vai bem e quando já se percorreram alguns caminhos, para tratar aquilo que perturba a vida. É apenas quando o sintoma – essa perturbação que parece ocorrer sempre mais ou menos do mesmo modo e nas mesmas esferas na

vida de alguém – se torna enigma, ou interrogação, que ele, sintoma, pode retornar para aquele que sofre, como uma espécie de “mensagem” que, de alguma forma, situa a sua posição subjetiva no mundo.

O sintoma, tomado como ponto de interrogação, é um sintoma que se articula ao discurso e se endereça ao Outro. Nesse sentido, pede para ser interpretado, mas só o faz quando se supõe que exista um saber no lugar do Outro a quem o sujeito se endereça. Essa é a operação da *transferência*. O sintoma se abre para a interpretação somente quando, pela via da transferência, ingressa no campo do Outro do discurso.

Podemos perceber que, em longas análises, uma vez percorridos os fios dos sintomas, suas associações, os caminhos de sua formação e os múltiplos sentidos que, a eles, puderam ser atribuídos, o que parece restar é um ponto opaco ao sentido, que não pede para ser decifrado, mas que tende à repetição. Aqui, o sintoma não se apresenta como “mensagem” que se endereça ao Outro, mas parece reduzir-se a um gozo solipsista, que se basta por si mesmo. Nesse ponto, o sintoma não se articula no discurso como verdade decifrável, mas como gozo fora-de-sentido.

Levanta-se, portanto, uma segunda questão: como a psicanálise, que opera por intermédio do discurso, poderá ter efeitos sobre o sintoma, quando reduzido a esse ponto fora-de-sentido. É importante sinalizarmos, aqui, que o fora-de-sentido não é o que está fora do discurso, mas denota um ponto impossível (impossível de dizer, impossível de representar), dentro da própria estrutura discursiva.

Quando o sintoma é reduzido a esse ponto, ao osso, quais destinos podemos encontrar para ele, em uma análise? Esta foi a pergunta central que impulsionou a nossa pesquisa.

Freud, ao abordar a questão do final de análise (1937), adverte que uma análise não pode (e nem deve) eliminar as pulsões. Tampouco poderá fazer uma profilaxia contra futuros conflitos pulsionais que, para ele, estão na origem da formação dos sintomas. Freud ressalta que, em uma análise, há sempre “fenômenos residuais” (1937/2018, p. 331), há sempre restos.

O que fazer com esses restos? Lacan, nos últimos anos de seu ensino, propõe que, no final de uma análise, o melhor que se pode esperar é que o sujeito possa se virar com o seu sintoma (1976/1977, p. 7). Isso já nos indica que, para Lacan, há uma parcela do sintoma que permanece, mesmo em uma análise concluída. Como o sujeito que percorreu uma análise até sua conclusão pode haver-se com essa parte, indecifrável e incurável, do sintoma? Lacan indica que é preciso encontrar uma maneira de “fazer com” isso (*savoir-y-faire avec*) (1976/1977, p. 7).

Podemos perceber, com isso, uma mudança no enfoque dado ao sintoma: passa-se de um sintoma como verdade, que pede para ser decifrado, a um sintoma que não pede nada a ninguém, mas com o qual precisamos “nos virar”. “Virar-nos com isso” implica em encontrar, para essa parcela irreduzível do sintoma, usos, costuras, enlaçamentos, tal como faz o *bricoleur* com os bricabraques, que encontra pelo caminho. Uma análise não propõe, propriamente, uma cura para o núcleo duro do sintoma, mas pode, contingencialmente, abrir caminhos para que surjam *arranjos*, feitos a partir dos restos de uma análise. Esta é a direção que seguiremos para orientar a nossa pesquisa.

Visto que há algo, no sintoma, que permanece, e diante da pergunta sobre quais os destinos e usos possíveis para esse resto no final de análise, lançamos uma hipótese de trabalho: virar-se com o sintoma (*savoir-y-faire avec*) é encontrar arranjos e enlaçamentos que incluam esses restos, esses elementos soltos e desencaixados de uma análise. Encontraremos, na noção de *sinthoma*, articulada no final do ensino de Lacan, uma via possível para pensar esse enlaçamento, e na noção de *letra*, uma forma de demarcar esses elementos soltos, heterogêneos, que não entram na articulação significativa.

Para verificarmos essa hipótese, será necessário atravessar um caminho teórico-clínico, com a finalidade de embasar termos, conceitos e articulações que fundamentam a nossa pesquisa. A tese se desenvolverá em quatro capítulos, nos quais o sintoma será o objeto principal de pesquisa, ainda que abordado por dimensões e vieses distintos.

O primeiro capítulo investigará os diferentes lugares dados ao sintoma no discurso médico, com o objetivo de demarcar os pontos nos quais a abordagem

médica e a abordagem psicanalítica se distanciam, em relação ao que entendem como sintoma. Iniciaremos nosso percurso delimitando o lugar privilegiado do sintoma na clínica médica, como sendo, ao mesmo tempo, signo e verdade da patologia. Em seguida, verificaremos que, com o discurso anatomoclínico, o sintoma é deslocado de seu lugar de destaque pelo foco dado à lesão anatômica, passando, assim, a ser apenas uma das repercussões da doença. Os limites evidenciados pelo discurso anatomopatológico, especialmente em relação à dificuldade de se encontrar, em algumas patologias, um correlato na lesão anatômica, abrirão o caminho para percorrermos outras abordagens da doença, no discurso médico. Adentraremos, também, o tema da medicina baseada em evidências e ressaltaremos alguns possíveis pontos de dificuldade para o emprego do método no campo das psicopatologias. Finalmente, apontaremos para a particularidade da psicanálise na abordagem do sintoma e sinalizaremos que, diferentemente da medicina, a psicanálise entende que o sintoma analítico tem, em sua estrutura, um ponto de furo, que chama à cena o sujeito do inconsciente.

No segundo capítulo, buscaremos situar o sintoma, na psicanálise, como um sintoma que inclui o sujeito do inconsciente. Investigaremos a parte do sintoma que se apresenta como mensagem cifrada e que, ao ser endereçada ao Outro em uma análise, “fala” e pode ser interpretada. Veremos que, para Freud, o sintoma se estrutura a partir das leis do inconsciente (deslocamento e condensação) e que, para Lacan, estas leis são leis de linguagem (metonímia e metáfora). Para ambos, a parte interpretável do sintoma parece dizer respeito a uma verdade que se *constrói*, em análise, no lugar de um furo no saber sobre o sintoma. Trata-se de uma construção singular, não generalizável, a não ser por sua estrutura linguageira. Veremos como, tanto para Freud quanto para Lacan, o sintoma é entendido como sendo *sobredeterminado*: é efeito de uma trama de múltiplos elementos que se entrecruzam, no meio da qual não parece haver um único fator etiológico e sim um furo; um vazio de significação. Freud chamou esse furo de “umbigo” (do sonho) e Lacan parece tê-lo aproximado de um ponto de repetição, que revela um núcleo real, no interior da trama da fantasia. Esse é o ponto onde tentaremos chegar, ao final do segundo capítulo, e que aponta para outro aspecto do sintoma, que não é mensagem, mas gozo.

O objetivo do terceiro capítulo é abordar a parte do sintoma que escapa à tentativa de significação. É a repetição que aponta o caminho para podermos cernir esse núcleo do sintoma, que diz respeito à sua vertente de gozo. No sintoma, o sujeito parece sempre esbarrar com o mesmo objeto que, ao mesmo tempo em que insiste em “subir ao palco” (Lacan, 1962-1963/2005, p. 155), também resiste à captura. Lacan teoriza esse objeto, dotado de uma materialidade específica (uma materialidade de gozo), como objeto *a*. É pela via do objeto *a* e sua relação com o gozo, que buscaremos, no terceiro capítulo, abordar essa parte do sintoma.

No quarto e último capítulo, procuraremos abordar o sintoma analítico, à luz da derradeira proposição de Lacan sobre o final de análise, segundo a qual o melhor que se pode esperar de uma análise é que o analisante possa identificar-se com o seu sintoma e, com ele, “se virar” (1976/1967, p. 7). Trabalharemos com a hipótese de que se virar com o sintoma é, essencialmente, fazer algum arranjo a partir da parcela irreduzível do sintoma que, em análise, aparece como gozo silencioso e fora de sentido. Argumentaremos que aquilo que se pode fazer com o sintoma é sempre uma “gambiarra” – espécie de entrelaçamento, mais ou menos precário, que tem como material esses elementos heteróclitos e desencaixados, a que chamaremos letras. A ideia de *sinthoma* – não como algo transcendente, mas como uma gambiarra que, ao contrário de excluir o gozo, o inclui em seus arranjos – é um caminho para nos aproximarmos do que seria esse “fazer com o sintoma”, que Lacan propõe para o final de análise.

2

Do sintoma no discurso médico ao sintoma psicanalítico

Neste capítulo de abertura, buscaremos compreender os diferentes lugares atribuídos ao sintoma no discurso médico. O nosso objetivo, com isso, é localizar os pontos nos quais a abordagem médica e a abordagem psicanalítica se distanciam, em relação ao que entendem como sintoma. Com esse objetivo, percorreremos o estatuto do sintoma, segundo a perspectiva das ciências médicas, tomando-o dentro de um enfoque histórico, que passará, primeiramente, pelas transformações que a própria ideia de doença sofre na história da medicina.

2.1

Doença e sintoma na história do discurso médico

A conceituação da doença

A doença e a saúde não são categorias naturais e, sim, construções discursivas. Isso não significa que processos patológicos não existam, mas que tomá-los como desviantes, dentro do curso natural da vida, já é um juízo que se faz a partir de uma convenção sobre o que é saúde e o que é vida.

Para contextualizarmos o entendimento da doença como conceito, recorreremos à obra de Georges Canguilhem, *O normal e o patológico*, publicada em 1966, tendo por base uma tese defendida em 1943, considerada, até hoje, um trabalho de referência na área da história da medicina. Segundo o autor, duas grandes perspectivas organizam, historicamente, a concepção da doença. De um lado, temos a teoria ontológica da doença, na qual homem e doença são entidades distintas. Nessa concepção, um tratamento buscaria restituir ao homem aquilo que lhe falta ou retirar dele aquilo que lhe foi acrescido. A doença contém, aqui, uma representação ontológica do mal¹ e a existência é uma luta entre duas forças opostas: uma tendência que conduz à saúde e à perpetuação da vida, e outra (a

¹ A palavra francesa para doença, *maladie*, já inclui, em sua grafia, esta referência ao “mal”, contra o qual a vida se choca.

doença) que busca conduzir o vivo no caminho que vai da doença à degeneração e à morte.

De outro lado, temos uma concepção dinâmica da doença. Aqui, a doença é entendida como um desequilíbrio de substâncias, que o próprio organismo busca reequilibrar. A restituição da saúde deriva do restabelecimento desse equilíbrio. Tanto na concepção ontológica, quanto na dinâmica, a doença é entendida como um estado de conflito do organismo, seja com forças externas, seja com forças internas. Em ambas, o organismo buscaria, naturalmente, a restituição do equilíbrio interno ou da normalidade fisiológica. De qualquer modo, a tendência do organismo é sempre a mesma: buscar a saúde e a vida, enquanto a doença é sempre um desvio dessa tendência (Canguilhem, 1966/2015).

A concepção de que a saúde e a doença são forças antagônicas e distintas confere um caráter dualista à corrente da medicina vigente no mundo ocidental, antes do século XIX. Para Canguilhem, na medicina do século XVIII, muito por influência dos animistas e vitalistas, “a Saúde e a Doença disputavam o homem, assim como o Bem e o Mal disputavam o mundo” (1966/2015, p. 62). Essa vertente ontológica, associada ao vitalismo, tinha como pano de fundo a ideia de que haveria algo essencialmente distinto no ser vivo, que o diferenciaria dos objetos e dos estados inanimados. Não é difícil imaginar como essa ideia poderia facilmente escorregar para uma perspectiva religiosa da doença e da saúde, confundindo, assim, a medicina e o misticismo.

Por essa razão, alguns teóricos² do final do século XVIII e do início do século XIX, na esteira do pensamento iluminista, esforçaram-se para sustentar que não haveria uma diferença essencial e qualitativa entre a doença e a saúde, mas que o estado patológico diferiria do estado normal por um aspecto simplesmente quantitativo. Por exemplo, a presença de glicose no sangue é um fenômeno fisiológico, mas, quando os níveis de glicose atingem uma taxa mais elevada do que o normal, isso gera sintomas, que indicam a existência de um processo patológico. A recusa de uma concepção dualista na medicina é, essencialmente, a recusa de uma crença em forças qualitativamente distintas e opostas da saúde e da doença, do

² Canguilhem (1966/2015) destaca os pensamentos de Auguste Comte (1798-1857) e os trabalhos de François Joseph Victor Broussais (1772-1838) e Claude Bernard (1813-1878), que, entre outros, deram sustentação a essa ideia.

bem e do mal, em prol de uma visão na qual haveria uma continuidade entre os estados fisiológicos e os patológicos.

A medicina do século XIX assume, assim, um caráter monista. Por influência do positivismo, consolida-se a ideia de que a técnica médica precisa ser embasada em uma ciência, ou seja, de que, primeiro, é preciso saber para, depois, agir. Nesse sentido, o saber derivado do método científico ganha o estatuto de verdade. Dentro desse contexto epistemológico, a fisiologia se torna a chave para explicar os mistérios da patologia e fornece os fundamentos para a terapêutica (Canguilhem, 1966/2015, p. 59). No contínuo entre a fisiologia e a patologia, a doença passa a ser entendida como um acontecimento interno ao próprio movimento da vida. A doença não é algo que ataca a vida de fora: os fenômenos patológicos fazem parte do tecido da vida (Foucault, 1963/2020, p. 168).

Destacamos acima que, na passagem de uma medicina dualista para uma medicina monista, os aspectos quantitativos da fisiologia patológica, por serem mensuráveis e supostamente objetivos, ganham prevalência sobre os aspectos qualitativos da patologia. Em relação à primazia do quantitativo sobre o qualitativo, Canguilhem adverte que:

[...] convém não esquecer que o conhecimento científico, embora invalidando as qualidades que fez aparecer como ilusórias, nem por isso as anula. A quantidade é a qualidade negada, mas não é a qualidade suprimida (1966/2015, p. 68).

A busca por invalidar a dimensão qualitativa da doença, além de afastar a medicina de um pendor para o oculto e o misticismo, tinha como objetivo tornar a patologia mais objetiva, uma vez que os aspectos quantitativos das investigações fisiopatológicas eram mensuráveis e permitiam, portanto, que as observações extrapolassem os casos individuais, fomentando as análises estatísticas. Os dados qualitativos, por sua vez, eram difíceis de mensurar e universalizar, fazendo com que tivessem menos valor para o entendimento de uma classe patológica, do que para o esclarecimento de um quadro clínico singular.

Contudo, com a advertência citada acima, Canguilhem aponta que nenhuma alteração quantitativa se sustenta por si só, sem ter sido antes associada a uma

apresentação clínica da doença. São as apresentações clínicas que informam as análises estatísticas. Isso significa que é a partir do que se observa, qualitativamente, enquanto fenomenologia clínica, que se pode começar a lançar perguntas – à estatística, inclusive – sobre possíveis correlações, indícios e causalidades. Desse modo, são os aspectos qualitativos, observados na clínica, que dão sentido aos dados quantitativos colhidos e interpretados como indicadores de uma patologia.

Para Canguilhem, não existe patologia objetiva. Estamos sempre em relação com o meio e nos sentimos, ou não, ‘normais’, conforme nos sintamos, ou não, “em posição normativa” (1966/2015, p. 164), dentro de tal meio. A rigor, ressalta o autor, só se poderia descrever, objetivamente, diferenças e variações fisiológicas e comportamentais, mas atribuir a elas um valor vital negativo ou positivo seria, em si, uma função normativa.

Importa frisar que a doença acomete um corpo que existe em um ambiente e, em geral, afeta a forma de esse corpo interagir com o meio. É aquele, a quem a doença acomete, que terá as condições de comunicar, seja em palavras ou pelos sinais do seu corpo, de que forma sua experiência de estar no mundo se encontra alterada. Se, de acordo com a famosa frase do cirurgião francês René Leriche, “a saúde é a vida no silêncio dos órgãos” (*apud*. Canguilhem, 1966/2015), a doença, por contraste, seria aquilo que causa “ruído”, que perturba a vida e as funções do sujeito, fazendo-o sofrer. O sofrimento é difícil de mensurar objetivamente, mas nem por isso deixa de existir na experiência do doente. Muito pelo contrário, é o sofrimento – essa experiência subjetiva de perturbação da vida e suas funções – que mais qualifica a vivência do sujeito acometido por uma doença. E é, em geral, no contato com essa perturbação, que se vai em busca de um tratamento.

Será possível afirmar que a perturbação é um outro nome que podemos dar para o sintoma? Sendo admissível, ou não, usar os termos como sinônimos, fato é que ambos apontam para algo que está fora da ordem; fora da experiência de normalidade para aquele sujeito que se dirige ao médico em busca de uma cura.

Não se pode falar em saúde e doença, sem levar em consideração a relação do ser com o seu meio. A conceituação da doença depende do estabelecimento de

uma norma e de um consenso, não somente sobre o que constitui o desvio de tal norma, mas também sobre em que ponto tal desvio se torna uma patologia. Por essa razão, podemos dizer que a doença não é um fato natural, mas uma construção. Da doença como fenômeno, temos acesso apenas aos signos e manifestações.

A botânica dos sintomas

É inegável que os sintomas tenham um lugar privilegiado na clínica médica. Da doença, eles são o estado manifesto; primeira via de acesso aos processos patológicos que se ocultam no interior do corpo.

No capítulo do *O Nascimento da Clínica* (1963/2020), intitulado “Signos e casos”, Michel Foucault aborda o lugar do sintoma na clínica médica, dando ênfase especial à época do surgimento e expansão do movimento iluminista na Europa. Para o autor, o lugar de destaque dado ao sintoma deve-se ao fato de ele ser a forma mais acessível de apresentação da doença: “de tudo o que é visível, ele é o mais próximo do essencial; e da inacessível natureza da doença, ele é a transcrição primeira” (Foucault, 1963/2020, p. 97-98). Antes do advento da anatomia patológica, é o sintoma que deixa transparecer aquilo que o olhar não atinge: essa figura “um pouco em recato, visível e invisível, da doença” (Foucault, 1963/2020, p. 98). O sintoma é, ao mesmo tempo, um ponto de interrogação, que leva o observador a se perguntar sobre o seu sentido (a doença), e a indicação de um caminho para chegar até seu significado.

Que o sintoma seja, primeiramente, um enigma, não é nenhuma novidade. Mas, na tradição médica do século XVIII, é a relação que se estabelece entre o sintoma, o saber médico e a doença que permite a sua elucidação. Para que o sintoma se esclareça em sua verdade última, que seria a doença, é preciso a intervenção de uma “consciência”, como diz Foucault (1963/2020, p. 101). Podemos, para os nossos propósitos, reduzir o termo “consciência” ao termo “saber” – um saber oriundo do discurso médico, que começa, nessa época, a se sistematizar. É a intervenção do saber médico que possibilita, nesse discurso, a leitura dos sintomas apresentados pelo paciente, fazendo com que esses sintomas se tornem *signos* de uma patologia (por exemplo, a icterícia é signo de um distúrbio da função hepática).

O sintoma se torna signo quando recebe uma significação ligada à doença. Segundo o autor, “o signo anuncia: prognostica o que vai se passar; faz a anamnese do que se passou” (Foucault, 1963/2020, p. 98). O sintoma se transforma em signo a partir de uma atividade externa: a intervenção de uma “consciência”, um saber vindo de um observador, que traça uma relação de simultaneidade, sucessão e diferença para com a multiplicidade de manifestações fisiológicas e patológicas.

De acordo com o autor, a medicina, até o final do século XVIII, permanecia um “conhecimento incerto” (Foucault, 1963/2020, p. 106), de caráter mais conjuntural do que objetivo. O homem é um objeto de estudo infinitamente complexo. A multiplicidade de fatores, tangíveis e intangíveis, que influenciam os fenômenos humanos, bem como as infinitas possibilidades de combinações entre eles, são entraves importantes para a construção de certezas no campo das ciências humanas.

A medicina, confrontada com esse impasse, busca sistematizar-se como uma ciência orientada pelo que é imediatamente observável. O discurso médico se enraíza cada vez mais na tradição da história natural, que buscava ordenar e classificar as coisas vivas de acordo com suas características visíveis. Igualmente, o campo da medicina passa a se nortear pelo que o olhar organiza. Nessa perspectiva, “só existe doença no elemento visível” (Foucault, 1963/2020, p. 104).

O objeto da medicina passa a ser a doença. O homem, acrescido de sua subjetividade, é terreno nebuloso e impérvio para uma ciência que se diga objetiva, mas, como organismo sede da patologia, ele se abre mais facilmente à investigação. E como, nessa perspectiva, não existe ciência do particular, são as grandes classes de morbidades que entram em foco. Aqui, os casos clínicos interessam mais pelo que eles contribuem para esse esforço classificatório das diferentes doenças, do que pelo que revelam sobre a sua singularidade.

É nesse sentido que Foucault se refere à medicina do final do século XVII e boa parte do século XVIII como um “jardim de espécies” (1963/2020, p. 116), uma vez que o método dos nosógrafos da época era, até certo ponto, o mesmo método do modelo naturalista: “ver, isolar traços, reconhecer os que são idênticos e os que

são diferentes, reagrupá-los, classificá-los por espécies e famílias” (1963/2020, p. 96).

No campo das patologias, são os sintomas – aquilo que a doença manifesta – que servem como os traços imediatamente observáveis a serem reconhecidos, diferenciados e agrupados, formando as grandes classes patológicas. No entanto, a busca pela classificação das entidades mórbidas tem, como contrapartida, o retorno ao jogo de essências, fazendo dos sintomas a própria essência da patologia. É por essa via que, buscando afastar-se de uma ontologia, cai-se em outra. O sintoma ganha, assim, um caráter tautológico: “indissociavelmente, ele é, em sua existência de puro fenômeno, a única natureza da doença, e a doença constitui sua única natureza de fenômeno específico” (Foucault, 1963/2020, p. 100).

Nessa “botânica dos sintomas”, o olhar do médico passa a desempenhar uma função essencial. Para Foucault, a própria “formação do método clínico está ligada à emergência do olhar do médico no campo dos signos e dos sintomas” (1963/2020, p. 99). Pouco a pouco, a “botânica dos sintomas” será substituída por uma “gramática dos signos” (Foucault 1963/2020, XVII), que alia a função primordial do olhar à linguagem descritiva dos fenômenos e processos patológicos. O perceptível e o enunciável tornam-se praticamente indissociáveis, provocando uma reorganização discursiva no campo da clínica.

O olhar médico

Nos últimos anos do século XVIII, a medicina, buscando afastar-se da teoria e da imaginação, concede um privilégio epistemológico à função do olhar. Diferentemente da teoria, que suscitaria obstáculos à razão, o olhar permitiria acesso à verdade cristalina das coisas. Em relação ao privilégio conferido à função do olhar, Foucault aponta que:

o olhar que observa só manifesta suas virtudes em um duplo silêncio: o relativo, das teorias, das imaginações e de tudo o que constitui obstáculo ao imediato sensível; e o absoluto, de toda linguagem que seria anterior ao visível. Na densidade desse duplo silêncio, as coisas vistas podem ser finalmente ouvidas, e ouvidas apenas pelo fato de que são vistas (Foucault, 1963/2020, p. 118-119).

O olhar clínico, ao qual se refere Foucault, é um olhar que se pretenderia isento da interferência da imaginação. Seria um puro ato perceptivo, que vê as coisas como elas são. É nesse sentido que o terreno no qual esse olhar se manifesta é o de um “duplo silêncio”: silêncio tanto em relação à teoria e à imaginação, quanto em relação à própria linguagem. Há, aqui, a ideia de que não haveria palavra que fosse anterior ao observado. O olhar seria, portanto, primordial e fundador. É da observação que surgiria a linguagem: “dada pelo visível, essa palavra, sem nada mudar, fazia ver” (Foucault, 1963/2020, p. 129).

Aquilo que é visto só poderia ser enunciado e descrito porque é, primeiramente, visto. Trata-se de uma lógica circular, em que o visível e o enunciável se consolidam: 1) o visível dá origem à palavra descritiva, propondo ao observador a linguagem na qual ele pode ser enunciado; 2) quando o visível pode ser enunciado, ele pode ser visto. Por isso, o silêncio em torno do que se vê é, inicialmente, a condição para um “olhar puro”, uma vez que o olhar só pode realmente interrogar as coisas vistas na condição de que esta interrogação seja feita, “no vocabulário e no interior da linguagem que lhe foi proposta pelas coisas observadas” (Foucault, 1963/2020, p. 118). O domínio clínico só poderia organizar-se por um imbricamento entre o olhar e o enunciado, por onde o olhar e aquilo que é percebido “se comunicam por um mesmo Logos” (Foucault, 1963/2020, p. 119). A ordenação dos sintomas e a classificação das doenças norteiam o olhar médico. Trata-se de um olhar que busca tornar possível a leitura dos signos/sintomas. A doença é, aqui, a “verdade” que se oculta por detrás do sintoma.

Há uma interseção entre o olhar e a escuta no discurso médico, de modo que a escuta é um prolongamento do olhar classificatório. Nessa lógica, a alternância entre o olhar e a escuta compõe o fundamento para a construção do quadro clínico. Foucault descreve o quadro como “uma estrutura ao mesmo tempo legível e visível, espacial e verbal” (1963/2020, p. 123), que integra aquilo que, da sintomatologia visível, o clínico pode observar na superfície do corpo e aquilo que ele escuta do seu paciente. Seguindo esse fio, Foucault descreve uma cadência entre olhar e palavra:

Nessa pulsação regular da palavra e do olhar, a doença pouco a pouco pronuncia a sua verdade; verdade que ela dá a ver e a ouvir, e cujo texto, que, no entanto, só tem um sentido, não pode ser restituído, em sua totalidade indubitável, a não ser por dois sentidos: o que olha e o que escuta (Foucault, 1963/2020, p. 123).

Aqui, a escuta interessa pelo que agrega à função descritiva, restringindo-se a recolher dados sobre a evolução dos sintomas e da doença.

Surge a questão prática de como fazer com que aquilo que é recolhido pelo olhar clínico encontre uma representação coerente que seja, ao mesmo tempo, “legível e visível, espacial e verbal” (Foucault, 1963/2020, p. 123). Isso é relevante porque tal estrutura de representação permitiria que o percebido e o ouvido se sistematizassem em uma linguagem médica, que fosse perfeitamente descritiva e, como consequência, compartilhável (apenas com aqueles que são fluentes nessa linguagem), generalizável e ensinável. Nesse sentido, o autor aponta que:

é nessa passagem, exaustiva e sem resíduo, da totalidade do visível à estrutura de conjunto do enunciável que se realiza finalmente essa análise significativa do percebido. [...] É a descrição, ou melhor, o labor implícito da linguagem na descrição que autoriza a transformação do sintoma em signo, a passagem do doente à doença, o acesso do individual ao conceitual (Foucault, 1963/2020, p. 125).

Evidentemente, uma linguagem que seja perfeitamente descritiva e que faça o observado passar ao enunciado, sem perdas e sem resíduos, é um ideal e não uma realidade atingível. Isso porque a linguagem perfeita, sem perdas, não existe. A palavra está sempre um pouco aquém e um pouco além da coisa; aquém porque algo sempre se esvai no esforço de representação verbal, e além porque as palavras têm múltiplos sentidos, o que faz com que o enunciado possa se desdobrar por caminhos inesperados. Assim, há sempre um descompasso entre o visível e o enunciável, entre o olhar e a linguagem, bem como entre o enunciado e seus significados.

Para Foucault (1963/2020, p. 126), há um grande mito por trás do método descritivo presente no pensamento clínico daquela época. Trata-se do mito do olhar

puro: olhar que seria Linguagem e que, de um só golpe, veria, escutaria e falaria.

Nas palavras do autor:

[...] a reversibilidade sem resíduo do visível no enunciável ficou na clínica mais como uma exigência e limite do que como um princípio originário. A descritibilidade total é um horizonte presente e recuado; um sonho de um pensamento, muito mais do que estrutura conceitual de base (Foucault, 1963/2020, p. 127).

Esse olhar que “fala” encontra dois limites significativos. O primeiro, como vimos, é o da linguagem: na busca pela reversibilidade perfeita entre o visível e o enunciável, a palavra sempre imprime suas perdas e deixa resíduos. O segundo é o limite imposto pela própria superfície do corpo, que mantém afastada do olhar a massa opaca do seu interior e os mistérios do seu funcionamento. Os sintomas, percebidos na superfície do corpo, podem contar meias verdades sobre o que se passa no seu interior, e os relatos do paciente sobre as manifestações patológicas podem enganar, uma vez que passam pelo filtro de suas percepções subjetivas. Tais impasses se tornam verdadeiros obstáculos a uma análise que se proponha ser puramente objetiva daquilo que se observa e se escuta em relação aos sintomas.

Orientado em direção à resolução desses impasses, o saber médico-científico buscará penetrar no interior dos corpos, em busca de uma verdade que não engana: a verdade dos órgãos. Segundo Foucault, “a medicina dos sintomas, pouco a pouco, entrará em regressão, para se dissipar, diante da medicina dos órgãos, do foco e das causas, diante de uma clínica inteiramente ordenada pela anatomia patológica” (Foucault, 1963/2020, p. 135).

2.2

O advento da anatomia patológica e seus limites

A lesão não engana

Vimos que, na tradição médica do século XVIII, a enfermidade se apresentava ao observador na forma de sintomas e signos. O sintoma ganhou destaque, nesse período, por se apresentar como a parte observável da doença. Diante da impossibilidade de se ver diretamente o que se passava no interior dos corpos, o sintoma, tomado como signo, anunciava a existência de um processo

patológico no organismo. O processo patológico era, portanto, uma *dedução*, a ser feita a partir de uma sintomatologia. O sintoma permitia “ver”, ainda que de viés, aquilo que, no interior dos corpos, o olhar não podia atingir.

Com o advento da anatomia patológica, descrita por Laënnec como “uma ciência que tem por objetivo o conhecimento das alterações visíveis que o estado da doença produz nos órgãos do corpo humano” (*apud.* Foucault, 1963/2020, p. 149), e da realização sistemática de exames cadavéricos, inaugura-se a era de investigação anatômica das patologias. Com essas investigações, torna-se possível observar diretamente os sinais deixados por processos patológicos, que ocorrem no interior do corpo humano – observação que, até então, era inacessível ao olhar do pesquisador. Não é mais preciso deduzir, do sintoma, aquilo que está oculto. Basta abrir os corpos e os caminhos da doença tornam-se visíveis. O oculto vem à luz, através das investigações cadavéricas, para dizer a verdade sobre a doença. A verdade está escrita na superfície tissular, basta saber lê-la. A noção de sede da patologia confere às lesões o lugar de *verdade* da doença.

No discurso anatomoclínico, que podemos entender como um sistema de pensamento que orienta as investigações sobre as origens localizáveis das patologias, a raiz da enfermidade passa a ser buscada em sua *materialidade observável*, dentro do corpo anatômico. Segundo Foucault (1963/2020), o advento da anatomia patológica marca o nascimento da medicina positiva, pautada na observação direta e no *olhar* direcionado à estrutura dos órgãos, com foco nas causas orgânicas das patologias. Como aponta Birman (2018), é com as pesquisas de Xavier Bichat (1771-1802) que se constitui o discurso anatomoclínico, o qual procurava “articular de forma sistemática o registro anatômico da lesão com o registro clínico dos signos, pelo qual a figura do médico procurava objetivar e depreender, assim, a dita lesão no corpo anatômico” (Birman, 2018, p. 33).

Foucault ressalta que, antes de Bichat,

a clínica, olhar neutro sobre as manifestações e frequências cronológicas, preocupada em estabelecer parentescos entre os sintomas e compreender sua linguagem, era, por sua estrutura, estranha a essa investigação dos corpos mudos e atemporais; as causas ou sedes a deixavam indiferente (Foucault, 1963/2020, p. 139).

A clínica médica anterior ao advento da anatomia patológica interessava-se mais pela *história* – ou seja, pela progressão cronológica dos sintomas e as correlações entre as manifestações patológicas –, do que pela *geografia* anatômica das sedes e causas das doenças.

Os historiadores da medicina atrelam o aparecimento da anatomia patológica ao nascimento de um novo espírito médico e colocam esse fato como um divisor de águas epistemológico, que funda o espírito propriamente científico da medicina. A explicação que se deu, por muito tempo, para a demora da medicina em abrir os cadáveres e se aventurar pelo terreno da anatomia patológica – aventura que a fundaria como ciência e a afastaria definitivamente da metafísica –, foi a interdição religiosa e moral à abertura de cadáveres. Pinta-se, assim, a ideia dos militantes da necrópsia, que conduziam seus estudos nos porões escondidos, roubando cadáveres dos túmulos a fim de contornar tais interdições em nome da ciência, até que, finalmente, “a morte teve direito à clareza e tornou-se objeto e fonte de saber” (Foucault, 1963/2020, p. 137).

Segundo Foucault, essa reconstrução histórica é imprecisa. O anatomista italiano Giovanni Battista Morgagni (1682-1771), por exemplo, publica sua obra *De Sedibus et Causis* em 1760, que integra o trabalho de uma vida inteira dedicada à dissecação anatômica e ao problema das sedes das patologias. A obra de Morgagni evidencia que ele não teve, mesmo antes da era de Bichat, dificuldades em fazer autópsias. Desde 1754, por exemplo, já existiam salas destinadas às dissecações em Viena. Portanto, aponta Foucault, “nenhuma escassez de cadáveres no século XVIII, nem sepulturas violadas ou missas negras anatômicas; está-se em pleno dia da dissecação” (1963/2020, p. 138). É apenas 40 anos depois da publicação de *De Sedibus* que Bichat e seus contemporâneos “redescobrem” os ensinamentos de Morgagni e adentram o campo da anatomia patológica.

Por que, então, se estabeleceu o mito da interdição à abertura dos cadáveres? De certa forma, para justificar, retrospectivamente, o tempo em que a medicina não se interessava pela geografia das causas. Segundo Foucault,

a partir do dia em que se admitiu que as lesões explicavam os sintomas e que a anatomia patológica explicava a clínica, foi preciso convocar uma história transfigurada em que a abertura dos cadáveres, ao menos a título de exigência científica, precedia a observação, finalmente positiva, dos doentes; a necessidade de conhecer o morto já devia existir quando apareceu a preocupação de compreender o vivo. Imaginou-se, portanto, integralmente, uma conjuração negra da dissecação, uma igreja da anatomia militante e sofredora, cujo espírito oculto teria possibilitado a clínica antes mesmo de seu aparecimento, na prática regular, autorizada e diurna da autópsia (Foucault, 1963/2020, p. 138).

Foucault explica que a clínica e a anatomia patológica não compartilhavam, até então, a mesma essência epistemológica. Os quarenta anos que separam Morgagni de Bichat foram os anos em que, no final do século XVIII, o método clínico, baseado na observação dos sintomas e na ordenação das doenças, se estabeleceu, proclamando para si um estatuto de ciência. Para o autor, “foi um pensamento clínico que durante 40 anos impediu a medicina de ouvir a lição de Morgagni. O conflito não é entre um saber jovem e velhas crenças, mas entre duas figuras de saber” (Foucault, 1963/2020, p. 139). Dito de outro modo, o conflito foi entre duas correntes epistemológicas que levaram um tempo para se confrontarem. Com o advento de uma anatomia patológica, que passou a se disseminar no campo do saber médico, a segunda ganhou primazia sobre a primeira. Isso fez com que o campo do saber médico precisasse ressignificar, retrospectivamente, a sua posição até então, tecendo uma narrativa que fizesse da segunda vertente epistemológica uma continuação da primeira e separada desta apenas por uma interdição moral vinda de fora do campo da medicina.

É possível dizer que a vertente da anatomia patológica e a vertente da observação clínica têm pontos de aproximação e pontos de distinção. Elas se aproximam quando levamos em consideração o lugar e a função do olhar no campo da anatomia patológica. O olhar de Bichat, assim como o olhar clínico, concede um privilégio epistemológico à observação da superfície: “as camadas tissulares formam o correlato perceptivo desse olhar de superfície que definia a clínica” (Foucault, 1963/2020, p. 142). A diferença é que o olhar de Bichat incide sobre a superfície tissular, não mais como quadro taxonômico, dentro do qual as manifestações patológicas irão encaixar-se, mas como um fragmento de espaço anatômico perceptível, no qual a doença e seus caminhos fisiológicos se revelam.

Por outro lado, as duas vertentes divergem em sua forma de uso da linguagem. É verdade que tanto o método anatômico quanto o método da observação clínica operam pela análise daquilo que é observado, mas a anatomia patológica se apoia menos na “sintaxe verbal dos acontecimentos” e mais na “divisibilidade das coisas” (Foucault, 1963/2020, p. 145), por onde os elementos patológicos são decompostos para serem localizáveis anatomicamente. Foucault oferece uma descrição precisa acerca da diferença entre o método clínico, que conta com a leitura dos sintomas e sua transmutação em sintaxe verbal, e o método anatomopatológico, que penetra nas profundezas do corpo:

a leitura clínica, em sua primeira forma, implicava um sujeito exterior e decifrador que, a partir e além do que soletrava, ordenava e definia parentescos. Na experiência anatomoclínica, o olho médico deve ver o mal se expor e dispor diante dele à medida que penetra no corpo, avança por entre seus volumes, contorna e levanta as massas e desce em sua profundidade. A doença não é mais um feixe de características disseminadas pela superfície do corpo e ligadas entre si por concomitâncias e sucessões estatísticas observáveis; é um conjunto de formas e deformações [...] (Foucault, 1963/2020, p. 150).

Colocado este ponto de distinção, interrogamos se a anatomia patológica vem substituir o método clínico, ou se integra-se a ele. É possível integrar o método clínico de observação dos sintomas ao novo olhar anatômico, viabilizado pelas disseções dos corpos? Parece haver, para Foucault, um limite à anatomia patológica, quando esta se desvincula completamente da clínica. De acordo com o autor,

relatando apenas o visível, e na forma simples, final e abstrata de sua coexistência espacial, a anatomia não pode dizer o que é encadeamento, processo e texto legível na ordem do tempo. Uma clínica dos sintomas procura o corpo vivo da doença; a anatomia só lhe oferece o cadáver (Foucault, 1963/2020, p. 145).

É plausível entendermos, a partir da citação acima, que, para extrair consequências práticas do método anatomopatológico, seria necessário acrescentar, ao conhecimento das mudanças visíveis que o processo patológico produz no corpo humano, a observação clínica dos sintomas associados a tais mudanças. É assim que as lesões se ligariam às manifestações clínicas das doenças e que a anatomia,

segundo o discurso médico vigente na época, poderia informar sobre a patologia, sua sede e seus caminhos.

Um corte epistemológico

No século XIX, a anatomia patológica surge como um ponto de abertura para a verdade não somente sobre doença, mas também sobre a própria vida. Com a dissecação dos cadáveres, a morte não se situa mais como um limite para o saber médico, mas como a condição para o seu avanço. Com uma pergunta especialmente elucidativa, Foucault aponta o lugar da morte como fronteira e, ao ser contornada, eixo para uma virada epistemológica: “não era preciso que a medicina contornasse seu mais antigo cuidado para ler, naquilo que testemunha seu fracasso, o que devia fundar sua verdade?” (1963/2020, p. 162).

Poder avançar sobre o terreno da morte significou poder avançar em pesquisas anatômicas que, até então, eram impraticáveis. Era, paradoxalmente, o véu da vida que ocultava a verdade da doença. Antes do advento da anatomia patológica, o campo da medicina era regido por pares de opostos, como a vida versus a doença (é a doença que ameaça a vida), ou a vida versus a morte (é a morte que põe fim à vida). Com Bichat, surge uma figura ternária que liga intimamente três elementos: a vida, a doença e a morte. Nessa relação triangular, é a morte que ocupa o lugar de regência, a partir do qual os outros dois termos se elucidam. Aqui, a morte, ao invés de ocupar o domínio que lhe fora concedido anteriormente – o de sombra no qual a vida se extingue e a doença se oculta – passa a ser dotada “do grande poder de iluminação que domina e desvela tanto o espaço do organismo quanto o tempo da doença” (Foucault, 1963/2020, p. 159).

Para Foucault, é esse reposicionamento do lugar ocupado pela morte que faz do surgimento da anatomia patológica um grande ponto de virada, no discurso da medicina ocidental. Tanto porque, nesse momento, a medicina precisou penetrar no maior limite colocado ao seu conhecimento e a sua prática – a morte –, quanto porque o uso investigativo dos cadáveres reorganiza toda uma estrutura de saber. Nas palavras do autor:

Bichat faz mais do que libertar a medicina do medo da morte; ele integrou a morte em um conjunto técnico conceitual em que ela adquiriu suas características específicas e seu valor fundamental de experiência. De tal modo que o grande corte na história da medicina ocidental data precisamente do momento em que a experiência clínica tornou-se o olhar anatomoclínico (Foucault, 1963/2020, p. 162).

O autor trata, assim, o advento da anatomia patológica como verdadeiro acontecimento no campo do saber médico; um corte epistemológico, que marca um antes e um depois, a partir do qual todo o campo se reorganiza. A morte e a possibilidade de fazer um uso investigativo dela surgem como única via para se chegar, enfim, a uma verdade positiva acerca das doenças.

Assim, a anatomia patológica reivindica, para si, um “fundamento enfim objetivo, real e indubitável de uma descrição das doenças” (Foucault, 1963/2020, p. 142). Os espaços anatômicos que a morte passa a revelar se articulam à linguagem descritiva para fazer ver aquilo que somente a palavra não atingiria. Tal articulação oferece uma percepção científica aos processos que, anteriormente, pertenciam ao registro do invisível e que se tornavam visíveis apenas pela dedução. Para Foucault “essa estrutura em que se articulam o espaço, a linguagem e a morte – o que se chama, em suma, o método anatomoclínico – constitui a condição histórica de uma medicina que se dá e que recebemos como positiva” (Foucault, 1963/2020, p. 216). Aqui, a anatomia patológica irá se aliar à fisiologia, para fundamentar uma clínica que se interessa pela lesão dos tecidos e dos órgãos, como explicação objetiva para as causas e os processos das patologias.

A noção de sede da doença surge a partir da localização de pontos fixos na anatomia dos corpos, onde a lesão percebida nos tecidos e órgãos revela o local de inscrição e os caminhos da doença. A série cronológica das manifestações patológicas é substituída pela demarcação do espaço físico da lesão. Os sintomas passam a ocupar o segundo plano das investigações, ganhando sua significação apenas a partir de sua relação com o ponto de lesão ou de alteração da estrutura anatômica (os sintomas são os desdobramentos das lesões/alterações). Aqui, “a noção de sede substitui, definitivamente, a de classe” patológica (Foucault, 1963/2020, p. 154).

Isso tem como consequência uma mudança na relação entre os sintomas e os signos. Enquanto na clínica médica qualquer sintoma poderia ganhar o valor de signo, uma vez que fosse lido, no método anatomoclínico, “o sintoma pode perfeitamente permanecer mudo, e o núcleo significativo, de que se acreditava que ele fosse armado, revelar-se inexistente” (Foucault, 1963/2020, p. 176). Dito de outro modo, o sintoma, na perspectiva anatomoclínica, se tornaria signo de uma patologia apenas quando ligado a uma sede anatômica e a uma lesão/alteração. Do contrário, permaneceria sem sentido, sem remeter a nada – mudo, como aponta Foucault. Para o autor, “enquanto o signo clínico remetia à própria doença, o signo anatomoclínico remete à lesão” (1963/2020, p. 177).

O corte epistemológico engendrado pela anatomia patológica, cujo advento é possibilitado pela entrada da morte como elemento terceiro e operativo entre a vida e a saúde, diz respeito ao nascimento de uma medicina que se propõe, finalmente, positiva, por basear-se na materialidade visível das lesões para entender os processos, antes ocultos, das patologias.

Limite do paradigma ‘localizacionista’ e abertura para outras abordagens da patologia

Com a anatomia patológica, o espaço profundo, antes inacessível do corpo humano, abre-se ao olhar médico. Embora se tenha a impressão de que, depois de séculos, os médicos estariam finalmente equipados de um olhar puramente objetivo e livre de teorias, Foucault aponta que essa impressão não é de todo precisa. Na medida em que o olhar vai penetrando nas camadas do corpo em busca das sedes das doenças, essas sedes recuam para camadas cada vez mais profundas, que, por sua vez, vão se decompondo em elementos cada vez menores. O olhar encontra o seu limite quando nos aventuramos rumo às profundezas dos corpos e suas unidades mais ínfimas. Parece ser esse o ponto no qual o olhar volta a recorrer à construção teórica, buscando um complemento necessário para poder continuar o seu caminho de descobertas.

Um problema principal é deixado em aberto pelo método anatomoclínico, no que tange à relação entre a patologia e a lesão, ou alteração anatômica. A

pergunta que se coloca é: todas as doenças correspondem a uma estrutura anatômica? Foucault aponta que “à medida em que a anatomia patológica situa melhor sua sede, parece que a doença se retira mais profundamente para a intimidade de um processo inacessível” (1963/2020, p. 192). Algumas febres, assim como as doenças ditas “nervosas” não pareciam ter como correlato uma lesão ou alteração anatômica. Tais acometimentos, no final do século XVIII e início do século XIX, passam a ser considerados patologias sem lesão orgânica.

Surge, então, uma nova nosografia das patologias, uma nova forma de classificação: as doenças que têm como correlata a lesão e as que não a têm. Mais tarde, principalmente no final século XIX, com as investigações de Pasteur, a medicina dos agentes patológicos irá incluir algumas febres na classificação das doenças localizáveis anatomicamente. Entretanto, as patologias psíquicas continuarão a desafiar essa correlação anatômica, dentre outras enfermidades, que não parecem relacionar-se a uma única estrutura identificável.

O limite do paradigma localizacionista se situa ali, onde a doença não se apresenta, materialmente, ao olhar do observador. No limite do ‘localizacionismo’ e da lesão como verdade da doença, a medicina descobre os microrganismos e agentes invasores. Todavia, as alterações anatômicas e a presença de microrganismos não explicam tudo. Passam a ser considerados os desequilíbrios engendrados por alterações das *funções* fisiológicas do organismo. Impera, aqui, o princípio da quantidade, que vem substituir o da qualidade, como indício de normalidade. São estudadas, por exemplo, as quantidades das substâncias químicas no corpo (como os minerais, vitaminas, hormônios, entre outros), que podem afetar o funcionamento fisiológico. Tais estudos podem, em geral, contar com exames laboratoriais, que embasam as intervenções terapêuticas. Mesmo que não exista uma lesão localizável em uma única estrutura do corpo, há indícios fisiológicos, aos quais o consenso médico atribui uma disfunção.

Nessa perspectiva, não é imprescindível circunscrever um local específico como sede da patologia ou disfunção. Não seria mesmo necessário que a medicina se ocupasse tanto da causa da patologia; o importante seria poder situar o ponto de desequilíbrio, para poder restabelecer o equilíbrio e, em consequência, as funções do organismo. Mesmo que não seja necessário observar, materialmente, o local da

disfunção para intervir sobre ela, ainda assim, a medicina precisa *supor* que um local ou estrutura fisiológica esteja na origem da disfunção. A suposição basta; ela não precisa ser observada diretamente.

Dito de outro modo, as evidências acerca das patologias e disfunções não precisam partir de observações diretas de estruturas fisiológicas, elas precisam apenas basear-se em consensos estatísticos. Não é necessário, portanto, que a ciência médica esteja diante da “coisa” patológica em si; ela precisa do cálculo estatístico, para, dali, deduzir a existência da coisa. As evidências parecem, então, fundamentar-se em estatísticas. Os dados estatísticos funcionam como evidência ou comprovação que, por sua vez, embasam o consenso científico.

Embora a *Medicina Baseada em Evidências*³ seja um método útil e importante para orientar a prática médica, é necessário também assinalar que a sua cientificidade não parece ser baseada em uma verdade natural e absoluta (sem furos e sem lacunas), e sim no consenso, que assume o valor de verdade. Evidentemente, não estamos fazendo uma crítica à Medicina Baseada em Evidências que proponha, como face oposta da moeda, uma medicina que seja totalmente desprovida de evidências. Estamos apenas apontando os limites inerentes ao método (assim como a todo método), especialmente quando as evidências são tomadas como sinônimo de uma verdade totalizante. As evidências são tão boas quanto os métodos através dos quais são colhidas e tais métodos, como veremos, têm seus limites e suas falhas. Acreditamos que seja importante manter esse ponto em nosso horizonte, especialmente ao discutir como esse paradigma se transporta para o campo da psicopatologia e da psiquiatria.

2.3

A particularidade da psicopatologia no campo da medicina

Para abordar as particularidades inerentes ao campo da psicopatologia e, de forma mais ampla, as questões que tangem ao sofrimento psíquico, escolhemos tomar um caminho que passa ao largo do grande debate sobre a psicogênese e a

³ Discutiremos a definição e o método da *Medicina Baseada em Evidências*, bem como a sua aplicação ao campo da psiquiatria, mais à frente neste capítulo.

organogênese. Fundamentamos nossa escolha em duas considerações. A primeira é que a organogênese e a psicogênese já foram longamente debatidas, sem que se chegasse a uma solução. O debate continua em aberto e, para que não corrêsemos o risco de assumir uma postura demasiadamente simplista, seria preciso dedicar a ele uma tese a parte. Não é esse o nosso propósito neste trabalho, razão pela qual nos limitaremos a esses breves apontamentos. A segunda consideração articula-se com a primeira, na medida em que, ao nosso ver, tomar uma posição na bipartição organogênese/psicogênese seria, de certa maneira, definir uma essência causal que explicasse dada patologia. Qualquer conclusão a que se chegue, num sentido ou noutro, será não somente uma conclusão limitada a seu tempo, mas também em seu escopo.⁴

Determinar uma essência puramente orgânica para uma patologia seria relegar o psiquismo a um segundo plano de importância, como se a experiência psíquica não interferisse no curso da patologia. De outro lado, firmar uma causalidade exclusivamente psíquica para uma patologia seria, de certa forma, negar a dimensão do corpo que adocece. Mesmo que o adoecimento diga respeito a um sofrimento psíquico, podemos argumentar que não há sofrimento que seja desvinculado do corpo. Sofre-se sempre como um corpo que existe no mundo, ainda que esse corpo seja tomado pelo discurso e, invariavelmente, marcado pelo contexto sócio-histórico no qual vive, bem como pelas contingências particulares da sua biografia.

Antecipamos, aqui, um conceito freudiano fundamental, ao qual retornaremos mais adiante, e que parece subverter a bipartição absoluta entre o orgânico e o psíquico. Trata-se do conceito de pulsão; conceito que, por definição, se localiza no limite entre o psíquico e o somático (Freud, 1915). Se Freud situa esse conceito-chave da sua metapsicologia nessa fronteira, é porque entende que ele pertence tanto ao psiquismo quanto ao corpo, localizando ali um limite no qual os dois campos se imiscuem. Isso é importante, porque indica que há sempre a incidência do psiquismo sobre o corpo que se constitui, no discurso, como um corpo

⁴ Entendemos, contudo, que qualquer pesquisa implique alguma circunscrição de seu campo de saber. Não é possível pensar sem uma diretriz epistemológica, ou seja, sem que, nesse pensamento, intervenha uma visão de mundo. É por isso, inclusive, que o ideal de uma objetividade pura por parte do pesquisador pode ser considerado uma ilusão. É necessário eleger um campo de reflexão, mas é também possível fazê-lo sem que essa perspectiva seja cega a outros sistemas de saber.

falante, assim como há sempre incidência de alguma dimensão do corpo⁵ nos fenômenos psíquicos.

Feita essa breve digressão sobre um debate que, embora importante, é tangencial aos nossos objetivos presentes, voltamo-nos à questão das psicopatologias e suas particularidades em relação à patologia somática. Usaremos, a partir deste ponto, os termos “patologia psíquica” e “patologia somática”, não como conceitos opostos ou excludentes, mas como artifícios didáticos, entendendo que o psiquismo incide sobre os fenômenos da patologia somática, assim como, na psicopatologia, o corpo não figura como elemento secundário ou acessório, e sim como o verdadeiro terreno, no qual se inscrevem as experiências da doença e do sofrimento.

O debate sobre a validade de uma “metapatologia”

Aqui, retornamos às reflexões de Georges Canguilhem, elucidadas pela leitura de Vladimir Safatle. No artigo intitulado “O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem” (2015), Safatle destaca a importância da ideia de consciência da doença, que diz respeito ao fato de que a doença só existe para o doente, porque este sente a sua experiência no mundo como qualitativamente diferente, percebendo uma alteração ou uma diminuição da sua capacidade de interagir com o meio. Segundo o autor,

De fato, a clínica procura, através de noções anatômicas, fisiológicas ou neuronais, determinar a realidade da doença, mas essa realidade, a clínica só percebe através da consciência de decréscimo de potência e das possibilidades de relação com o meio, consciência esta veiculada primeiramente pelo sujeito que sofre (Safatle, 2011, p. 19).

Se, como afirma Canguilhem, não existe fato que seja, em si, normal ou patológico, a descontinuidade entre os estados ditos “normais” e “patológicos” é uma descontinuidade essencialmente qualitativa que, em última instância, deriva da

⁵ Lembrando, aqui, que o corpo não se resume ao organismo. É um corpo também atravessado pela linguagem, pela história e pelas representações imagéticas e simbólicas, que constituem, para cada falante, aquilo que poderá chamar de corpo próprio.

experiência do sujeito que sofre. Para Canguilhem, “sempre se admitiu (...) que a medicina existe porque há homens que se sentem doentes e não porque existem médicos que os informam de suas doenças” (1966/2015, p. 55). A consciência da doença é, portanto, anterior ao saber médico que ela impele.

Isso leva Safatle a perguntar se a patologia é, de fato, um conhecimento objetivo, ou se deriva de um “sentimento subjetivo”, por parte do paciente. A partir do percurso que faz na obra de Canguilhem, o autor argumenta que “fica claro que o problema do patológico estaria vinculado a uma questão absolutamente central: em que situação ocorre algo como a consciência da doença? O que significa, para um organismo, estar doente?” (Safatle, 2011, p. 20).

Essa pergunta é tanto mais complexa, quando adentramos o campo do sofrimento psíquico. Em *Doença mental e psicologia* (1954/2008), Foucault questiona em que condições o sofrimento psíquico passa a ser classificado como patologia. Sabemos que este é um problema crucial para os campos de saberes “psis”, uma vez que, ao contrário das doenças ditas “somáticas”, as patologias psíquicas, em grande parte, não possuem marcadores orgânicos tão claramente identificáveis. Se não são as lesões ou alterações orgânicas que, necessariamente, qualificam a doença, onde podemos procurar o “fato patológico” nas patologias psíquicas?

É importante nos determos, por alguns momentos, nas colocações de Foucault sobre as diferenças metodológicas que os objetos da patologia somática e da patologia psíquica impõem aos sistemas de pensamento, que visam abordá-los. Em relação a isso, o autor interroga: “se parece tão difícil definir a doença e a saúde psicológicas, não será porque nos esforçamos, em vão, por aplicar-lhes, grosso modo, conceitos também destinados à medicina somática?” (Foucault, 1954/2008, p. 7). Faz sentido usar a mesma abordagem epistemológica para pensar as patologias somáticas e as patologias psíquicas?

Assim como foi feito na medicina somática, o campo da psicopatologia buscou (e ainda busca) classificar as síndromes e transtornos em agrupamentos, segundo uma sintomatologia, ou seja, através da reunião e correlação dos sinais que indicam as manifestações mórbidas. Por detrás dessa metodologia, vige a crença de

que as doenças teriam uma *essência*, que seria uma entidade reconhecível pelos seus sinais, mas que precede esses mesmos sinais. Trata-se, para Foucault, de um “postulado naturalista, que eleva a doença à categoria de espécie botânica” (1954/2008, p. 12), pressupondo, a partir de uma análise das sintomatologias, que exista uma unidade “natural” entre patologias do mesmo grupo nosográfico e uma distinção correspondente entre as de grupos diferentes. Segundo o autor, tanto o postulado naturalista quanto a abstração de que existiria uma essência inerente às patologias psíquicas formam a base de uma espécie de “metapatologia”, que justificaria o uso dos mesmos métodos para abordar as patologias somáticas e as patologias psíquicas. Nesse sentido:

se se define a doença mental com os mesmos métodos conceituais da doença orgânica, se se isolam e reúnem os sintomas psicológicos e sintomas fisiológicos, é principalmente porque se considera a doença, mental ou orgânica, como uma essência natural manifestada por sintomas específicos. Entre essas duas formas de patologia não há, portanto, unidade real, mas somente, por intermédio desses dois postulados, um paralelismo abstrato (Foucault, 1954/2008, p. 16).

Para Foucault, a ideia de uma unidade entre a patologia mental e a patologia orgânica se baseia em um paralelismo abstrato e não em uma realidade absoluta. A ideia de uma patologia unitária se sustentaria apenas por um artifício de linguagem, por meio do qual seria possível dar, às doenças “da mente” e às doenças “do corpo”, um sentido equivalente. Para o autor, “uma patologia unitária, que utilizaria os mesmos métodos e os mesmos conceitos no domínio psicológico e no domínio fisiológico, é absolutamente da ordem do mito, mesmo que a unidade do corpo e da mente seja da ordem da realidade” (Foucault, 1954/2008, p. 16).

Segundo Foucault, é preciso que o campo da patologia psíquica se liberte dos “postulados de uma metapatologia” (1954/2008, p. 20), uma vez que pretender abordá-la através do mesmo sistema de conceitos usado na patologia orgânica é elidir as suas particularidades. Trata-se de um impasse epistemológico, uma vez que os sistemas de conhecimentos que fundamentam o campo da patologia somática não se transpõem facilmente para o campo das psicopatologias, a menos que, necessariamente, se façam ajustes consideráveis, ao preço, muitas vezes, de fragilizar todo o sistema. Não é à toa que os paradigmas, os conceitos e as ferramentas usadas para as investigações no domínio fisiológico parecem, com frequência, vacilar quando se tenta aplicá-los, à risca, no campo psicológico.

É importante destacar que Foucault não parece propor, aqui, um dualismo entre corpo e mente. O que ele parece ressaltar é que as doenças que afligem o psiquismo e as que afligem o corpo precisam ser *abordadas* de maneiras distintas, não por se originarem necessariamente de “essências” diferentes, mas porque o processo pelo qual um fenômeno vem a ser caracterizado como patológico sofre diferentes influências em cada campo.

Vimos, anteriormente, como a doença não é um fato natural, e sim uma atribuição de sentido baseada em postulados sobre o que constitui saúde e doença; sobre o que é normal e o que é patológico. Isso porque “a doença tem sua realidade e seu valor de doença apenas no seio de uma cultura que a reconhece como tal” (Foucault, 1954/2008, p. 73). É evidente que, no campo fisiológico, existem fenômenos desviantes em relação à norma, mas esses não são necessariamente considerados patológicos. Safatle (2011) aborda esse ponto de uma maneira interessante, ao ressaltar que o desvio de uma norma pode, por exemplo, tornar-se um caminho para a invenção de uma nova forma de vida.

Similarmente, Foucault (1954/2008) resalta que a loucura não é um fato natural médico e que o lugar do louco é um lugar construído histórica e socialmente, tendo recebido conotações distintas em diferentes momentos da história ocidental. Isso não significa que a loucura não exista, evidentemente, mas que o louco pode perfeitamente ser reconhecido, como tal, em uma cultura sem que, necessariamente, se atribua à loucura o estatuto de uma patologia.

O lugar da loucura e o problema do diagnóstico psicopatológico

Aquilo que uma cultura exclui ou escanteia diz algo sobre ela. A esse respeito, Foucault observa que a cultura “se exprime, positivamente, nos fenômenos que rejeita. Mesmo silenciada e excluída, a loucura tem valor de linguagem e seus conteúdos ganham sentido, a partir daquilo que a denuncia e rejeita como loucura” (1954/2008, p. 93).

No mundo ocidental, a experiência da loucura é uma experiência polimorfa, que passa por transmutações de acordo com mudanças culturais e históricas. Isso significa que, embora a loucura sempre tenha existido, o lugar dado a ela na cultura

é resultado de uma construção social. Segundo o autor, no século XV, embora a Europa já visse o surgimento das primeiras instituições destinadas aos loucos, nessa época, a loucura era predominantemente vivida “em estado livre; circula, faz parte da decoração e da linguagem comuns, é para cada qual uma experiência cotidiana que se procura mais exaltar do que dominar” (Foucault, 1954/2008, p. 80).

Em meados do século XVII, ocorre uma mudança no lugar ocupado pela loucura, que passa a tornar-se lugar de exclusão. Criam-se, na Europa, as grandes casas de internamento, destinadas a receber não apenas os loucos, mas também “todos aqueles que, relativamente à ordem da razão, da moral e da sociedade, apresentam sinais de desregramento” (Foucault, 1954/2008, p. 80). Aqui, segundo o autor, não é posta em causa a relação da loucura com a doença, propriamente, e sim a relação do excluído com a sociedade e da sociedade consigo mesma. É apenas no final do século XVIII, que o internamento ganha uma “nova significação, tornando-se uma medida de caráter médico”, fruto da intersecção entre o humanismo e “uma ciência finalmente positiva” (Foucault, 1954/2008, p. 84).

Os imperativos do discurso vigente determinam os lugares de exclusão. Quem são os excluídos? A resposta a essa pergunta dirá muito sobre uma sociedade. Em uma sociedade cada vez mais orientada pela lógica da produção e circulação de bens, por exemplo, aqueles que não conseguem integrar a cadeia produtiva tornam-se os excluídos. O imperativo de produtividade dá a direção para a criação de diagnósticos que buscam “tratar” os que não se incluem nessa lógica e reinseri-los na lógica do discurso vigente.

Com isso, podemos perguntar: quais fenômenos, na diversidade de manifestações e experiências humanas, são caracterizados como patologia ou transtorno? Um desvio de uma norma, como aponta Safatle (2011), pode ser apenas uma outra forma de existência. São as causas que distinguem aquilo que vem a ser chamado de patologia de, por exemplo, uma reação “normal” a um evento externo? É o tempo duração, a intensidade ou a atipicidade de um estado, qualquer que seja, que diferencia um processo patológico de um estado que cai dentro da gama da dita “normalidade”? São questões com as quais o campo da psicopatologia se confronta até hoje.

Questões sobre a psiquiatria moderna

Para contornar o debate sobre a etiologia das patologias psíquicas, estabeleceu-se que suas causas são, geralmente, multifatoriais (American Psychiatric Association, 1980). A psiquiatria, seguindo o DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Illness*), passa a ocupar-se menos das causas dos transtornos psíquicos e mais dos sintomas que os distinguem. Na introdução ao DSM-III, por exemplo, está colocado que o manual tem uma abordagem *descritiva* da patologia, uma vez que, em sua grande maioria, os transtornos não têm causas definidas para além de teorias, “nem sempre convincentes” (American Psychiatric Association, 1980, p. 7. Tradução nossa). A introdução segue:

para a maior parte dos transtornos do DSM-III, contudo, a etiologia é desconhecida. [...] A abordagem feita no DSM-III é a-teórica, em relação à etiologia ou ao processo patofisiológico, com exceção daqueles transtornos para os quais isso está bem estabelecido e, portanto, incluído na definição do transtorno (American Psychiatric Association, 1980, p. 7. Tradução nossa).

A abordagem “a-teórica” e expressamente descritiva dos transtornos parece sugerir uma espécie de retorno à botânica dos sintomas. Essa abordagem segue vigente nas edições posteriores do manual.

Os transtornos e as síndromes, caracterizados por “agrupamentos relativamente constantes de determinados sinais e sintomas” (Dalgarrondo, 2008, p. 26), passam a substituir a ideia de doença. O foco é no sintoma e o objetivo é a sua eliminação ou redução. Não é estritamente necessário abordar a causa do transtorno, a não ser para esta finalidade.

A psiquiatria precisa, contudo, supor que ainda exista, no corpo, um local sede da disfunção, mas a relação entre sede e disfunção não precisa ser diretamente observável. A hipótese de causa não é necessária para explicar a patologia em si e, sim, para explicar, retroativamente, por que uma terapêutica (por exemplo, um psicofármaco) funciona.

Quando o signo se torna a própria doença, por exemplo, nas síndromes psiquiátricas, corre-se o risco de elidir o caráter enigmático do sintoma. De certa maneira, apaga-se a possibilidade de o sintoma ter um “ponto cego” e suscitar questões que tocam à maneira como aquele que sofre está no mundo e nas relações.

Quer dizer, o diagnóstico prevalece sobre o sintoma, seus sentidos e seus desdobramentos. Se o diagnóstico é a verdade do sintoma, interrogar o que o sintoma quer dizer, de onde ele vem e para onde leva o sujeito nas composições da vida passa a ser secundário, se não irrelevante.

A dificuldade de se delimitar e definir o que configura, ou não, o adoecimento psíquico é uma questão que perpassa o campo da psiquiatria desde a sua concepção. Ainda que relatos de loucura existam desde a antiguidade, no pensamento ocidental, a loucura só entra no campo da medicina, como um distúrbio de caráter “mental”, a partir de meados do século XVIII (Gupta, 2014). A psiquiatria, integrando uma das vertentes da medicina, toma emprestado o seu viés teórico acerca da organização do mundo, cujas coisas são entendidas como tendo uma essência material, ou seja, compostas por elementos físicos, regidos pelas leis naturais. Nessa perspectiva, o ser humano, fazendo parte do mundo, também é um ser inteiramente físico (Gupta, 2014). No escopo do debate filosófico acerca do que é a mente, a psiquiatria tende a situar-se do lado do fisicalismo, uma vez que, sendo um ramo da ciência médica, é sobre isso que ela pode atuar.

Como vimos, as classificações das doenças, sejam elas psíquicas ou não, não são classes naturais, no sentido de que não existem como fatos da natureza. Tais classificações são uma construção humana. Contudo, na medicina, as patologias tendem a ter causas identificáveis, ou, ao menos, apresentam sinais identificáveis no corpo físico ou em exames laboratoriais, por exemplo. Na psiquiatria, essas alterações fisiológicas, ao menos por enquanto, não são identificáveis para a maior parte dos transtornos classificados (Gupta, 2014). O que se tem são manifestações, em geral comportamentais, às quais é atribuído o estatuto de “sinal” ou sintoma de um transtorno.

No DSM-5, por exemplo, o transtorno mental é definido como:

[...] uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo, que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos, que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes (American Psychiatric Association, 2014, p. 20).

Dessa definição, podemos extrair que o sintoma, ou signo, do transtorno – o comportamento, a perturbação cognitiva ou emocional, por exemplo – *é o próprio transtorno*. Essa parece ser uma diferença significativa em relação a outros ramos da medicina. No caso de uma infecção bacteriana, por exemplo, não dizemos que o sintoma (febre, dor) é a doença. Não bastaria, nesse caso, tratar o sintoma para eliminar a doença, seria preciso abordar a sua causa. Mas como abordar a causa de um transtorno psíquico, quando essa causa não está clara; quando, em geral, a causa carece de um consenso, ao menos pelos meios mediante os quais o consenso habitualmente é atingido na medicina? Esse impasse parece situar a psiquiatria um pouco à parte, em relação aos demais campos da medicina. Não diríamos que a torna inferior e sim que a *diferencia*. Esta diferença pode, inclusive, ser uma potência da psiquiatria, desde que não seja escanteada.

Com isso, surge a pergunta, já lançada por Foucault (1954): faz sentido usar a mesma abordagem epistemológica da medicina, como campo amplo, para abordar o campo específico das psicopatologias?

A transposição do modelo da Medicina Baseada em Evidências para psiquiatria

Essa pergunta nos leva a uma discussão, bastante atual, sobre alguns dos impasses da Medicina Baseada em Evidências, quando aplicada ao campo da psiquiatria. Aqui, precisaremos primeiro situar, em linhas gerais, o que é a Medicina Baseada em Evidências. Embora a literatura sobre esse conceito seja vasta, com livros inteiros dedicados à sua definição e seus métodos, para os nossos propósitos, limitamo-nos a apontar seu escopo, de maneira resumida. O termo Medicina Baseada em Evidências é cunhado, em 1990, por Gordon Guyatt e introduzido, como conceito, na literatura médica, em 1992, em um artigo da *Journal of the American Medical Association*, como “o uso consciente, explícito e judicioso das melhores evidências atuais na tomada de decisões sobre o cuidado de pacientes individuais” (Evidence-Based Medicine Working Group, 1992, *apud*. Gupta, 2014. Tradução nossa). A psiquiatra e pesquisadora, Mona Gupta, no livro *Is Evidence-*

Based Psychiatry Ethical? (A Psiquiatria Baseada em Evidências é Ética?) (2014), resume os preceitos da Medicina Baseada em Evidências (MBE) da seguinte maneira:

A MBE é um conceito complexo, que propõe diversas coisas ao mesmo tempo. Primeiramente, ela promove um método específico para formular o que considera serem os tipos mais importantes de questões clínicas que surgem no cuidado ao paciente [...]. Uma vez formuladas as questões, a MBE sugere recursos que fazem referência aos tipos de pesquisas que podem respondê-las. Em segundo lugar, a MBE fornece critérios pelos quais julgar a capacidade dos estudos de fornecer respostas verdadeiras a essas questões (um processo chamado avaliação crítica). A hierarquia de evidências classifica os métodos de pesquisa dos mais válidos aos menos válidos, de acordo com a sua definição do que conta como validade na pesquisa clínica. Finalmente, a MBE também sugere um método de tomada de decisões clínicas, particularmente aquelas relacionadas à utilização de testes diagnósticos específicos e prescrição de tratamentos específicos (um processo chamado análise de decisão) (Gupta, 2014, p. 22. Tradução nossa).

No livro, Gupta explora algumas das dificuldades que podem surgir, ao importar os métodos da MBE, tal como utilizados nos demais campos da medicina, para o campo da psiquiatria. Segundo a autora, não há uma definição, nem uma conceituação da MBE que seja específica à psiquiatria. A psiquiatria tem, contudo, as suas particularidades, provenientes do seu próprio objeto de estudo e intervenção. Isso apresenta algumas dificuldades, quando se busca importar, para esse campo, os mesmos métodos adotados pela medicina em geral, no estabelecimento de critérios de diagnóstico e tratamento.

De acordo com Gupta (2014), a psiquiatria está às voltas com duas dificuldades perenes: a primeira é relativa ao diagnóstico e a segunda, ao tratamento. As diversas reedições do DSM atestam a dificuldade de se estabelecer um consenso sobre os diagnósticos psicopatológicos: quais fenômenos e comportamentos são classificados como patologia e em quais condições? Quais critérios regem essa decisão? Ela é científica ou normativa? Uma dificuldade é o fato de o diagnóstico depender, em maior parte, do relato do paciente sobre a sua experiência subjetiva e da interpretação desse relato por parte do médico, para entender se aquele paciente se enquadra, ou não, nos critérios que configuram tal ou qual diagnóstico.

Além disso, o diagnóstico, segundo o DSM, depende de que o quadro clínico apresentado cumpra um certo número de critérios citados na descrição de um dado transtorno. Dois pacientes com o mesmo diagnóstico, por exemplo, podem enquadrar-se em critérios distintos, o que faz com que as apresentações clínicas, dentro do mesmo diagnóstico, sejam as mais diversas. A heterogeneidade das apresentações clínicas pode conferir a um diagnóstico, pensado para contemplar todo um grupo, o caráter de um ‘forçamento conceitual’.

Outra questão a ser contemplada sobre o diagnóstico é o aspecto possivelmente normativo daquilo que é considerado, ou não, um transtorno, em dado momento. Como a própria definição do DSM-5 indica, aquilo que é definido como transtorno é o que afeta, de maneira persistente, atividades importantes do sujeito, tais como as profissionais e sociais. Quem dirá o que é uma atividade importante e de que modo ela precisa ser afetada, para que se torne um transtorno? Quais os critérios e ferramentas para determinar isso? Em relação a essa questão, Teixeira aponta que essa versão do DSM-5 parece ocultar, sem muito êxito, o caráter “de uma classificação normativa fundamentada sobre um movimento vertiginoso de patologização dos nossos estados subjetivos” (2021, p. 92. Tradução nossa).

Em relação ao tratamento, Gupta aponta que o fato de não haver um consenso sobre as causas determinantes de grande parte dos transtornos também faz com que não saibamos, exatamente, por quais vias um tratamento (por exemplo, um psicofármaco) funciona. Como tratar algo, quando não sabemos exatamente como aquele transtorno se produz? Isso não significa que os tratamentos não funcionem, evidentemente. Há dados, por exemplo, sobre a eficácia de antidepressivos no tratamento dos sintomas da depressão. O que estamos apontando é que, aqui, as evidências de eficácia não se dão exatamente sobre as mesmas bases das evidências de outras áreas da medicina. A começar porque a determinação da eficácia depende de que saibamos sobre o que aquele tratamento está agindo. Mesmo que digamos que não nos importam as causas e que o importante é sabermos que dado tratamento age na redução dos sintomas, ainda assim surge outro impasse: a determinação da eficácia de tratamentos psiquiátricos depende, muitas vezes, do relato do paciente sobre como ele está se sentindo. Ele está se sentindo melhor do

sintoma, por exemplo, de apatia? Quanto melhor, em uma escala de 0 a 10? O 10 da escala de um sujeito corresponde ao 10 da escala de outro? Como avaliar “objetivamente” a eficácia de tal ou qual tratamento, quando essa avaliação se baseia em critérios subjetivos?

Em geral, para determinar a eficácia de um tratamento, são realizados ensaios clínicos randomizados. Nesses estudos, busca-se isolar o princípio responsável pelos efeitos de determinado tratamento das demais variáveis, que poderiam influenciar os resultados. Como fazer isso com pacientes que, dentro de um mesmo diagnóstico podem apresentar quadros clínicos amplamente variados, e que têm histórias e contextos distintos – fatores esses que podem afetar o desfecho do tratamento? Esse é mais um desafio com o qual o campo da psiquiatria se defronta. Além disso, é possível supor que, em um universo limitado de sujeitos de um, ou mesmo de alguns ensaios clínicos, os efeitos terapêuticos observados possam ser extrapolados para uma população mais ampla, com características possivelmente muito distintas daquelas controladas no ensaio?

Essas indagações nos parecem pertinentes. Diante de um modelo de psiquiatria baseado em uma orientação metodológica da medicina em geral, elas questionam a validade de se transpor o modelo da Medicina Baseada em Evidências para os campos da psiquiatria e da psicopatologia. Tais indagações podem ser resumidas da seguinte maneira:

1. como avaliar a eficácia de um tratamento, quando há falta de consenso sobre o que caracteriza o transtorno que essa terapêutica visa a tratar?
2. o que constitui “evidência de eficácia” de um tratamento para um dado transtorno psíquico?
3. se não se estabelecem, claramente, os fatores causadores de um transtorno, como saber se a resposta do paciente é efeito do tratamento investigado, ou de outras variáveis?

Para seguir com os protocolos de tratamento, não é preciso saber por que uma terapêutica funciona, é preciso apenas que se tenha um consenso estatístico de que ela funciona. O problema é que não fica claro, em muitos casos, o que significa um tratamento “funcionar”.

Ao investigar a ética da Medicina Baseada em Evidências aplicada à psiquiatria, Gupta (2014) aponta que os critérios usados na determinação das melhores práticas na medicina, as práticas baseadas em evidências, talvez não sejam diretamente aplicáveis ao campo da psiquiatria, ao menos não sem transformações e adequações consideráveis, que levem em consideração as particularidades do objeto de estudo e intervenção da psiquiatria.

É importante ressaltar que as considerações de Gupta configuram uma análise crítica da Medicina Baseada em Evidências, feita de *dentro* do próprio paradigma de cientificidade que ela busca interrogar. Isso é interessante, por tratar-se de uma crítica situada no limite do próprio paradigma e feita a partir das coordenadas, lastros e valores vigentes nesse mesmo sistema de pensamento.

É possível, contudo, tomarmos um viés diferente para essas considerações; um que não venha de dentro desse sistema de pensamento, mas que o confronte com um outro discurso, o da psicanálise. Isso nos possibilita, a partir de fora do paradigma em questão, colocar ainda outras discussões. Discussões que não pretendemos esgotar aqui, e dizem respeito aos pontos nos quais a psicanálise, como campo distinto daquele da Medicina Baseada em Evidências, se distancia dos preceitos desse paradigma e o confronta com algumas diferenças na forma como o sofrimento psíquico e o sintoma podem ser abordados.

A distinção entre a ciência médica e psicanálise na abordagem do sintoma

O caminho percorrido até aqui fornece uma base para, agora, entendermos alguns aspectos nos quais o discurso médico e o discurso psicanalítico se afastam na sua abordagem do sintoma.

Primeiramente, podemos dizer que a ciência baseada em evidências não parece tratar os limites e as lacunas de seu corpo de saber como “furo” no saber e, sim, como o “ainda não sabido”. Ela coloca, portanto, o saber concretamente no horizonte: o “ainda não sabido” não é furo, mas sempre um lugar “em vacância”, à espera de algo que venha preenchê-lo, através dos avanços da ciência. Nessa perspectiva, o que não se sabe não é falha estrutural – ou ponto impossível de se

representar, presente na própria trama do discurso –, mas atestado adiantado da potência do saber científico em, futuramente, vir a preencher a lacuna do saber. Os pontos cegos são, assim, abordados como terreno “em vacância”, onde se coloca a promessa de uma descoberta *em potencial*. Ou seja, no discurso médico, não parece haver espaço para que o não-sabido se instale e permaneça no horizonte, como ponto cego. Enquanto a medicina científica trata o ponto cego como algo ainda a ser elucidado ou descoberto, a psicanálise o trata como furo na própria estrutura do saber.

Podemos dizer que a psicanálise, desde a descoberta freudiana, busca devolver ao sintoma aquilo que, nele, aponta para o sujeito. O que significa isso? Significa, sobretudo, que a psicanálise trabalha com a ideia de que o sujeito está incluído no sintoma psicanalítico. Se o sintoma é tomado como fenômeno que inclui o sujeito, é porque entende-se que ele pode dar lugar ao surgimento do sujeito do inconsciente. Na fala da pessoa que se endereça a uma análise, em geral impulsionada por um ponto que podemos chamar de “sintomático”, algo se dá como uma abertura. Podemos situar, nesse espaço, o sujeito do inconsciente. Quando falamos de sujeito do inconsciente, não nos referimos a algo estático ou cristalizado, mas a um sujeito que está sempre em deslocamento na cadeia significante, da qual é efeito.

O sujeito do inconsciente é distinto do indivíduo ou do Eu, porque não tem nenhuma consistência. Ele é *furo* na rede de significantes que o representam. Dito de outro modo, o sujeito é aquilo que surge no espaço vazio da trama costurada pela rede de significantes. Ele não se fixa e só pode ser encontrado como lacuna, intervalo ou espaço vazio.

O sintoma, assim como o sujeito, revela um ponto cego, um ponto enigmático, na estrutura do saber. Esse ponto cego, justamente por não se deixar obturar pelo saber, pode mostrar-se bastante fecundo, impulsionando o movimento do sujeito na trama significante. O sintoma funciona como uma espécie de localizador desse ponto cego, ou furo, na trama.

Diferentemente do sintoma no discurso médico, o sintoma psicanalítico é um sintoma onde há lugar para o *furo*, entendido como *ponto cego*. No discurso

psicanalítico, é no lugar do ponto cego que está a verdade. Isso não significa que a verdade seja uma construção de saber que venha elucidar e obturar esse ponto; *a verdade diz respeito ao próprio ponto cego*. Enquanto, na medicina, aquilo que está fora de cena é a verdade da doença (a ser descoberta), na psicanálise, o que está fora de cena no sintoma é signo do sujeito (furo).

Há, ainda, uma diferença epistemológica a ser ressaltada entre o discurso médico e o discurso psicanalítico. A medicina vai sempre trabalhar com a particularidade de uma lei universal. Já a psicanálise trabalha com o singular, sem se ocupar em criar leis universais. Isso se explica pela singularidade do objeto em questão na psicanálise, o inconsciente.

Para o psicanalista francês Jacques Lacan, o inconsciente poderia ser situado, entre “*hiância*” (1964/2008, p. 30) e texto, como algo que claudica. Lacan define o inconsciente como fenda, ou descontinuidade, e suas manifestações como espécies de tropeços. Podemos dizer que o tropeço (tal é o caráter dos atos falhos e lapsos, por exemplo, quando algo no texto escrito ou falado se estatela), traz, em sua esteira, a fenda. O que interessou a Freud, em seus estudos sobre os fenômenos do inconsciente foi que, no lugar dessa fenda, parecia revelar-se algo como um “achado”, sempre prestes a escapar novamente (Lacan, 1964/2008 p. 32). Podemos relacionar esse “achado”, que escapa a cada esquina, ao sujeito do inconsciente como aquilo que está sempre à espera, mas nunca muito bem localizável. Ocorre que o achado, efêmero e fugaz, serve apenas para um. Ele não é universalizável.

A ideia do tropeço é interessante por indicar que as formações do inconsciente tendem a se manifestar como fenômenos desencaixados, deslocados na vida da pessoa, que não se reconhece muito bem ali. Ao mesmo tempo em que preservam a dimensão de “desencaixe”, também apontam para algo que é muito íntimo e singular, e que se produz, a cada vez, de maneira heterogênea.

Com isso, podemos dizer que, diferentemente da perspectiva das ciências médicas, que visam a verter o sentido dos fenômenos do singular para o universal (uma vez que não existe ciência do particular), a psicanálise busca extrair, da história particular, os elementos que ficam desencaixados— que tendem a “desarrumar” a vida do falante.

A psicanálise⁶ trabalha, então, com o que fica sem lugar na vida e no discurso de cada um. É a partir desses elementos desencaixados que a história do psicanalisante se reconstrói e se reorganiza. Essa reorganização tem efeitos para o sintoma, visto que o sintoma, para a psicanálise, é um nó composto por esses elementos que, quando pinçados do discurso, tendem a produzir rearranjos nas relações que o falante trava com o Outro e com os objetos privilegiados da sua história.

Desse modo, podemos dizer que o método psicanalítico é a reconstrução/reorganização da história a partir desses elementos soltos, o que pode gerar efeitos em relação à maneira como o falante está no mundo. O específico da psicanálise é sua maneira de construir a trama desses elementos, e tal construção só acontece a partir do furo localizado no nó desses pedaços desencaixados. Veremos, no próximo capítulo, como isso se desenvolve e quais as implicações dessa perspectiva para a abordagem do sintoma na clínica psicanalítica.

Esse rápido sobrevoo do lugar ocupado pelo sintoma na psicanálise tem como objetivo situar a sua distinção em relação à abordagem que, em geral, é adotada no discurso da medicina científica. Ele nos ajuda a abrir a nossa discussão para um campo distinto daquele ocupado pelo discurso vigente e a introduzir o debate sobre o estatuto do sintoma na psicanálise, bem como seus possíveis destinos em uma análise. Esses serão os grandes temas que buscaremos abordar ao longo dos próximos capítulos deste trabalho.

Tendo feito esse percurso preliminar, passaremos, no próximo capítulo, à investigação dos desdobramentos do conceito de sintoma, na obra de Sigmund Freud e no ensino do psiquiatra e psicanalista francês Jacques Lacan. Veremos, no segundo capítulo, que o sintoma freudiano, quando interpretado, tem um caráter de mensagem cifrada. Percorreremos, no ensino de Lacan, a concepção do sintoma como mensagem interpretável para, em seguida, apontarmos para o sintoma em sua vertente de repetição que, embora tenha uma face interpretável, também guarda, em seu núcleo, um ponto fora-de-sentido, que não pede interpretação— questão que será o eixo do nosso terceiro capítulo.

⁶ É evidente que a psicanálise não é um campo homogêneo, mas um campo composto por linhas diversas. Aqui, é importante delimitarmos que o nosso campo de referência é a psicanálise lacaniana.

3

O sintoma-mensagem: a parcela interpretável do sintoma

3.1

O sintoma como manifestação do inconsciente

Os sintomas histéricos se apresentam, à medicina vienense do final do século XIX, como um enigma, diante do qual Freud formula a sua hipótese do inconsciente. Tais sintomas, ao resistirem a enquadrar-se no saber médico consolidado, abrem o caminho para o advento da psicanálise. Freud, na época um jovem neurologista, postula a existência de processos psíquicos complexos, ainda desconhecidos, na formação desses fenômenos misteriosos. Junto a Joseph Breuer, o jovem médico empreende um estudo aprofundado sobre os fenômenos da histeria e entende que os sintomas apresentados por suas pacientes mantêm uma relação, ainda que distorcida, com poderosos complexos inconscientes. Estes pareciam impedidos de aceder à consciência por uma espécie de investimento contrário, que Freud chamaria “defesa”. Ao seguir os meandros dos sintomas e os caminhos tomados na sua formação, Freud compreende que eles se ligam, de alguma maneira, à história de suas pacientes – suas vivências sexuais infantis, seus traumas e desejos. É nesse sentido que é possível dizer que os sintomas ganham estatuto de “verdade”, uma vez que dizem algo sobre aquele que sofre.

Desde os *Estudos sobre a histeria* (1893-1895/2016) e os *Primeiros escritos psicanalíticos* (1893-1899/2023), vemos o sintoma histérico estreitamente associado às marcas deixadas pelas experiências anímicas do sujeito. Em um texto intitulado “A etiologia da histeria” (1896a/2023), Freud, aponta que os sintomas da histeria “são determinados por certas vivências do paciente que atuam de forma traumática, que são reproduzidas em sua vida psíquica como símbolos mnêmicos” (1896a/2023, p. 194). Sem adentrarmos os meandros do conceito de trauma em Freud, podemos ressaltar que, já nos *Estudos sobre a histeria* (1893-1895/2016), há um fator que aparece como determinante na experiência do trauma: o fator econômico, quantitativo. A experiência do trauma é sempre associada a um excesso de excitação, que o aparelho psíquico não consegue liquidar, segundo o princípio da constância. O sintoma carrega as marcas desse excesso.

A equação etiológica das neuroses

Nessas primeiras publicações psicanalíticas, percebemos o esforço de Freud para encontrar a origem das neuroses e de suas manifestações sintomáticas. De fato, muitos dos textos publicados nessa época abordam a questão e buscam situar a etiologia das neuroses. Ali, Freud dialoga com as teorias de seus contemporâneos, que enfatizavam o fator hereditário como principal elemento causador das psiconeuroses. Embora Freud admitisse a importância do fator da predisposição hereditária na etiologia das neuroses, ele não conferia à predisposição um papel determinante, como *causa específica* dessas afecções.

O que leva Freud a formular a hipótese de que existem outros fatores que se somam à predisposição, mas que são específicos à manifestação da neurose, é o fato de que pessoas da mesma família podem tolerar a mesma “carga” hereditária sem, necessariamente, desenvolverem a neurose. Além disso, a carga hereditária não explica a “escolha da neurose” (por exemplo, se a neurose que se manifestará será uma histeria ou uma neurose obsessiva): “não é a hereditariedade que governa a escolha da neuropatia que se desenvolverá no membro da família predisposta” (Freud, 1896b/2023 p. 143). Era cabível, portanto, presumir a existência de outro fator, ainda desconhecido, ao qual se pudesse atribuir o papel de fator específico na etiologia de determinada neurose.

O deslocamento da hereditariedade de um lugar central e determinante na causação das psiconeuroses tinha implicações clínicas, já anunciadas por Freud em 1895, no texto “A crítica à neurose de angústia”. Se não é possível mudar a disposição hereditária do paciente, o que seria possível fazer, no sentido terapêutico, se atribuíssemos à predisposição o papel central na causa das neuroses? Freud argumenta que, se é possível “curar” os sintomas neuróticos através do tratamento (tal como havia sido demonstrado nos *Estudos sobre a histeria*), então este não poderia ser o único fator causal.

Para resolver essa questão, Freud propõe, ainda em 1895, uma espécie de equação etiológica, na qual alguns elementos, com diferentes papéis, se somariam na causação das neuroses. Percebe-se que ele entende a neurose como sendo

multideterminada. Ou seja, a neurose seria produto da interação de diversos elementos.

Freud fala de um *limiar* que precisa ser alcançado para que a neurose se manifeste. Se a mistura de fatores etiológicos colocar “a pressão total sobre o sistema nervoso” (Freud, 1895/2023, p. 127) abaixo desse limiar, a doença não se manifestará. Inversamente, se a mistura resultar em uma pressão acima desse limite, a neurose tende a se manifestar. Com isso, Freud introduz uma dimensão *quantitativa* na causação das neuroses, que depende da pressão total exercida sobre o sistema nervoso, em decorrência da interação desses fatores etiológicos. Segundo Freud,

o fato de ocorrer ou não uma doença neurótica depende de um fator quantitativo, da carga total sobre o sistema nervoso em relação à sua capacidade de resistência. Tudo o que mantém esse fator sob determinado limiar, ou pode fazê-lo voltar a esse nível, tem eficácia terapêutica, pois deixa irrealizada a equação etiológica (1895/2023, p. 137).

No texto, Freud distingue quatro classes de causas, que compõem a equação etiológica das neuroses de angústia e as apresenta detalhadamente (1895/2023). As *precondições* são fatores determinantes, sem os quais a neurose não se desenvolveria, mas que são insuficientes para causar a neurose; as *causas concorrentes* são fatores que não precisam estar presentes, mas que contribuem, ao lado dos demais fatores, para a composição da equação etiológica; as *causas imediatas*, ou *precipitadoras*, são aquelas que antecedem diretamente o desenvolvimento da neurose, mas que, tampouco, são capazes de produzi-las sozinhas, ligando-se ao surgimento da neurose unicamente por esse aspecto temporal; e a *causa específica* mantém uma relação estreita com determinado efeito (aqui, o surgimento da neurose de angústia) e “é uma causa necessária, mas que se contrapõe necessariamente a outras causas pelo fato de não se achar em nenhuma outra fórmula etiológica” (Freud, 1895/2023, p. 135). Para Freud (1895/2023, p. 118), a causa específica da neurose estaria ligada ao nível de tensão sexual somática que atinge o psiquismo.

A título de exemplo, o autor estende essa equação a afecções somáticas, como a tuberculose. Nesse exemplo, o fator de precondição seria a disposição

hereditária pela constituição orgânica do paciente. A causa específica seria o bacilo de Koch e as causas acessórias (nas quais parecem se incluir as causas concorrentes e imediatas), seriam todos aqueles fatores que diminuem as forças do paciente, por exemplo, um resfriado ou a exaustão. No caso das neuroses de angústia, aplica-se mesma equação. Como vimos, Freud ainda assume a hereditariedade como condição da neurose, mas a causa específica passa a ser um fator *sexual*, “no sentido de um desvio de tensão sexual em relação à esfera psíquica” (Freud, 1895/2023, p. 135). Quanto às causas acessórias, ele as descreve como sendo fatores banais nocivos, como uma forte comoção ou a exaustão. Nessa equação, um fator pode substituir-se quantitativamente, ou somar-se a outro, na etiologia da neurose. O que parece determinante é o fator sexual e a quantidade total de pressão exercida sobre o sistema pela interação e somatória dos fatores na composição da equação.

Em “A hereditariedade e a etiologia das neuroses” (1986b/2023), Freud estende essa equação à etiologia de outras psiconeuroses e enfatiza novamente o papel dos distúrbios da vida sexual, como causa específica das neuroses. Freud sustenta que as grandes neuroses têm uma fonte em comum, localizável “na vida sexual do indivíduo, seja um distúrbio da vida sexual atual, ou eventos importantes da vida passada” (Freud, 1896b/2023, p. 148). Freud ressalta que essa não é, necessariamente, uma ideia nova entre os estudiosos da época e que outros já haviam constatado o papel da sexualidade, ou dos distúrbios da vida sexual, nas neuroses. Acontece que esse papel era entendido como sendo subordinado ao papel da hereditariedade. O pensamento freudiano se distingue por alçar as influências sexuais à categoria de *causa específica* das neuroses, reconhecendo o seu papel decisivo na sua etiologia. Além disso, Freud encontra uma ligação entre a natureza da influência sexual e o tipo de neurose que ela desencadeia.

No caso da histeria, por exemplo, Freud ressalta o papel fundamental de uma experiência sexual precoce, que tende a acontecer antes mesmo da maturidade sexual e permanece como traço psíquico inconsciente. Esse traço é despertado, posteriormente, por algum acontecimento ou pelo desenvolvimento dos órgãos sexuais na puberdade, que geram um reinvestimento dos traços recalçados. É interessante notar que os eventos posteriores à puberdade, aos quais o observador

desavisado poderia atribuir a origem dos sintomas na neurose histérica (no caso, simplesmente pela proximidade temporal à abertura do quadro patológico), tendem a ser apenas causas concorrentes ou precipitadoras— “*agents provocateurs*” da neurose, como diz Freud (1896b/2023, p. 156). Eles funcionam assim porque algo da situação imediatamente anterior à manifestação dos sintomas se liga aos traços inconscientes das vivências sexuais precoces, despertando esses traços psíquicos inconscientes, que atuam na origem da formação dos sintomas histéricos.

A neurose obsessiva, por sua vez, tem sua origem em uma causa específica, análoga à da histeria, mas com uma diferença significativa: enquanto, na histeria, o evento sexual precoce parece ser vivido com passividade, ou mesmo indiferença, na neurose obsessiva ele é vivido com prazer. Freud atribui a essa vivência de prazer precoce a significação íntima das ideias obsessivas que, reduzidas “à sua expressão mais simples, não são outra coisa senão recriminações que o indivíduo faz a si mesmo, por causa desse prazer sexual antecipado” (Freud, 1896b/2023, p. 157). Ocorre que essas recriminações são, nos sintomas da neurose obsessiva, transfigurados por um processo associado ao próprio funcionamento do inconsciente quando, devido ao papel da censura, essas ideias recalçadas são impedidas de acederem, de forma inalterada, à consciência. Freud aponta, então, que tais recriminações, comuns aos fenômenos da neurose obsessiva, são “desfiguradas por um trabalho psíquico inconsciente de transformação e substituição” (1896b/2023, p. 157).

Vemos que, nesse momento da teoria freudiana, tanto nos fenômenos da histeria quanto nos da neurose obsessiva, os sintomas estão associados a vivências e ideias cujos traços permanecem inconscientes. Os eventos e fatores que antecedem a formação dos sintomas podem se ligar a esses traços e, de certa maneira, reavivá-los com um retorno de carga libidinal que exerce uma pressão para que se manifestem, ainda que de forma desfigurada e distorcida, devido à ação da censura, que impede o surgimento do conteúdo recalçado no inconsciente. Os sintomas, por meio de sua formação, “aludem” a esses traços inconscientes e revelam o processo por meio do qual esse conteúdo é transformado. E é isso que permite que Freud acompanhe o caminho dos sintomas, para chegar a algum entendimento dos processos do inconsciente. Freud o formula de maneira clara

ainda nos primórdios do desenvolvimento do método psicanalítico (que, como sabemos, passará por algumas mudanças posteriormente). Segundo Freud, o método da psicanálise

[...] se mostrou fértil para iluminar as vias obscuras da ideação inconsciente. Por meio desse procedimento [...] perseguimos os sintomas histéricos até sua origem, que encontramos, todas as vezes, num evento da vida sexual da pessoa apropriado para produzir uma emoção penosa. Retrocedendo no passado do indivíduo doente, passo a passo e sempre guiado pelo encadeamento orgânico dos sintomas, das recordações e dos pensamentos despertados, cheguei enfim ao ponto de partida do processo patológico e fui obrigado a ver que, no fundo, havia a mesma coisa em todos os casos submetidos à análise (Freud, 1896b/2023, p. 151-152).

Não cabe, aqui, detalhar as reviravoltas da técnica, mas sim apontar que, desde o início das investigações freudianas, os sintomas evidenciam uma ligação com esse sistema, ou instância psíquica, que Freud nomeou “o Inconsciente”. Seguindo, retroativamente, o caminho do sintoma e perseguindo as associações que surgem dali o sintoma pode ser deslindado em várias séries associativas, que se entrecruzam em alguns pontos nodais.

A noção de inconsciente e suas leis de funcionamento

Ainda que os sintomas neuróticos possam apresentar-se de uma infinidade de maneiras distintas, eles parecem manter sempre a mesma estrutura. Nesse sentido, obedecem a processos específicos, análogos, inclusive, aos que regem a formação de outros fenômenos encontrados na vida cotidiana, como os sonhos, lapsos, e atos falhos. Dentre tais processos inconscientes, os principais são a condensação e o deslocamento, que Freud detalhará alguns anos mais tarde, na obra *A interpretação dos sonhos* (1900).

Nessa extensa investigação sobre os sonhos, Freud apresenta a condensação e o deslocamento como os mecanismos fundamentais, por meio dos quais se efetua o *trabalho do sonho*. Podemos entender o trabalho do sonho como o grupo de operações que transforma o material do sonho, como os restos diurnos e os

pensamentos latentes, em conteúdo manifesto (aquilo que pode ser relatado sobre o sonho).

Na obra de 1900, Freud repara que o conteúdo manifesto dos sonhos parece ser lacônico, em relação à riqueza dos pensamentos oníricos, indicando que, ali, houve um processo de condensação. Isso se torna aparente na análise dos elementos do sonho, por meio da qual Freud percebe que cada elemento manifesto se associa a uma pluralidade de pensamentos latentes. Inversamente, cada pensamento inconsciente pode se relacionar, também, a diversos elementos do sonho manifesto. Nas palavras de Freud,

não só os elementos de um sonho são repetidamente determinados pelos pensamentos do sonho, como também cada pensamento do sonho é representado neste último vários elementos. As vias associativas levam de um elemento do sonho para vários pensamentos do sonho; e de um pensamento do sonho para vários elementos do sonho (1900/2006, p. 310).

Esses elementos “sobredeterminados” (Freud 1900/2006, p. 310) parecem ser verdadeiros “pontos nodais” (Freud, 1900/2006, p. 309), para os quais convergem vários pensamentos do sonho e vários sentidos. Esses pensamentos e sentidos, mais do que revelados, são *construídos* no trabalho de interpretação, por meio das associações que surgiam a partir de cada elemento isolado do sonho. Veremos, na segunda seção deste capítulo, como esse ponto nodal pode ser aproximado do furo onde situaremos o sujeito.

Outra operação essencial do trabalho do sonho é o deslocamento, por meio da qual há uma transferência de intensidade psíquica de um elemento do sonho para outro elemento. Freud percebe que, através do deslocamento, a intensidade de determinada representação poderia destacar-se desta e deslizar para outras representações de menor intensidade e ligadas à primeira representação pela cadeia associativa. Opera-se, então, uma “transposição de valores psíquicos” entre representações da mesma série (Freud, 1901/2006, p. 674). Dessa forma, Freud entende que elementos aparentemente irrelevantes e pormenorizados do sonho manifesto poderiam representar os elementos mais importantes do conteúdo latente do sonho.

Para Freud, “o deslocamento e a condensação do sonho são dois mestres artesãos a cuja atividade podemos atribuir essencialmente a forma do sonho” (1900/2006, p. 333). Desses dois processos, resulta a distorção do conteúdo latente do sonho, permitindo que ele escape à censura e que o sonhador possa continuar dormindo.⁷

Foi por meio da investigação desses dois mecanismos, que Freud buscou elucidar as leis que regem o funcionamento do inconsciente. Ele chega a dizer que a interpretação dos sonhos é a “via régia para o conhecimento do inconsciente” (Freud, 1910a/2013, p. 254). Depois de *A interpretação dos sonhos*, o autor sustentará que os mesmos processos de deslocamento e condensação entram em jogo nas demais formações do inconsciente, tais como os sintomas, atos falhos, chistes etc. Segundo Freud, o trabalho do sonho “parece idêntico, no essencial, ao trabalho de deformação que transforma os complexos [recaçados] em sintomas” (1910a/2012, p. 258). Se o trabalho dos sonhos e os mecanismos de formação dos sintomas neuróticos parecem idênticos, em sua estrutura essencial, é porque, na origem de ambos, encontramos as mesmas leis que regem a atividade do inconsciente. A compreensão dessas leis permite elucidar os caminhos tomados pelas formações do inconsciente e, grosso modo, o seu sentido. Sem entrarmos nos pormenores da questão, antecipamos que esses sentidos jamais se esgotam. Isso quer dizer que não chegamos a uma significação última e verdadeira dos sintomas, sonhos etc. Detalharemos esse ponto mais a diante, mas, por ora, é importante voltarmos ao conceito do inconsciente.

O inconsciente é um conceito fundamental para entrarmos na abordagem freudiana do sintoma psicanalítico. Para Freud, só é possível entender os mecanismos dos sintomas neuróticos se levarmos em conta a sua relação com o inconsciente.

A primeira coisa que podemos dizer sobre o inconsciente, é que ele só dá notícias através de suas manifestações. Não podemos abrir o inconsciente, localizá-lo ou dissecá-lo – ele é menos “coisa” do que *efeito*. O inconsciente só existe

⁷ É nesse sentido que Freud afirma que o sonho é protetor do sono, uma vez que, ao impedir que os conteúdos latentes emergam tal como são na consciência, o trabalho do sonho evita que tais representações, altamente investidas, perturbem o sono do sonhador.

porque é interpretado, e sempre retroativamente. Isso significa que o inconsciente depende, de certa forma, da existência da transferência; da suposição de que aquele sonho, sintoma, ato falho etc., significa alguma coisa – de que *algo age em mim* a despeito de mim e que aquela manifestação, no momento de sua ocorrência, diz mais do que eu sei, ou posso dizer. Quando dizemos que a existência do inconsciente depende da transferência é porque depende de uma suposição de saber (não necessariamente a alguém, mas a algo). É preciso que se suponha que há um “espaço” onde os sentidos daquela manifestação se conservam, ainda que de maneira inconsistente e incompleta.

Ao falar do conceito do inconsciente para a psicanálise, Freud (1912/2010) aponta para o fato de que a “consciência” e o “psiquismo” não são termos equivalentes, o que significa, evidentemente, que o psiquismo não se resume à consciência. Tampouco o conceito de inconsciente se reduz ao atributo de um pensamento ou percepção que não notamos. Para Freud, o conceito de inconsciente assume um estatuto específico e diferente daquele que a palavra inconsciente carregava antes do advento da psicanálise, a começar pelo fato de que Freud o introduz como substantivo: “o Inconsciente” (Freud 1912/2010, p. 267) e, para evitar qualquer ambiguidade que o termo pudesse causar, o designa pelas letras *ics*. Com essas letras, Freud institui uma categoria psíquica, ou melhor, “um sistema de atividade psíquica” (1912/2010, p. 267), que possui caráter específico em termos dinâmicos, econômicos e topológicos. As representações inconscientes, segundo Freud, produzem “efeitos” e têm intensidade, mas, diferentemente das ideias pré-conscientes, são mantidos fora da consciência por “forças vivas, que se opõem à sua acolhida, enquanto nada obstam a outros pensamentos, pré-conscientes” (1912/2010, p. 264). É pela ação do recalque que tais representações se mantêm inconscientes.

Para Freud, existem forças conflitantes que atuam no psiquismo. De um lado, o material inconsciente, que insiste em se fazer presente no consciente e, de outro, a força da resistência, que se opõe a que o material recalcado se torne consciente. É a partir desse conflito, postulado por Freud (1910a/2013), que surgem as formações do inconsciente. O parentesco, já ressaltado, entre os sintomas, os sonhos e as demais formações do inconsciente deriva justamente desse ponto, uma

vez que parecem ser caminhos pelos quais o recalcado encontra uma expressão, ainda que de maneira transfigurada. Se esses fenômenos podem ser interpretados, é porque algo neles alude ao elemento recalcado – ou, segundo Freud, “representa” o elemento recalcado em uma espécie de “discurso indireto” (1910a/2013, p. 250).

Essa ideia fica clara, por exemplo, na 17^a conferência das *Conferências introdutórias à psicanálise* (1916-1917/2014), intitulada “O sentido dos sintomas”. Nessa conferência, Freud volta a situar o sintoma ao lado dos sonhos e dos atos falhos. Os sintomas “têm seu sentido, tal como os atos falhos e os sonhos, e, como estes, guardam também relação com a vida das pessoas que os exibem” (Freud, 1916-1917/2014, p. 344).

Para ilustrar essa ideia, Freud explora dois fragmentos de casos clínicos. Tomemos, como exemplo, o primeiro caso, no qual uma senhora de quase 30 anos apresenta um ato sintomático, aparentemente sem sentido, que se repete diversas vezes por dia. O ato sintomático consiste em chamar uma empregada para os seus aposentos e, logo em seguida, dispensá-la. Ao investigar o sentido desse sintoma, Freud aponta para uma cena ocorrida na noite de núpcias. Essa senhora havia se casado com um homem mais velho e, na noite em questão, seu marido não conseguira consumir o matrimônio. Temeroso da vergonha que sentiria da camareira na manhã seguinte, o marido derrama um frasco de tinta vermelha sobre os lençóis, mas a tinta cai no lugar errado (lugar que, ao invés de encobrir a tentativa frustrada de consumir a relação, a denuncia). A partir desta cena, Freud pode apontar a intenção por detrás do ato obsessivo da mulher. Quando ela chama a empregada para o seu quarto, posiciona-se de tal maneira que a empregada não possa deixar de ver uma mancha sobre a toalha de mesa. Através do ato, a mulher exhibe a mancha, repetindo e corrigindo a cena da noite de núpcias: a mancha, agora, está no lugar correto. Com isso, diz Freud, a senhora “corrige também aquilo que, na noite de núpcias, lhe foi tão penoso, tornando necessário o recurso ao frasco de tinta: a impotência” (Freud, 1916-1917/2014, p. 351), e protege o marido da maledicência. Freud dirá, mais adiante no texto, que o sintoma dessa senhora também permite que ela possa morar separada do marido, apontando uma espécie de ganho secundário do sintoma.

Mais do que a atribuição de uma intenção ou sentido por detrás da ação obsessiva, importa para nós aquilo o que o sintoma realiza, ou satisfaz, e os meios pelos quais ele atinge essa forma substitutiva de satisfação. Nesse caso, segundo Freud, trata-se da realização de um desejo, tal como ocorre nos sonhos: “à maneira de um sonho, a ação obsessiva apresenta, em uma ação presente, esse desejo como realizado” (Freud, 1916-1917/2014, p. 351). Ele ressalta que a ação da senhora é uma representação da cena significativa da noite de núpcias. No ato sintomático, assim como nos sonhos, haveria um trabalho de deslocamento: substitui-se a cama pela mesa e o lençol pela toalha.

Esse caso exemplifica, de maneira quase caricata, a relação íntima que Freud estabelece entre os sintomas e as vivências de seus pacientes. Em uma passagem do texto, ele aponta que, embora os sintomas possam apresentar algo de típico (por exemplo, os rituais, no caso das neuroses obsessivas, e o característico salto do psíquico ao físico, no caso das histerias clássicas), eles também apresentam traços singulares, que possibilitam uma “interpretação histórica” (Freud, 1916-1917/2014, p. 361). Podemos dizer que os sintomas neuróticos, no sentido geral, possuem uma estrutura comum, na medida em que os caminhos tomados na sua formação são determinados sempre pelos mesmos mecanismos. Já os elementos que dão a forma, ou o “invólucro”⁸, aos sintomas individuais são sempre extraídos da história singular do sujeito. É da história particular que surgem os pontos privilegiados de fixação de libido que os sintomas evidenciam. É possível dizer, portanto, que é no cruzamento entre as estruturas comuns de sua formação e os traços singulares de historicidade que os sintomas ganham um sentido e se dão à interpretação.

A 17ª conferência, sobre “O sentido dos sintomas” (1917), integra o segundo ciclo de *Conferências Introdutórias à Psicanálise*, iniciadas em 1916, e proferidas por Freud a um público leigo. No primeiro ano dessas conferências, Freud já havia abordado os atos falhos e os sonhos enquanto formações do inconsciente, que estão sujeitas à interpretação. É, portanto, na esteira dessas considerações que o autor apresenta o sentido dos sintomas, em continuidade com o que havia sido trabalhado acerca dos sonhos e dos atos falhos.

⁸ Cf. “Invólucro formal do sintoma” (Lacan, 1966/1998, p. 70).

O sintoma como formação de compromisso

Há uma conferência, intitulada “Os caminhos de formação do sintoma” (1917), a 23ª das 28 *Conferências*, na qual Freud parece privilegiar outro aspecto dos sintomas. Enquanto a 17ª Conferência aborda os sintomas neuróticos pela sua vertente de sentido decifrável ou interpretável, a 23ª Conferência aborda, mais especificamente, o papel da libido na formação dos sintomas. Nesse texto, o autor ressalta o caráter de fixidez da libido. Ele diz, inclusive, que é isso que resta na neurose, mesmo após serem eliminados os sintomas: “eliminados os sintomas, porém, o que resta de palpável na doença é apenas a capacidade de formar novos sintomas” (Freud, 1916-1917/2014, p. 475).

Analisaremos a 23ª Conferência de forma mais detalhada no terceiro capítulo, quando abordaremos o sintoma em sua vertente de gozo. Nesse momento, porém, nos restringiremos a extrair, desse rico texto sobre o sintoma, algumas passagens pontuais. A começar, Freud oferece ao leitor uma definição precisa do sintoma psíquico como sendo:

[...] atos prejudiciais à vida como um todo, ou pelo menos inúteis, dos quais frequentemente a pessoa se queixa como algo indesejado e que traz sofrimento ou desprazer. O principal dano que causam é o custo psíquico que envolvem, além daquele necessário para combatê-lo. Havendo pródiga formação dos sintomas, esses dois custos podem resultar num extraordinário empobrecimento da energia psíquica disponível e, assim, numa paralisação do enfermo, no tocante às tarefas importantes da sua vida” (Freud, 1916-1917/2014, p. 475-476).

Freud aponta, aqui, para os custos do sintoma em termos econômicos, de dispêndio de energia, indicando que o sintoma envolve um investimento da libido. Ele indica também que há um sofrimento no sintoma; uma queixa em relação ao sintoma, por parte daquele que sofre, e que o sintoma se apresenta como um entrave às coisas da vida. Mas, logo em seguida, Freud apresenta o sintoma como uma forma de satisfação. Desprazer e satisfação coexistem, portanto, no sintoma.

O sintoma aparece como uma “nova maneira de satisfação da libido” (Freud, 1916-1917/2014, p. 476), por meio da qual duas forças, que fazem

exigências opostas ao psiquismo, podem encontrar-se e, de certa maneira, reconciliar-se mediante uma *formação de compromisso*. É importante ressaltar que a ideia do sintoma como uma formação de compromisso aparece desde cedo na obra freudiana. Já nos Primeiros escritos psicanalíticos (1893-1899/2023), no texto intitulado “Novas observações sobre as neuropsicoses de defesa” (1896c/2023), o sintoma é apresentado como uma espécie de produto híbrido e transfigurado de um conflito entre diferentes exigências feitas ao psiquismo. O sintoma carrega, portanto, os traços dos conflitos psíquicos que estão em sua origem.

Na 23^a das *Conferências introdutórias à psicanálise*, quando Freud retrança o caminho pelo qual a libido busca uma forma de satisfação substitutiva, ele define o sintoma como um “derivado bastante desfigurado da realização de desejo inconsciente, uma ambiguidade engenhosamente escolhida com dois significados mutuamente contraditórios” (1916-1917/2014, p. 478). Seguiremos os passos delineados por Freud nessa conferência, com o objetivo de elucidar a maneira pela qual o sintoma realiza uma nova forma da satisfação da libido.

A libido é uma energia psíquica que busca satisfazer-se por meio do investimento em representações e objetos (tanto internos quanto externos). A força motriz dessa busca é a pulsão – definida como uma pressão constante, oriunda do próprio corpo, cuja única meta é a satisfação. O objeto da pulsão, como diz Freud (1905/2016, 1915/2010), não é pré-fixado; ele é, ao contrário, o que há de mais variável. Isso não quer dizer que um objeto não tenha uma fixidez *para alguém*. Mas, quando Freud afirma que o objeto é o que há de mais variável na pulsão, significa que, entre todos os falantes, cada um está enredado com seus próprios objetos, recortados e extraídos dos acontecimentos de sua história, e que estes não são extensíveis ao campo de todos os falantes. Quando um objeto é interditado, seja pelo princípio de realidade (pelas pressões advindas do mundo externo) ou pelas exigências do Eu (pelas pressões internas), a libido é forçada a abandoná-lo em busca de novos caminhos de satisfação. Há, portanto, uma “fuga” da libido por um caminho inverso (regressivo), em direção às antigas fixações, que foram abandonadas ao longo da história do sujeito. A libido transfere, então, sua energia para ideias (representações) ligadas a esses pontos de fixação que, agora, pertencem ao sistema *ics*, e que são representantes da libido no inconsciente, sujeitos às leis

desse sistema (o deslocamento e a condensação). A oposição do Eu segue como um *contrainvestimento* a essas ideias e a libido, então, precisa encontrar uma expressão que seja também uma expressão dessa oposição. Surge, aí, o sintoma. Diante do conflito entre as exigências de satisfação libidinal e as oposições do Eu, são as antigas fixações que permitem um caminho para a satisfação da libido; ou seja, que permitem um caminho para a sua descarga. Freud chama isso de um “rodeio” da libido “pelo inconsciente e pelas antigas fixações” (1916-1917/2014, p. 479), por meio do qual a libido encontra, nas vivências remotas e nos objetos abandonados da infância, uma passagem para escamotear a barreira imposta pelo princípio de realidade e pelo Eu à sua satisfação. No entanto, os objetos e práticas outrora superados também despertam oposição por parte do Eu e é nesse sentido que o sintoma aparece como uma formação de compromisso entre tendências opostas. Por essa razão, o sintoma se mostra tão resistente: ele é esteado, simultaneamente, pelas múltiplas tendências que ali se opõem (Freud, 1916-1917/2014, p. 476).

Ao mesmo tempo que há algo de muito antigo no sintoma, evidenciado por aquilo que o retorno às antigas fixações objetais evidencia de uma repetição, a satisfação derivada do sintoma é vivida como algo estranho, irreconhecível como satisfação. Uma passagem do texto merece ser destacada por sua clareza nesse ponto:

Há muito de estranho nesse tipo de satisfação que o sintoma propicia. Não nos referimos ao fato de essa satisfação não ser reconhecível como tal por aquele que a sente; este percebe a suposta satisfação antes como sofrimento, do qual se queixa. Essa metamorfose está ligada ao conflito psíquico sob cuja pressão o sintoma foi levado a se formar. O que outrora trouxe satisfação ao indivíduo, hoje desperta-lhe resistência ou aversão (Freud, 1916-1917/2014, p. 485).

Freud ressalta, nessa passagem, uma forma de satisfação que é irreconhecível como tal no sintoma. Também a resistência e a aversão são signos da oposição do Eu, que não pode conciliar-se, de todo, com a parcela de libido que se satisfaz no sintoma.

Esse ponto de conflito se torna claro em um famoso artigo de 1910, intitulado “Concepção psicanalítica do transtorno psicogênico da visão”. Esse texto apresenta, pela primeira vez de forma clara, a oposição entre as pulsões sexuais (que estão a serviço da obtenção do prazer sexual) e as pulsões de autoconservação

(que estão a serviço do Eu), no escopo do primeiro dualismo pulsional da teoria freudiana. Freud explica que cada pulsão está vinculada a uma série de ideias, ou representações, inconscientes. Tanto as pulsões de autoconservação quanto as pulsões sexuais têm à sua disposição os mesmos órgãos, uma vez que a pulsão, conceito definido como situado no limite entre o psíquico e o somático (Freud, 1915/2010), tem como sede o corpo.

Freud (1910b/2013) destaca que o prazer sexual não se resume ao prazer genital, ou seja, que qualquer parte do corpo pode ser erotizada e estar a serviço tanto das pulsões sexuais como das pulsões de autoconservação. Isso significa que as exigências das diferentes classes de pulsão podem recair sobre os mesmos órgãos e são, frequentemente, incompatíveis entre si. A boca, por exemplo, serve tanto para se alimentar (pulsão de autoconservação) quanto para beijar (pulsão sexual). Enquanto a alimentação representa um retorno do investimento libidinal sobre o Eu – já que o Eu, reservatório da libido, também pode ser seu objeto (Freud, 1914/2010) –, beijar representa um investimento libidinal em um objeto externo, sexual, nos termos freudianos. Há um conflito entre as pulsões, já que o investimento no objeto sexual acarreta uma diminuição da libido que investe o Eu. O órgão em questão se torna, então, palco dessa luta entre duas exigências pulsionais opostas. “Não é fácil servir a dois senhores ao mesmo tempo”, diz Freud, e “quanto mais íntima a relação que um órgão de dupla função desse tipo estabelece com um dos dois grandes instintos, tanto mais rejeita o outro” (1910b/2013, p. 319).

No distúrbio psicogênico da visão, a parte do corpo afetada é o olho, mais especificamente, a função da visão. Freud parte da cegueira histérica para sustentar que existem distúrbios da visão que não têm fundamento em uma lesão ou disfunção orgânica, mas resultam da ação do recalque, que, por sua vez, é uma espécie de saída encontrada para o conflito entre as pulsões. Vale ressaltar que o binarismo que opõe as pulsões sexuais e as pulsões de autoconservação reflete os desenvolvimentos da teoria freudiana na época da escrita do artigo de 1910, e que sua perspectiva começará a mudar em 1914, com o texto “Sobre o Narcisismo” e, posteriormente, será subvertida por um novo dualismo pulsional com os desenvolvimentos de 1920, em “Além do princípio de prazer”. Acompanharemos,

portanto, as considerações freudianas a partir do enfoque do primeiro dualismo pulsional, sob o qual o texto de 1910 foi redigido.

Os olhos servem tanto para perceber o mundo e proteger-nos de seus perigos quanto para observar os objetos de amor e seus atrativos. Freud resume o problema da seguinte maneira: “um órgão que ordinariamente serve à percepção sensorial se conduz francamente como genital quando é aumentado o seu papel erógeno” (Freud, 1910b/2013, p. 322). O olho, aqui, passa a ser um órgão solicitado duplamente, e por exigências pulsionais incompatíveis. Segundo Freud, o Eu, ameaçado pelas requisições das pulsões sexuais, busca defender-se através do recalque, mas o recalque nem sempre é totalmente bem-sucedido, acarretando, assim, as formações substitutivas do recalcado e gerando efeitos somáticos (1910b/2013, p. 318-319). No caso do distúrbio psicogênico da visão, é como se o recalque fosse longe demais, como se ele “jogasse fora o bebê com a água do banho” (Freud, 1910b/2013, p. 320), gerando o sintoma do distúrbio da visão.

Em “Biologia lacanianana e acontecimentos de corpo” (2004), Jacques Alain-Miller tece alguns comentários que elucidam o texto freudiano sobre os problemas psicogênicos da visão. O autor propõe pensarmos, com Freud, que as pulsões de autoconservação são todas aquelas tendências que visam a garantir a sobrevivência do indivíduo. Tudo aquilo que pertence a esse grupo de pulsões obedece a uma ordem que busca manter a integridade do indivíduo como um corpo unificado pelo conjunto de representações do Eu. O Eu é uma instância unificadora e as pulsões que estão a seu serviço servem a essa finalidade. As pulsões sexuais tendem a exceder e escapar a essa ordem, desorganizando, assim, as representações unificadoras do Eu. No caso dos distúrbios psicogênicos da visão, segundo Miller, temos um órgão, o olho, que foge da finalidade de autoconservação e se emancipa do todo que se unifica sob o regime das representações do Eu. Evidencia-se, então, um “corpo fragmentado” (Miller, 2004, p. 48). Nas palavras do autor, “o recalque que o ego cumpre se paga, para ele, com uma emancipação do órgão fora de sua tutela, fora de seu controle. Uma função vital se encontra, assim, subtraída da soma suposta do organismo” (Miller, 2004, p. 48). Podemos dizer que, nesse caso, a subtração de uma parte é o preço que se paga pela manutenção e estabilização do todo unificado do corpo.

Sabemos que não se trata, aqui, de um corpo puramente biológico, e sim de um corpo capturado pela linguagem e montado por representações que só podem ser forjadas porque esse corpo é imerso em uma cultura e uma historicidade. Os sintomas histéricos evidenciam esse ponto com primor: o corpo é uma montagem, pode ser acrescido ou subtraído de uma parte e, muitas vezes, se estabiliza no sintoma. O que o texto de Freud mostra é o corpo na histeria como um campo de batalha entre representações operadas por exigências pulsionais, a princípio, irreconciliáveis. O sintoma seria uma tentativa de conciliação, que cobra o seu preço. É esse o sentido da formação de compromisso.

A sobre-determinação no sintoma

Em nosso caminho até aqui, vimos o sintoma definido como uma formação de compromisso, por onde forças contrárias se encontram e se reconciliam. Ligada a essa ideia está a noção do sintoma como formação substitutiva, ao mesmo tempo “indício e substituto” (1926/2014, p. 20) de uma satisfação pulsional que não ocorreu, em decorrência da ação do recalque. Os sintomas neuróticos são compreendidos, assim, como uma via por meio da qual as exigências pulsionais, apesar do recalque, podem encontrar um substituto, embora bastante “atrofiado, deslocado, inibido e que já não é reconhecido como uma satisfação” (Freud, 1926/2014, p. 25). Na raiz do sintoma está o conflito pulsional.

A ideia de conflito é central na teoria freudiana e Freud a mantém até o final de sua obra. Uma leitura apressada poderia nos levar a reduzir o problema da formação dos sintomas a um dualismo. O que percebemos, no entanto, é que a questão é mais complexa. No lugar de um cabo de guerra entre duas forças opostas, o sintoma revela uma espécie de estrutura *nodal*, na qual se articulam diversos elementos, tendências e forças. O sintoma é um nó de elementos, e não um cabo de guerra com duas pontas. No centro da sua amarração não está um segredo a ser revelado (como poderia parecer se considerarmos o caso da senhora da mancha), mas uma sobreposição de muitas tramas. Um conceito que nos ajuda a visualizar essa imagem da trama, de forma mais clara do que a formação de compromisso, é a ideia de *sobre-determinação*.

Assim como a formação de compromisso, a ideia de sobredeterminação aparece muito cedo na teoria freudiana. Ela é amplamente explorada em *A interpretação dos sonhos* (1900), mas já aparece articulada aos sintomas em “A crítica à neurose de angústia”, de 1895, quando Freud detalha a equação etiológica das neuroses. Ali, o autor afirma, textualmente, que “em regra, as neuroses são sobredeterminadas, isto é, em sua etiologia atuam vários fatores conjuntamente” (Freud, 1895/2023, p. 128). Os sintomas nas neuroses são produto da sobredeterminação de uma multiplicidade de fatores.

De forma análoga aos sonhos, quando interpretados, os sintomas revelam os pontos nodais de articulação entre múltiplos conjuntos de representações, ligados a diferentes complexos inconscientes. Interpretar o sintoma, no sentido freudiano, significa “desfiá-lo”, por assim dizer, percorrendo seus caminhos nas séries associativas. Significa, também, retraçar os trajetos tomados pela libido na sua formação. Se o sintoma “fala”, ou seja, se ele, de alguma maneira, porta uma mensagem cifrada, é porque oferece um ponto de partida para que uma análise possa percorrer esses caminhos.

Que o sintoma evidencia a marca da divisão subjetiva é outra maneira de dizer que o sintoma guarda as marcas dos conflitos pulsionais dos quais resulta, como já estabelecemos. Mas não só isso. Os sintomas também mantêm uma relação íntima com as identificações e as fantasias fundamentais do sujeito, ligadas, evidentemente, aos circuitos pulsionais e fixações objetais que as animam.

É o que se pode entrever, por exemplo, nas considerações de Freud sobre o sintoma da tosse de sua paciente Dora. Freud percebeu que Dora imitava a tosse do pai, o que o levou a postular que o sintoma da moça se fundamentava na identificação, tomando emprestado um “traço isolado” do objeto (Freud, 1921/2006, p. 117). Esse traço, tomado emprestado do pai, diz, também, do lugar de filiação de Dora, ou seja, situa o seu lugar no mundo:

essa tosse, sem dúvida originariamente surgida de um diminuto catarro real, era ainda uma imitação do pai, cujos pulmões estavam afetados, e pôde expressar sua compaixão e inquietação por ele. Além disso, também proclamava ao mundo, por assim dizer, algo que talvez ainda não se tivesse tornado consciente para ela: “sou filha de papai. Tal como ele, tenho um catarro [...]” (Freud, 1905/2006, p. 82).

O catarro de Dora proclama ao mundo a sua filiação, ao mesmo tempo em que revela a sua identificação com o pai. Sua tosse também expõe um ponto de fixação de gozo, situado em uma zona privilegiada do corpo, a partir de um estímulo real:

[...] devemos presumir a presença de uma irritação real e organicamente condicionada na garganta [...]. Esse estímulo era passível de fixação por dizer respeito a uma região do corpo que, na menina, conserva em alto grau a significação de uma zona erógena (Freud, 1905/2006, p. 83).

Vemos, com essas considerações, o quanto o sintoma é “tagarela”, no sentido de que desvenda aspectos cruciais dos meandros da pulsão e dos pontos de fixação da libido, bem como das identificações e do lugar que o sujeito ocupa na relação com o Outro (lugar que as cenas da fantasia tendem a reiterar, fazendo com que o sujeito repita, em suas diversas relações, determinadas posições frente ao Outro e aos objetos).

Freud assinala que os sintomas não são o resultado de uma única fantasia, mas configuram um ponto nodal entre diversas. Ele ressalta esse aspecto do sintoma na Conferência sobre “O sentido dos sintomas”, ao tomar como exemplo o caso de uma jovem de 18 anos que precisava completar uma série de rituais complexos antes de adormecer, causando grande transtorno para si e para os seus pais. Ao analisar cada elemento dos atos sintomáticos dessa jovem, por meio das associações derivadas, Freud chega à conclusão de que esses elementos não podem ser atribuídos a uma só fantasia inconsciente, e sim a várias: “mais importante, porém, é notarem que no cerimonial não se sedimenta uma só fantasia, mas um bom número delas, e, no entanto, em algum lugar tem seu ponto nodal” (Freud, 1916-1917/2014, p. 359). Com isso, torna-se claro que um sintoma pode corresponder, simultaneamente, a diversos significados. Os sentidos dos sintomas sempre têm conexão com a experiência e a história (ou mesmo a pré-história) do sujeito. É da história do sujeito, ou melhor, das marcas deixadas pelas suas experiências primordiais, que são extraídos os alicerces sobre os quais se edificam as fantasias fundamentais.

Geralmente, em uma análise, parte-se do sintoma para, então, fazer-se o caminho inverso, em direção à construção das experiências e dos elementos que formam as primeiras coordenadas da fantasia. É justamente porque o sintoma permite que se faça esse caminho, em direção aos elementos que determinaram a sua formação, que Freud irá considerar que ele se presta a ser interpretado. Um dos primeiros trabalhos do sujeito em análise é, portanto, fazer falar o seu sintoma. Quando endereçado a um analista, na transferência, como enigma a ser decifrado, o sintoma “fala”; fala dos desejos e fantasias inconscientes, bem como das identificações. Dito de outro modo, ele porta uma *mensagem* que pode, em análise, retornar ao sujeito como efeito de verdade (e de sentido). Mas é preciso tomar certo cuidado quanto ao que significa essa “verdade” do sintoma. A verdade é sempre parcial e, por isso mesmo, é sempre um pouco mentirosa. Embora tenha sido Lacan a formulá-lo desta maneira (Lacan, 1972/2003, p. 474), isso já estava presente nos escritos freudianos desde 1900, quando fala do umbigo do sonho e do fato de que nunca se chega à interpretação última do sonho (Freud, 1900/2006, p. 145). Podemos dizer que essa ideia resume bem o sentido da *sobredeterminação*. Uma vez que múltiplos caminhos contribuem para a formação dos sintomas, não se pode dizer que há um único caminho que ganhe primazia sobre os demais nessas formações, clamando para si o estatuto de uma verdade soberana.

Podemos, então, concluir que a ideia de *sobredeterminação* ajuda a entender que o sintoma é resultado de múltiplos fatores, no centro da qual existe um ponto cego, irreduzível a um único sentido. É possível entender a *sobredeterminação* de duas maneiras, que não são mutuamente excludentes, mas complementares. De um lado, a *sobredeterminação* diz respeito ao fato de que os sintomas (assim como demais formações do inconsciente) têm múltiplos fatores causais. De outro, cada sintoma pode ser deslindado em diversas séries associativas, que, isoladamente, possuem coerência significativa, mas que não se sobrepõem às demais como o verdadeiro sentido de tal ou qual formação. Isso quer dizer que, embora o sintoma possa veicular um sentido (que diz respeito à história, ao desejo inconsciente e aos conflitos pulsionais do sujeito), esse sentido não esgota tudo o que há a ser dito sobre o sintoma: há sempre a possibilidade de se construir mais uma significação, e mais outra, sem que se chegue a uma significação final. Outra maneira de dizer

isso é que o sintoma não é uma linearidade da causa e efeito e sim um nó de elementos, no centro do qual há um *furo de significação*

3.2

O sintoma psicanalítico inclui o sujeito do inconsciente

Lacan assinala que o verdadeiro sujeito em questão no sintoma é o sujeito do inconsciente (1954/1998, p. 373). Há uma diferença entre o que se pode dizer do sintoma, o que ele significa, ou melhor, a sua “verdade”. Primeiramente, porque a verdade sempre escapa e nunca é absoluta. Segundo, porque há sempre um decalque entre o significante e o significado. Ou seja, o significante não é fusionado a um significado e não carrega, em si, um sentido único. De certa maneira, isso já está indicado na ideia de sobredeterminação, uma vez que o sentido do sintoma jamais se esgota em uma única significação.

A insistência da cadeia significante se deve ao fato de que o significante, por si próprio, não significa nada, engendrando sempre outro significante e mais outro. Ele só pode se articular a algum sentido se estiver em relação a outros significantes. Uma boa ilustração disso pode ser encontrada em uma passagem do *Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964), quando Lacan nos convida a acompanhá-lo em uma experiência hipotética:

suponham que vocês descobrissem num deserto uma pedra coberta de hieróglifos. Vocês não duvidam nem por um instante que tenha havido um sujeito por trás para inscrevê-los. Mas acreditar que cada significante se dirige a vocês, é um erro – a prova está em que vocês podem nada entender daquilo. Pelo contrário, vocês o definem como significantes pelo fato de estarem certos de que cada um desses significantes se reporta a cada um dos outros (Lacan, 1964/2008, p. 194).

Nesse exemplo, os significantes são comparados a hieróglifos encontrados em uma pedra no deserto. Embora não se entenda nada do que está escrito ali, a possibilidade de leitura depende de que se suponha que aquelas inscrições estão relacionadas e se reportam umas às outras, em uma espécie de trama entre os traços. Que a pedra carrega uma mensagem pelas suas inscrições, e que isso é indicativo da presença de um sujeito, são meras suposições antecipadas, uma vez que tanto a mensagem como o sujeito suposto por detrás dela surgem *a posteriori*, como efeito da articulação entre os traços ali inscritos. Notemos o quanto essa suposição antecipada é importante: sem ela, não se olharia duas vezes para a pedra e ela não passaria de

uma superfície rabiscada. De todo modo, o que devemos frisar aqui é que os traços não podem ser lidos isoladamente. Qualquer possibilidade de leitura implica que as inscrições sejam articuladas dentro de uma trama, onde as repetições e localizações de cada inscrição sejam remetidas às das outras. Da mesma maneira, o significante só pode se ligar a algum sentido se estiver articulado a outros significantes. Para Lacan, o significante é fecundo precisamente por não ser idêntico a si mesmo.⁹ Ele é fecundo no sentido de precipitar sempre outro significante e mais outro, engendrando, assim, a cadeia que tem como efeito o deslocamento do sujeito.

O lugar do sujeito é um lugar vazio

Lacan atribui o lugar “excêntrico” do sujeito do inconsciente (1956/1998, p. 11) à insistência da cadeia significante. O sujeito é apresentado como uma espécie de peão no jogo significante. Ele está sempre em deslocamento nesse jogo, nunca sendo representado por um único significante. É uma maneira de dizer que o sujeito do inconsciente nunca está no lugar onde é procurado; que ele falta no lugar onde deveria estar, porque surge no próprio movimento entre dois significantes (1964/1998, p. 854). Por isso ele afirma que o seu lugar é um lugar excêntrico. Aqui é importante destacar que, para Lacan, o sujeito não é propriamente aquele que fala e faz em nome próprio; ele não é *agente*, nem causa, da cadeia significante, mas o seu *efeito*.

A psicanálise trabalha com a ideia de que o sintoma analítico inclui o sujeito do inconsciente. Se o sintoma é tomado como fenômeno que inclui o sujeito, é porque se entende que ele leva os rastros do sujeito. Podemos dizer que o sintoma funciona como uma espécie de localizador do sujeito, na rede de cruzamentos entre significantes, apontando o seu lugar sem, no entanto, cristalizá-lo como sendo essencialmente isto ou aquilo.

O sujeito do inconsciente não tem consistência, diferentemente do Eu que, como vimos, busca integrar-se sob um regime de representações unificantes. O sujeito de que se trata é vazio nessa rede significante, sempre em fuga, no constante

⁹ Lacan, J. *A identificação*, aula de 10 de janeiro de 1962. Inédito.

deslocamento da cadeia. Ele não se localiza, a não ser desta maneira: como furo, intervalo ou lacuna. Quando Lacan assinala que o inconsciente se manifesta como descontinuidade (1964/2008), entendemos que ele demarca justamente o ponto de rachadura, ou ruptura, na articulação significante onde um corte se produz na cadeia. Poderíamos situar o sujeito como o que surge no lugar desse corte.

Sabemos que o conceito de sujeito, tal como trabalhado no ensino de Lacan, não aparece obra de Freud. Concordamos com a visão de Cabas (2010), que fez uma extensa pesquisa sobre o tema, segundo a qual o conceito de sujeito é um conceito lacaniano, embora possamos encontrá-lo, ainda em estado embrionário, nos escritos de Freud. Sob essa perspectiva, Cabas busca entender por quais vias o conceito freudiano de inconsciente daria lugar ao conceito lacaniano de sujeito.

O autor aponta que, em toda a sua obra, Freud deixa apenas uma linha a respeito do sujeito (Cabas, 2010, p. 25), que podemos encontrar no artigo sobre “As pulsões e seus destinos”, de 1915. Ao abordar os destinos da pulsão, Freud recorre ao exemplo do masoquismo, para ilustrar uma espécie inversão do circuito da pulsão na dialética entre sujeito e objeto. O masoquista é aquele que precisa colocar-se como objeto da ação sádica de um outro. Nessa dialética, é o parceiro, o outro, que assume o lugar ativo, de agente do castigo. Assim, o masoquista alça o outro ao lugar de sujeito gramatical do ato sádico, enquanto ele próprio, como receptor do castigo, está no lugar de objeto passivo. Para Freud, o que está em jogo no masoquismo é, originalmente, o sadismo contra outra pessoa como objeto.

Em um segundo movimento, descrito pelo autor, o sadismo se volta contra o próprio Eu, tomando o Eu como objeto da violência. Freud aponta que, em muitos casos de neurose obsessiva, a pulsão toma o caminho de voltar-se contra a própria pessoa e “a ânsia de atormentar se torna tormento de si mesmo, castigo de si” (Freud, 1915/2010, p. 66), mas isso não configuraria o masoquismo propriamente dito. Para tanto, seria necessário um outro passo, que Freud descreve como sendo a mudança da meta da pulsão de uma meta ativa para uma meta passiva, instituindo um novo sujeito no lugar de agente do tormento. Nas palavras de Freud: “novamente se busca outra pessoa como objeto, a qual, em virtude da transformação de meta ocorrida, tem de assumir o papel de sujeito” (1915/2010, p. 65). A pulsão atinge alguma satisfação, mas fica claro o desvio que precisa ser feito para isso.

Há mais um passo dado por Freud quando aborda outro par de opostos, o voyeurismo-exibicionismo (ver e fazer-se ver), que torna esse circuito ainda mais complexo. O circuito não se limitaria à reversão do elemento ativo em elemento passivo, mas contaria com um outro passo, no qual se dá a aparição de um “novo sujeito, ao qual o indivíduo se mostra, para ser olhado por ele” (Freud, 1915/2010, p. 68). O importante aqui é que, embora aquele que é olhado esteja na cena como objeto passivo, há um *fazer-se* olhar que indica a própria atividade da pulsão, instituindo um novo sujeito em cena. É interessante que o termo “sujeito”, inusual na obra freudiana, tenha sido empregado justamente aqui, ao abordar a pulsão e os seus destinos, o que nos permite extrapolar as considerações de Freud e interrogar de que maneira a pulsão e o sujeito estariam imbricados.¹⁰

Na leitura lacaniana do texto de Freud, o essencial da pulsão, a sua atividade, está precisamente no movimento de *fazer-se* (fazer-se humilhar e fazer-se ver, para seguir nos exemplos acima). A estrutura da pulsão se evidencia a partir da introdução do outro que humilha e que vê: o trajeto da pulsão “só se completa em sua forma invertida, em sua forma de retorno, que é a verdadeira pulsão ativa” (Lacan, 1964/2008, p. 179). No caso do exibicionismo, aquilo que é visado se realiza no outro – no outro, enquanto forçado a ver. O exibicionista, como objeto desse olhar, está referido ao outro que olha. No exemplo do masoquismo, vimos que também há a instauração de um outro, de um terceiro que realiza o flagelo. O sadismo da dor entra em cena no momento em que o masoquista o prova através do outro e é aí que o fecho se fecha, como diz Lacan. Introduz-se, nesse tempo, “a possibilidade da dor, sofrida pelo que se tornou, nesse momento, o sujeito da pulsão” (Lacan, 1964/2008, p. 180). O importante, segundo Lacan, é o movimento circular de retorno, “a inserção no próprio corpo, do começo e do fim da pulsão” (Lacan, 1964/2008, p. 180). O sujeito da pulsão não é pré-existente, mas aparece no circuito mesmo da pulsão, que parte da zona erógena para contornar o objeto *a* – que é puro cavo – e, então, retornar no caminho inverso. Nesse momento, o autor define o sujeito como sendo um *aparelho*. Para ele, “esse aparelho é algo de lacunar,

¹⁰ No *Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, Lacan aponta que a pulsão se manifesta ao “modo de um sujeito acéfalo” (Lacan, 1964/2008, p. 178).

e é na lacuna que o sujeito instaura função de um certo objeto, enquanto objeto perdido (Lacan, 1964/2008, p. 181).

O *novo sujeito* ao qual Freud se refere diz respeito na leitura de Lacan, ao advento do sujeito, propriamente dito, no final do circuito pulsional. Trata-se do surgimento de um sujeito que não é dado de início, mas que resulta desse circuito. Sobre isso, Cabas indica que

para Lacan, a aparição desse *neues subjekt* (novo sujeito) não se refere à transformação de um sujeito já aí preexistente que acaba sofrendo uma modificação sob o efeito da incidência da pulsão. Nem novação nem remodelação. Na sua leitura, a aparição de um novo sujeito significa que a novidade que se produz no fim do curso pulsional é a *parição* de um sujeito. Refere-se ao advento, propriamente dito, do sujeito (2010, p. 24).

Cabas aborda essa única referência à questão do sujeito para apontar que o sujeito não é propriamente um conceito de Freud. Ele diz: “enquanto o inconsciente é freudiano, o sujeito é lacaniano” (2010, p. 29). É a partir daquilo que o conceito de inconsciente inaugura que Lacan, em seu retorno a Freud, extrai sua noção de sujeito. No entanto, é possível entrever, na obra freudiana, as origens daquilo que Lacan conceberia como sujeito. Tomando o exemplo do sonho da injeção de Irma, Cabas assinala o ponto de furo¹¹ ao qual seria possível atribuir o lugar do sujeito.

O sujeito descentrado

O sonho da injeção de Irma é tido como o sonho inaugural de *A interpretação dos sonhos* (1900), e recebe esse estatuto por ter sido através dele que primeiro se revelou aquilo que Freud entenderia, na época, como sendo a principal função dos sonhos: a realização de um desejo inconsciente. Uma brincadeira feita por Freud na carta a Wilhelm Fliess, datada de 12 de junho de 1900 e conhecida como a “carta 137”, aponta para a importância desse sonho. Referindo-se à casa de Bellevue em que Freud estava quando ele teve o sonho da injeção de Irma e o

¹¹ Em uma passagem do *Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964/2008, p. 180), Lacan aborda em relação ao furo, definindo-o como “um sujeito furado”.

interpretou, o autor escreve ao amigo: “você supõe que algum dia uma plaqueta de mármore seja colocada na casa, tendo estas palavras gravadas? – *Nesta casa, em 24 de julho de 1895, a Segredo dos Sonhos foi revelado ao Dr. Sigm. Freud*” (Freud, 1900/1986, p. 418). A brincadeira revela o valor histórico do momento vivido por Freud entre 1895 e 1900, aos seus cerca de quarenta anos, quando a descoberta da função do inconsciente estava sendo feita e elaborada. Como ressalta Lacan,

A experiência da descoberta fundamental consistiu para Freud numa re colocação em causa, vivenciada, dos próprios fundamentos do mundo. Não precisamos ter mais indicações sobre sua autoanálise, dado que mais faz alusão a ela do que a desvenda nas cartas a Fliess. Vive numa atmosfera angustiante com o sentimento de estar fazendo uma descoberta perigosa (1954-1955/2010, p. 221-222).

Os efeitos dessa descoberta ressoam no sonho da Injeção de Irma e seu sentido está referido, ainda segundo Lacan, à “profundidade dessa experiência” vivida por Freud (1954-1955/2010, p. 222).

No segundo capítulo de *A interpretação dos sonhos*, Freud introduz o famoso sonho com um preâmbulo, no qual descreve os eventos do dia anterior, que precipitaram a formação do sonho na noite de 23-24 de julho de 1895. Nesse dia, ele havia recebido a visita de Otto, um colega e amigo, que trazia notícias de uma paciente, Irma, tratada por Freud no verão de 1895. Freud tinha relações de amizade com os familiares da paciente, o que o deixava em uma posição difícil, em relação à condução do tratamento de Irma, uma vez que qualquer fracasso poderia colocar em risco a sua amizade com os familiares.

O tratamento de Irma havia sido apenas parcialmente exitoso: Freud tinha conseguido livrá-la de sua angústia histérica, mas não de seus sintomas somáticos. Ele tinha proposto à paciente uma solução (imagina-se que tenha sido uma interpretação), que ela não estava disposta a aceitar. Enquanto eles estavam em discordância, decidiram suspender o tratamento durante as férias de verão.

As notícias trazidas por Otto eram que Irma estava melhor, mas não completamente boa de suas afecções. O comentário de Otto o havia incomodado, seja pelas palavras ou pelo tom, nos quais pensou ter escutado alguma recriminação

por parte do amigo, no sentido de ter prometido demais em relação ao sucesso esperado do tratamento. Naquela noite, Freud redige o caso de Irma com a intenção de enviá-lo a um amigo proeminente do círculo de ambos, o Dr. M. e, assim, justificar-se. Na mesma noite, ou na manhã seguinte, tem o sonho descrito abaixo:

Um grande salão – numerosos convidados a quem estávamos recebendo. – Entre eles estava Irma. No mesmo instante, puxei-a de lado, como que para responder a sua carta e repreendê-la por não ter ainda aceitado minha “solução”. Disse-lhe: “Se você ainda sente dores, é realmente apenas por culpa sua.” Respondeu ela: “Ah! se o senhor pudesse imaginar as dores que sinto agora na garganta, no estômago e no abdômen... - isto está me sufocando.” - Fiquei alarmado e olhei para ela. Parecia pálida e inchada. Pensei comigo mesmo que, afinal de contas, devia estar deixando de perceber algum distúrbio orgânico. Levei-a até a janela e examinei-lhe a garganta, e ela deu mostras de resistências, como fazem as mulheres com dentaduras postiças. Pensei comigo mesmo que realmente não havia necessidade de ela fazer aquilo. - Em seguida, ela abriu a boca como devia e, no lado direito, descobri uma grande placa branca; em outro lugar, vi extensas crostas cinza-esbranquiçadas sobre algumas notáveis estruturas recurvadas, que tinham evidentemente por modelo os ossos turbinados do nariz. - Chamei imediatamente o Dr. M., e ele repetiu o exame e o confirmou... O Dr. M. tinha uma aparência muito diferente da habitual; estava muito pálido, claudicava e tinha o queixo escanhoado... Meu amigo Otto estava também agora de pé ao lado dela, e meu amigo Leopold a auscultava através do corpete e dizia: “Ela tem uma área surda bem embaixo, à esquerda.” Indicou também que parte da pele do ombro esquerdo estava infiltrada. (Notei isso, tal como ele fizera, apenas do vestido.)... M. disse: “Não há dúvida de que é uma infecção, mas não tem importância; sobrevirá uma disenteria, e a toxina será eliminada.”... Tivemos também pronta consciência da origem da infecção. Não muito antes, quando ela não estava se sentindo bem, meu amigo Otto lhe aplicara uma injeção de um preparado de propil, propilos... ácido propiônico... trimetilamina (e eu via diante de mim a fórmula desse preparado, impressa em grossos caracteres)... Injeções como essas não deveriam ser aplicadas de forma tão impensada... E, provavelmente, a seringa não estava limpa (Freud, 1900/2006, p. 141-142).

Não pretendemos percorrer, aqui, todas as associações feitas por Freud a partir dos elementos isolados do sonho manifesto – isso é feito de maneira primorosa pelo próprio autor na análise que se segue ao relato do sonho.¹² Pretendemos somente ressaltar alguns pontos da interpretação desse sonho que possam nos ajudar a situar o que Lacan chamaria de sujeito do inconsciente.

¹² Cf. Freud, 1900/2006, p. 143-155.

Primeiramente, Freud aborda a sua repreensão a Irma no sonho, por não ter aceitado a sua solução. As palavras proferidas no sonho, “*se você ainda sente dores, é realmente apenas por culpa sua*” (Freud, 1900/2006, p. 141), são traduzidas, na análise, pela ideia de que, se a culpa do fracasso do tratamento fosse da resistência por parte de Irma, não seria de Freud. Isso se desdobra também na parte do sonho em que Freud fica alarmado pela ideia de não ter percebido tratar-se de uma doença potencialmente orgânica. Ocorre-lhe, na interpretação, que ele haveria *desejado* que fosse uma doença orgânica. Se seu diagnóstico acerca de uma histeria estivesse errado, e se se tratasse de uma afecção de fundo orgânico, a sua culpa pelo fracasso do tratamento também seria eliminada.

Freud compreende que a figura da Irma, no sonho, condensa duas outras figuras femininas: a sua mulher (da qual trata pouco na análise do sonho) e uma amiga de Irma. A amiga, também conhecida por Freud, apresentava sintomas – revelados a ele pela própria Irma – dos quais Freud suspeitava tratar-se de sintomas histéricos. Diferentemente de Irma, que Freud julgava ser um pouco tola, a amiga, por sua disposição intelectual, não se mostraria tão resistente a aceitar a solução dada por Freud, se fosse ela a sua paciente no lugar de Irma.

No sonho, Freud leva Irma até uma janela e, depois de alguma resistência por parte da paciente, examina a sua garganta: “*o que vi em sua garganta: uma placa branca e os ossos turbinados recobertos de crostas*” (Freud, 1900/2006, p. 145). Essa imagem o leva a diversas associações, passando pela grave doença de sua filha mais velha, Mathilde, que dois anos antes havia caído enferma e que havia escapado, por pouco, de um destino funesto. A imagem também o recorda de sua preocupação com seu próprio estado de saúde, da complicação sofrida por uma paciente, em decorrência de sua sugestão de uso da cocaína para aliviar incômodos e inchaços nas passagens nasais, bem como da antecipação da morte de um grande amigo devido ao uso da mesma substância.

“*Chamei imediatamente o Dr. M., e ele repetiu o exame*” (Freud, 1900/2006, p. 146). A palavra “imediatamente” chama a atenção de Freud e o faz lembrar de outro evento trágico de sua clínica, quando uma paciente, cujo nome também era Mathilde, sucumbe a um estado tóxico produzido pela sua prescrição de um remédio (sulfonal). Aqui, aparece uma substituição: “esta Mathilde por

aquela Mathilde, olho por olho e dente por dente” (Freud, 1900/2006, p. 146), que seria uma espécie de retaliação do destino. Embora as associações feitas a partir desses elementos manifestos sigam algumas séries associativas diferentes, parecem entrecruzar-se em um ponto: a morte.

Há uma nota de rodapé, na qual Freud se refere a um ponto insondável no sonho, “um umbigo, por assim dizer, que é seu ponto de contato com o desconhecido” (1900/2006, p. 145). Quando se chega a esse ponto, não é possível mais avançar nos desdobramentos de sentido. No ponto insondável, que Freud situa na condensação entre as três mulheres e na abertura da boca, as associações parecem estancar-se.

O que se segue à imagem aterradora do fundo da garganta de Irma é a aparição de três outros médicos, Otto, Leopold e o eminente Dr. M., convocados a trocarem suas impressões sobre o estado da paciente. As palavras sem sentido de Dr. M, “*é uma infecção, mas não tem importância. Sobrevirá uma disenteria e a toxina será eliminada*” (Freud, 1900/2006, p. 148), segundo a interpretação de Freud, vêm indicar tanto a sua isenção de culpa (“*não tem importância*”) quanto o seu “desprezo pelos médicos que não conhecem a histeria” (Freud, 1900/2006, p. 149).

A origem da infecção então fica clara no sonho: “*não muito antes, quando ela não estava se sentindo bem, meu amigo Otto lhe aplicara uma injeção (...). Injeções como essas não deveriam ser aplicadas de forma tão impensada... E, provavelmente, a seringa não estava limpa*”. (Freud, 1900/2006, p. 142). Diferentemente do que fez seu amigo Otto no sonho, o sonhador nunca tinha causado uma infiltração por seringa suja. Ele era, então, um médico consciencioso. Se a causa da condição de Irma era uma infecção por uma agulha suja, então ele não tinha culpa pelo seu estado.

Aparece a fórmula da *trimetilamina*: “*meu amigo Otto lhe aplicara uma injeção de um preparado de propil, propilos... ácido propiônico... trimetilamina (e eu via diante de mim a fórmula desse preparado, impressa em grossos caracteres) ...*” (Freud, 1900/2006, p. 142). A fórmula da trimetilamina aparece, no sonho, escrita em negrito. Freud associa esse elemento a uma ideia que lhe fora confiada

por seu amigo Fliess, que, em sua pesquisa sobre a química dos processos sexuais, encontra a trimetilamina como um dos produtos da decomposição das substâncias sexuais.¹³ Na interpretação de Freud, a trimetilamina o levava à sexualidade, fator ao qual o autor atribuía a maior importância na etiologia das neuroses. Para ele, uma série de associações importantes convergiam e se condensavam na única palavra “trimetilamina”:

A trimetilamina era uma alusão não só ao fator imensamente poderoso da sexualidade, como também a uma pessoa cuja concordância eu recordava com prazer sempre que me sentia isolado em minhas opiniões. Com certeza, esse amigo, que desempenhou papel tão relevante em minha vida, deveria reaparecer em outros pontos desses fluxos de pensamentos. Sim, pois ele tinha um conhecimento especial das consequências das afecções do nariz em suas cavidades acessórias, e chamara a atenção do mundo científico para algumas notáveis relações entre os ossos tribunais e os órgãos sexuais femininos. [...]. Eu tomara providências para que Irma fosse examinada por ele, para ver se suas dores gástricas poderiam ser de origem nasal (Freud, 1900/2006, p. 151).

Vemos que as associações de Freud, feitas a partir dos elementos manifestos do sonho, percorrem uma multiplicidade de caminhos. Esses caminhos são, por vezes, contraditórios, tal como na história do homem acusado por seus vizinhos de ter devolvido, danificada, uma chaleira que tomara emprestada e que se defende da acusação dizendo que: primeiro, ele a devolveu intata; segundo, a chaleira estava furada quando a pegou; terceiro, que ele não havia pegado emprestada chaleira nenhuma (Freud, 1900/2006, p. 154). Igualmente, Freud se defende por uma multiplicidade de vias antinômicas, eximindo-se da culpa pelo estado de Irma.

Ao cabo de sua minuciosa análise, Freud chega à sua interpretação da intenção motivadora daquele sonho: “a conclusão do sonho foi que eu não era responsável pelas persistências das dores de Irma, mas sim Otto” (Freud, 1900/2006, p. 153). No sonho, precipitado pelos eventos do dia anterior, o autor se exime da culpa pelo estado de Irma, se vinga de Otto e também de sua paciente, ao substituí-la por outra que fosse mais sensata e menos resistente à sua solução. O sentido do sonho se torna evidente para ele. O sonho, de certa maneira, representava

¹³ Na lição XIII do *Seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise* (1954-1955/2010), Lacan esclarece que a trimetilamina é um produto da decomposição do esperma, quando deixado em contato com o ar (p. 216).

as coisas da maneira como Freud desejava que elas fossem. Conclui, assim, que o conteúdo do sonho “foi a realização de um desejo, e seu motivo foi um desejo” (Freud, 1900/2006, p. 153).

Entre 9 e 16 de março de 1955, Lacan dedica duas lições do seu segundo *Seminário* ao sonho da Injeção de Irma. Ele retoma o sonho para abordar o que situa como sendo o cerne da descoberta freudiana: “o descentramento do sujeito em relação ao *ego*” (Lacan, 1954-1955/2010, p. 203). Para o autor, o sonho da injeção de Irma mostra que algo está em jogo ali, para além do Eu. O que está em jogo na função do sonho é “aquilo que no sujeito é do sujeito e não é do sujeito, isto é, o inconsciente” (Lacan, 1954-1955/2010, p. 217). Recorremos a esse sonho e sua interpretação para abordarmos, precisamente, esse ponto ressaltado por Lacan.

O sonho mostra a distinção radical entre o Eu e o sujeito do qual queremos tratar aqui. O sujeito do inconsciente é sempre descentrado, em relação a essa instância unificante que é o Eu; ele aparece ali onde a unidade do Eu vacila e naquilo em que o sujeito não pode reconhecer-se muito bem – naquilo que, ao mesmo tempo, é e não é o do sujeito.

Lacan inicia sua abordagem do sonho da injeção de Irma interrogando o sentido que Freud obtém a partir da sua análise: de que o sonho é a satisfação de um desejo inconsciente. Ele questiona por que Freud havia chegado a essa formulação, a partir de um voto que, se não era inteiramente consciente – o de se livrar da culpa pelo estado de Irma –, era pré-consciente. No entanto, se Freud havia dado esse passo em sua descoberta sobre a função do sonho, é porque ali situava algo do inconsciente. Lacan indica a importância de lembrarmos que o sonho contém duas operações: o sonho manifesto e a sua interpretação. (Nesse ponto, nunca é redundante lembrarmos que quem interpreta o sonho é o próprio sonhador, por intermédio das associações que surgem a partir dos elementos manifestos do sonho). Talvez possamos dizer que há uma diferença entre o sonho quando estamos em análise e quando não estamos.

O fato de sonharmos, em análise, já implica, de certa maneira, a operação de interpretação: já é um sonho endereçado, se não ao analista, à própria operação de interpretação. Esse endereçamento já está presente na própria formação do

conteúdo manifesto do sonho. Nesse sentido, Lacan aponta que “numa análise, não intervimos unicamente na medida em que interpretamos o sonho do sujeito – se é que o interpretamos -, mas como já estamos, a título de analista, na vida do sujeito, já estamos em seu sonho” (1954-1955/2010 p. 208). Do mesmo modo, podemos supor que o sonho de Freud tampouco é um sonho sem endereçamento. Há um contexto a ser levado em consideração: o da descoberta do inconsciente e da função dos sonhos. O sonho já estava ali para ser interpretado; era um sonho endereçado, no contexto de toda uma construção teórica, ainda em estado embrionário, e à sua transmissão. Retornaremos a esse ponto mais a diante.

Acerca da questão do desejo, Lacan, retomando Freud, interroga: “que é esse desejo inconsciente? Quem é ele, esse que é repellido e que causa horror ao sujeito? O que se quer dizer quando se fala de um desejo inconsciente? Para quem será que este desejo existe?” (Lacan, 1954-1955/2010, p. 207). Vê-se que o desejo é coisa mais complexa do que um voto, ainda que frustrado, do Eu. Sua satisfação, em geral, não traz propriamente o prazer, mas se aproxima da angústia.

Lacan aborda o sonho da injeção de Irma em duas partes. A primeira, culmina no exame da garganta de Irma, no fundo da qual surge uma imagem terrível e angustiante. Citamos, abaixo, a descrição da imagem feita por Lacan:

[...] o que ele vê no fundo, estas cornetas nasais recobertos por uma membrana esbranquiçada, é um espetáculo medonho. Para esta boca, há todas as significações de equivalência, todas as condensações que vocês quiserem. Tudo se mescla e se associa nesta imagem, desde a boca até o órgão sexual feminino, passando pelo nariz [...]. Eis aí uma descoberta horrível, a carne que jamais se vê, o fundo das coisas, o avesso da face, do rosto, os secretados por excelência, a carne da qual tudo sai, até mesmo o íntimo do mistério, a carne, dado que é sofredora, informe, que sua própria forma é algo que provoca angústia. Visão de angústia, identificação de angústia, última revelação do és isto - és isto, que é o mais longínquo de ti, isto que é o mais informe (1954-1955, p. 211).

Para o autor, trata-se da imagem do inominável, do avesso das coisas, da carne sofredora. É no que se revela nessa imagem que Freud atinge o ápice “da sua precisão de ver, de saber” (Lacan, 1954-1955/2010, p. 212). O que se mostra é o que há de menos penetrável: o objeto de angústia. Segundo Lacan,

[...] aparecimento angustiante de uma imagem que resume o que podemos chamar de revelação do real naquilo que tem de menos penetrável, do real sem nenhuma mediação possível, do real derradeiro, do objeto essencial que não é mais um objeto, porém este algo diante do que todas as palavras estacam e todas as categorias fracassam, o objeto de angústia por excelência (1954-1955/2010, p. 224).

No encontro com esse objeto inominável, tanto a imagem quanto as palavras fracassam. Trata-se de uma imagem sem mediação possível: a garganta como buraco sem fim no qual o próprio sujeito esvanece.

Lacan explicita que, até a imagem da garganta, Freud está no sonho tal como ele é: “seu ego se encontra aí exatamente no nível de seu ego vigil” (1954-1955/2010, p. 211). O Eu, como vimos anteriormente, é uma composição do somatório de identificações; um “bricabraque” (Lacan, 1954-1955/2010, p. 212) de representações unificantes que permitem dizer “eu sou”. É também a partir da imagem de si, cuja constituição Lacan detalhou com o estádio do espelho – no entrecruzamento entre a imagem e a palavra –, que o homem constrói a sua percepção do mundo externo e dos objetos. Os objetos do mundo são sempre percebidos segundo a imagem do próprio corpo; são, por assim dizer, antropomorfizados (Lacan, 1954-1955/2010, p. 226). A primeira parte do sonho culmina na imagem da garganta. É uma visão aterradora porque não encontra suporte na representação simbólico-imaginária e, justamente por isso, é uma visão desestabilizadora de toda essa composição que organiza o mundo do sujeito. Só é possível deter-se nela ao preço do desvanecimento de si. Surge a pergunta: por que, no momento do auge da angústia, quando “o sujeito depara com a experiência de seu rasgamento” (Lacan, 1954-1955/2010, p. 228), Freud não desperta?

O que vemos é que, nesse momento, Freud “cai fora”, como diz Lacan (1954-1955/2010, p. 213). Ele se esvai por detrás das figuras dos três homens convocados para dar-lhe seus pareceres. Talvez seja essa evasão que permite que o sonho continue. É aí que Lacan situa a segunda parte do sonho. O autor aponta para uma espécie de fundição das figuras em uma multidão policéfala, que parece assemelhar-se ao sujeito acéfalo do inconsciente, justamente por não ser ninguém (Lacan, 1954-1955/2010, p. 228). Aqui, o sujeito, tendo atravessado o ponto

máximo de angústia, parece decompor-se e desaparecer. Rearranja-se uma espécie de multidão policéfala – uma polifonia sem sujeito.

As falas descosturadas e sem sentido dos três médicos culminam na fórmula igualmente sem sentido da trimetilamina: “uma voz que não é senão a voz de ninguém faz surgir a fórmula da trimetilamina, como a derradeira palavra daquilo de que se trata, a palavra de tudo. E esta palavra não quer dizer nada, senão que é uma palavra” (Lacan, 1954-1955/2010, p. 232). A aparição da fórmula da trimetilamina se segue ao momento em que a figura de Freud parece decompor-se e dissolver-se em uma multidão cujas falas e imagens se atravessam e se entrecortam. É nesse ponto que podemos reconhecer a dimensão fundamentalmente acéfala do sujeito: essa voz que vem de ninguém enunciando o A-Z da fórmula da trimetilamina. Podemos situar, aqui, o sujeito como furo, como lugar vazio, que Lacan evoca na figura de *Nemo*, ninguém. O A-Z tem peso de palavra maciça, sem sentido, enunciada por uma voz sem sujeito.

Nesse ponto, retornamos à questão do endereçamento. No final da lição de 16 de março de 1955, Lacan faz uma contribuição inédita à abordagem do sonho da injeção de Irma. Se ele se permite dar um passo além da interpretação do próprio sonhador, o faz apoiado nos eventos que se seguem à descoberta do inconsciente, e que culminam na inauguração de todo um campo discursivo que viria a ser chamado de campo freudiano. Para Lacan, da mesma maneira que o sonho, em análise, é endereçado ao analista, no sonho da injeção de Irma, Freud já se endereça a esse campo, ainda em constituição. É um endereçamento ao outro que irá lê-lo – um endereçamento a nós (1954-1955, p. 232). Quando interpreta o seu sonho, Freud o faz para a comunidade de médicos, psicólogos e antropólogos que já estão postos como os seus interlocutores. Através da sua análise, faz com que o escutemos e nos põe no caminho da descoberta do objeto que ele busca compreender. Dito de outro modo, não é apenas para si próprio que ele faz a descoberta do “sujeito acéfalo, que representa seu inconsciente” (Lacan, 1954-1955/2010, p. 232). Para Lacan, é esse sujeito que fala através do sonho. Enquanto se endereça ao seu interlocutor na interpretação do sonho, sem que o saiba ou queira de antemão, Freud diz algo que, ao mesmo tempo, é e não é mais ele:

Sou aquele que quer ser perdoado por ter ousado começar a sarar estes doentes, que até agora não se queria compreender e que se proibia a si mesmo de sarar. Sou aquele que quer ser perdoado por isto. Sou aquele que quer não ser culpado por isto, pois se é sempre culpado quando se transgride um limite até então imposto à atividade humana. Quero não ser isto. Em lugar de mim há todos os outros. Sou aí apenas o representante deste vasto, vago movimento que é a busca da verdade onde, eu, me apago. Não sou mais nada. Minha ambição foi maior do que eu. A seringa estava suja, sem dúvida. E justamente na medida em que a desejei demais, em que participei desta ação, em que quis ser, eu, o criador, não sou o criador. O criador é alguém maior do que eu. É o meu inconsciente, é esta fala que fala em mim, para além de mim (Lacan, 1954-1955/2010, p. 232-233).

É este o sentido do sonho da injeção de Irma para Lacan. Trata-se do encontro com um desejo transgressor, que ultrapassa o limite que, até então estava colocado à atividade humana. Na busca pela verdade, é o próprio Freud que desaparece. Já não é mais ele o criador, mas o seu inconsciente. Algo que fala nele a despeito e para além dele. É o que Lacan reafirma em uma das frases que fecham a lição: “existe um para além do *ego*, um inconsciente, um sujeito que fala, desconhecido pelo sujeito” (1954-1955/2010, p. 233).

Se, ao longo deste capítulo, entramos algumas vezes pela tangente dos sonhos, é porque, pelo menos na dimensão do sujeito do inconsciente, os sonhos e os sintomas compartilham uma mesma estrutura. Como nos sonhos, os sintomas analíticos também “se produzem na corrente de uma fala que tenta passar” (Lacan, 1954-1955/2010, p. 218). Em ambos podemos localizar o sujeito como furo ou vazio; ponto no qual a unidade do Eu se desestabiliza porque algo se evidencia ali que, ao mesmo tempo, é e não é aquele que sonha ou que sofre. Tanto nos sonhos quanto nos sintomas, há um sujeito que fala para além do Eu, mas é um sujeito acéfalo. Quando o perseguimos, encontramos uma trama de muitos entrecruzamentos e não encontramos ninguém. Não encontramos ninguém, mas encontramos um texto – espécie de montagem literal, feita de elementos mais ou menos soltos.¹⁴

O sujeito fala por intermédio dos sonhos, dos sintomas, dos atos falhos, dos chistes. Em uma análise, é a associação livre que produz a trama dos entrecruzamentos de significantes na qual será possível cernir o lugar excêntrico

¹⁴ Deixaremos esse fio para ser retomado ao longo dos próximos capítulos, especialmente no quarto capítulo, quando abordaremos a noção de letra.

(descentrado) do sujeito. Mas a associação livre não é, de fato, totalmente livre. Primeiramente, ela é uma fala endereçada a alguém. Segundo, é uma fala determinada pelas leis do inconsciente. Pedir ao sujeito que busca uma análise que fale livremente não significa pedir que ele fale o que quer. Pelo contrário, a ideia da associação livre é que ele fale tudo aquilo que lhe ocorre, inclusive aquilo que não quer dizer. Isso significa que ele tente soltar as rédeas do discurso e deixe que algo fale nele e a despeito dele; que ele possa dizer para além daquilo que quer ou que sabe dizer. E, para isso, tão importante quanto dar lugar ao que se diz, é dar lugar *aos tropeços*, no que se diz.

Para Lacan, o inconsciente se estrutura como um jogo combinatório de significantes (1964/2008, p. 27). Nessa estrutura, há algo que manca, que claudica. A partir dessa característica de claudicar, Lacan define o próprio inconsciente como “tropeço, desfalecimento, rachadura” (1964/2008, p. 32). Para ele, assim como para Freud, temos notícias do inconsciente quando, numa frase escrita ou pronunciada, algo se “estatela” (Lacan, 1964/2008, p. 32). A ideia de tropeço é intrínseca às formações do inconsciente. Nesses fenômenos, o falante parece mirar no que viu e acertar no que não viu. Ou seja, mesmo que o alvo seja desviado de seu propósito intencional, o lapso ou o ato falho podem acertar algo muito próprio e, ao mesmo tempo, estranho ao falante. No tropeço dessa ordem, algo como um achado se produz e gera a surpresa ligada “àquilo pelo que o sujeito se sente ultrapassado, pelo que ele acaba achando ao mesmo tempo mais e menos do que esperava – mas que, é, em relação ao que ele esperava, de um valor único” (Lacan, 1964/2008, p. 32).

O sintoma analítico é também uma forma de tropeço: alguma coisa não anda bem. Há algo que não está como deveria estar e que escapa às balizas que organizam o mundo para o sujeito. Se há algo de estranho no sintoma, há também algo de muito íntimo nessa experiência e, quando alguém se põe a falar sobre isso em análise, é comum que esbarre em algo que parece ultrapassar a si mesmo. O sintoma fala porque localiza o sujeito como furo na trama significativa. Mas, quando se chega perto desse furo, ele foge para outro lugar. Isso é uma maneira de dizer que o sujeito é sempre lugar vazio. O sujeito não é a significação e sim o próprio enigma: algo que fala em mim apesar de mim.

Sintoma e linguagem: o sintoma “fala”

Em seu esforço de fazer a psicanálise retornar aos alicerces fundamentais da teoria freudiana, Lacan, na década de 1950, edifica o seu famoso aforisma, segundo o qual *o inconsciente é estruturado como uma linguagem*. Assim como Freud, o psicanalista situa o sintoma ao lado das demais formações do inconsciente, mas dá um passo determinante ao afirmar que tais formações são, essencialmente, efeitos de linguagem.

Na conferência “O simbólico, o imaginário e o real” (1953/2005), Lacan associa a estrutura do sintoma àquela do sonho. Ele aponta que o sintoma “também exprime algo estruturado e organizado como uma linguagem” e que ele é sempre “plurívoco, sobredeterminado [...], construído exatamente da mesma maneira que as imagens são construídas nos sonhos” (Lacan, 1953/2005, p. 24). Se os elementos do sonho podem ser equiparados a uma espécie de escrita hieroglífica, e se o sonho pode ser lido, decifrado, como um *rébus*, então o sintoma também pode ser decifrado, justamente por apresentar uma estrutura análoga.

Em “Função e campo da fala e da linguagem na psicanálise” (1953/1998), Lacan enfatiza a dimensão simbólica do sintoma, ao sublinhar que é na estrutura da linguagem e, propriamente, no texto das associações livres do sujeito, que se devem buscar os elementos determinantes do sintoma:

pois se, para admitir um sintoma na psicopatologia psicanalítica [...], Freud exige o mínimo de sobredeterminação constituído por um duplo sentido, símbolo de um conflito defunto [...], e se ele nos ensinou a acompanhar, no texto das associações livres, a ramificação ascendente dessa linhagem simbólica, para nela detectar, nos pontos em que as formas verbais se cruzam novamente, os nós de sua estrutura, já está perfeitamente claro que o sintoma se resolve por inteiro numa análise linguageira, por ser ele mesmo estruturado como uma linguagem, por ser a linguagem cuja fala deve ser libertada (Lacan, 1953/1998, p. 270).

Essa passagem se articula diretamente com a concepção freudiana, mencionada acima, que traz o sintoma como signo de um conflito pulsional “defunto”, mas também ressalta inequivocamente a sua estrutura simbólica. É interessante, aqui, dar destaque à última parte da passagem, em que Lacan afirma que é em uma análise

lingueira que o sintoma se resolve, “por ser linguagem cuja fala deve ser libertada” (Lacan, 1953/1998, p.270).

Fabián Schejtman (2015) faz uma leitura dessa parte da citação, indicando que, nesse momento, o entendimento da interpretação psicanalítica está em consonância com a perspectiva do início do ensino de Lacan, na qual há uma prevalência da dimensão do simbólico. Aqui, a interpretação “é também simbólica, e levanta o sintoma ao dar acesso ao recalcado” (Schejtman, 2015, p. 33)¹⁵. Outra passagem de “Função em campo [...]” (1953/1998), parece dar sustentação à leitura feita por Schejtman: “o sintoma, aqui, é significante de um significado recalcado” (Lacan, 1953/1998, p. 282). Nesse trecho, o foco recai sobre a relação entre o significante e a significação. O sintoma pode ser interpretado como significante de uma significação recalcada. Ou seja, há um sentido em jogo no sintoma e, por isso, ele pode ser decifrado seguindo o fio da fala do analisante e “os nós” das estruturas verbais que ali se entrecruzam.

Já em um momento tardio de seu ensino, Lacan define o sintoma como um nó de significantes (1974/1993, p. 25). Se o sintoma “fala”, se ele permite alguma leitura, é porque podemos percorrer os fios dessa trama. Mas, ao cabo desse percurso, o sentido se esvai e ficamos apenas com a trama. Nessa perspectiva, podemos dizer que o sentido último do sintoma é a sua estrutura de nó, no centro do qual não encontramos um significado e sim um vazio de sentido que, até aqui, podemos chamar de sujeito. O sujeito do sintoma não está ali de antemão, mas se produz como *efeito* da fala. Tal como ocorre no sonho da injeção de Irma, o sujeito não está ali como causa do sintoma ou do sonho, mas surge como efeito de uma fala que o toma em questão.

Também como no sonho, o sintoma tem relação com o desejo inconsciente. Em seu quinto *Seminário: As formações do inconsciente*, proferido entre 1957 e 1958, Lacan aponta que, se o sintoma é analisável, é porque ele fala. “*Isso fala*”, diz Lacan (1957-1958/1999, p. 335), ao lembrar que esse postulado já estava presente desde as primeiras articulações de Freud. O sintoma, como formação do inconsciente, pode ganhar significação de fala por ter ligação com o desejo

¹⁵ A partir daqui, todas as citações retiradas deste texto são de tradução nossa.

inconsciente: “a questão é a da ligação do desejo, que permanece como um ponto de interrogação, um X, um enigma, com o sintoma do qual ele se reveste” (Lacan, 1957-1958/1999, p. 338). É porque o sintoma, ao mesmo tempo, veicula e reveste o enigma do desejo que ele se oferece à interpretação. O desejo, aqui, não parece ser, propriamente, desejo de algo, mas aparece como um enigma, um “x” no cerne da trama do sintoma. Podemos dizer que, nesse ponto, as concepções de sujeito e de desejo se aproximam. Lacan diz, no *Seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*, que quando o sujeito se depara com o objeto, o que surge é a angústia. Diante desse objeto inominável, o sujeito se esgarça. Resta-lhe a condição de desejo rasgado (Lacan, 1954-1955/2010, p. 227).

Em 1957, com o texto “A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud” (1957a/1998), Lacan dá forma à concepção do sintoma como metáfora. Vimos que, se o inconsciente é estruturado como uma linguagem, o sintoma, como uma de suas formações é, precisamente, efeito da articulação significante. O que se apresenta como novidade nesse texto é a ideia de que o sintoma não aparece como um significante de uma significação recalcada e sim como um significante que substitui *outro significante*, em uma operação metafórica:

O mecanismo de duplo gatilho da metáfora é o mesmo em que se determina o sintoma no sentido analítico. Entre o significante enigmático do trauma sexual e o termo que ele vem substituir numa cadeia significante passa a centelha que fixa num sintoma – metáfora em que a carne ou a função são tomadas como elemento significante – a significação, inacessível ao sujeito consciente onde ele pode se resolver (Lacan, 1957a/1998, p. 522).

Aqui, o significante do sintoma substitui o significante enigmático do trauma, e é nessa “centelha”, produzida pela operação da substituição significante, que o sintoma se fixa como metáfora, cuja significação permanece inacessível ao sujeito.

Segundo Schejtman, é manifesta a diferença dessa abordagem do sintoma em relação àquela feita por Lacan em “Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise” (1953/1998): “aqui, o recalcado já não é o significado, mas um significante” (Schejtman, 2015, p. 32). E não é qualquer significante, mas um significante enigmático cujo significado é inacessível ao sujeito, funcionando como suporte “obscuro” para a formação do sintoma. Schejtman vê no “significante enigmático do trauma sexual” um indício do que seria abordado por Lacan ao final de seu ensino. Ele se interroga se o “enigmático” não colocaria em jogo “a dimensão

do significante solo, do significante solto, que a letra comportará mais adiante na obra de Lacan” (Schejtman, 2015, p. 33). Acrescentamos à interrogação de Schejtman a pergunta se o traumático não diria respeito ao próprio encontro com a linguagem – questão que retomaremos no próximo capítulo.

Por ora, detemo-nos na ideia, ressaltada por Lacan em 1957, de que o sintoma é uma metáfora produzida por uma operação de substituição significante cuja significação permanece essencialmente inacessível. O significante enigmático, “*x*” do sintoma, não se resolve, pelo menos não de maneira completa. Resta sempre um ponto inabordável, como disse Freud acerca dos sonhos, no qual as possibilidades de representação fracassam e a interpretação pelo sentido encontra o seu limite. Mas isso não significa que o sintoma se esgote. Há algo em jogo no sintoma psicanalítico que lhe confere certa fixidez.

Se, até aqui, pudemos comparar o sintoma aos sonhos, chistes e atos falhos, é porque a formação de todos esses fenômenos é determinada pelas mesmas leis – as leis do inconsciente. No entanto, há um aspecto no qual os sintomas se distinguem radicalmente das demais formações do inconsciente. Esse aspecto é o seu caráter de *permanência*. Enquanto os sonhos, atos falhos e chistes têm caráter pontual, ou seja, são fenômenos passageiros, o sintoma, em geral, é duradouro. O sintoma não é algo fugaz – pelo contrário, tem aspecto de uma escrita que insiste no corpo. É interessante pensar que, quando um sonho, e mesmo um lapso, insistem no tempo e se repetem na vida de um sujeito, podemos atribuir-lhes o estatuto de sintoma. Assim, o aspecto diferencial do sintoma é seu caráter de insistência, de repetição.

Para Freud, a fixidez do sintoma é atribuída à sua relação com a satisfação libidinal, mas não só isso. O sintoma tende a percorrer caminhos já abertos por experiências anteriores de satisfação. A libido tem, por assim dizer, uma memória que é, em si, uma inscrição no corpo. Para Lacan, o que confere ao sintoma o seu caráter de permanência é a sua relação com o gozo.

Um exemplo da relação entre o sintoma e o gozo pode ser extraído do texto “Concepção psicanalítica do transtorno psicogênico da visão” (1910), comentado anteriormente neste capítulo. Miller (2004), em “Biologia Lacaniana e

acontecimento de corpo”, ressalta a dimensão de gozo do sintoma quando assinala que o texto de 1910 prenuncia o que será desenvolvido na virada teórica de 1920, com “Além do princípio do prazer” e a segunda tópica freudiana. Como sabemos, essa tópica inaugura o segundo dualismo pulsional e o binarismo “pulsões de vida”¹⁶ e “pulsão de morte”. É a partir do conceito de pulsão de morte que Lacan, depois de Freud, emprega a sua noção de gozo: algo que não está propriamente a serviço do prazer, mas de algo além, que a compulsão à repetição torna patente.

Retornando ao texto de 1910, quando um órgão escapa à finalidade de autoconservação (ou das representações unificantes do Eu) e se torna erotizado, deixa de estar a serviço da vida e do prazer para tornar-se suporte de gozo, ou melhor, de um “gozar-se” (Miller, 2004, p. 48). Podemos pensar em um autoerotismo no sintoma que, inclusive, modifica o corpo, na medida em que interfere na economia libidinal e nos circuitos da pulsão. Segundo Miller,

O olho pode e deveria servir ao corpo para orientá-lo, no mundo, a ver, e eis que se põe a servir o que Freud chama de a “*Shaulust*”, o prazer de ver. Não é absolutamente um prazer regulado, mas um prazer que transborda a finalidade vital, e que leva a anulá-la. É porque, aqui, o “*Lust*” é o prazer tornado gozo, e que o prazer, no sentido próprio, no nosso uso dos termos, torna-se gozo no momento em que transborda o saber do corpo, onde cessa de lhe obedecer (2004, p. 49).

O prazer torna-se gozo quando transborda o saber do corpo e a finalidade vital. O saber do corpo não deve ser confundido com o instinto, que seria um saber biológico. Ele é, antes, um saber incutido no corpo pelo discurso vigente, pelos significantes vindos da cultura. Esse saber participa de uma ordem à qual podemos atribuir o estatuto de uma maestria, no sentido de que são os significantes-mestres do Outro que regulam o corpo, segundo aquilo que o corpo deveria querer: a manutenção e perpetuação da vida. O prazer, aqui, é um prazer regulado pelo discurso. Aquilo que escapa a essa regulação desorganiza as representações do corpo enquanto corpo unificado, que deveria saber o que precisa para sobreviver (Miller, 2004, p. 49). É nesse sentido que Miller sublinha que o organismo precisa

¹⁶ As pulsões de vida, na segunda tópica freudiana, concernem todas aquelas tendências que estão a serviço da conservação da vida do indivíduo e sua reprodução. A partir de 1920, a pulsão de vida reúne as pulsões de autoconservação e as pulsões sexuais.

suportar, ao mesmo tempo, dois corpos: de um lado, o corpo-prazer, que é o corpo do saber cujo prazer se encontraria nessa regulação e, de outro, o corpo-gozo “desregulado, aberrante” (2004, p. 49). O sintoma evidencia essa sobreposição e coexistência de corpos, apontando para um corpo de gozo mais-além do corpo-prazer, regulado pelo saber.

A partir das indicações de Miller, talvez possamos dizer que o sintoma se situa no limite entre o corpo-prazer e o corpo-gozo. No que toca ao gozo, o sintoma desafia o saber que pode ser articulado na cadeia significante. Ele insiste como repetição que parece estar além do princípio do prazer. Esse é o nosso ponto de chegada neste capítulo e a nossa ponte para o próximo.

Ao longo deste capítulo, abordamos o sintoma pela via do sujeito – sujeito acéfalo, que “fala” por intermédio do sintoma, sendo esta uma fala que parece ultrapassar o próprio falante. Nessa perspectiva, o sintoma analítico pode ser tomado em sua vertente de mensagem: uma verdade sempre parcial, que se constrói no lugar do furo da trama significante. Apoiados nos caminhos de Freud e de Lacan, chamamos esse furo de “sujeito do inconsciente”. Pudemos sustentar que não há verdade ou significação última, à qual se possa chegar em relação ao sintoma, e que o sujeito em questão sempre escapa. Se o sintoma é um nó de significantes, o sujeito aparece como lacuna nessa trama.

Quando alguém se põe a falar em uma análise, é possível percorrer os fios desse nó e isso pode, inclusive, gerar efeitos de reconfiguração da trama. Ao longo das reconfigurações desses nós de significantes em análise, o que aparece é a repetição. Há algo que se repete no sintoma e que parece não pedir interpretação e nem carregar uma mensagem, mas que se basta por si mesmo. Isso nos leva a interrogar o que seria isso que se repete no sintoma para além da “mensagem”.

Veremos, no próximo capítulo, que essa é a parte do sintoma que permanece essencialmente sem sentido. Ainda que o sintoma ganhe algumas significações ao longo de uma análise, essa parte do sintoma, regida por um gozo silencioso, tende a confrontar o sujeito sempre com o mesmo objeto.

4

A parcela não interpretável do sintoma: o sintoma como gozo

4.1

Do sentido ao gozo

O sentido é efeito de linguagem

Na “Conferência em Genebra sobre o Sintoma” (1975/1998), Lacan dá destaque a dois capítulos das *Conferências Introdutórias à Psicanálise* (1916-1917/2014), que Freud dedica ao sintoma, pedindo aos seus interlocutores que as leiam.¹⁷ Nesse contexto, ele diz:

Se Freud contribuiu com algo, foi com isso. Com o fato de os sintomas terem um sentido que só se interpreta corretamente - corretamente querendo dizer que o sujeito revela uma parte dele - em função de suas primeiras experiências, isto é, na medida em que encontro o que chamarei, hoje, na falta de não poder dizer nem mais, nem melhor, a realidade sexual (Lacan, 1975/1998, p. 10).

Essa passagem merece ser destrinchada, por permitir uma série de desdobramentos importantes. Que os sintomas veiculam um sentido, isso já havia sido bem estabelecido por Freud, como vimos no capítulo anterior. No entanto, qual o estatuto dado ao sentido por Lacan na “Conferência em Genebra” (1975/1998)? Para abordarmos essa questão, é preciso recuarmos um pouco nos seus passos. Primeiramente, é necessário estabelecermos que o sentido é um efeito de linguagem. Isso significa que, para o homem, as coisas do mundo não possuem um sentido inerente. A construção de sentido é uma função do pensamento que, por sua vez, é indissociável da linguagem. Parece óbvio, mas o senso comum tende a situar o pensamento e a linguagem como atividades distintas.

A separação entre pensamento e linguagem é uma das ideias contestadas pelos proponentes do movimento estruturalista de meados do século XX, que atravessou o ensino de Lacan. Émile Benveniste (1958), por exemplo, argumenta

¹⁷ Como vimos anteriormente, *Wege zur Symptom Bildung* (os caminhos da formação dos sintomas) corresponde ao capítulo 23 das Conferências Introdutórias, e *Der Sinn* (o sentido dos sintomas) ao capítulo 17.

que não há uma anterioridade do pensamento em relação à linguagem. Para o autor, o pensamento só recebe a sua forma “da linguagem e dentro da linguagem” (Benveniste, 1958, p. 64. Tradução nossa) e esta seria a condição mesma para a realização do pensamento. A linguagem é entendida como uma grande estrutura pela qual o pensamento precisa passar para se formar: “não alcançamos o pensamento senão quando já apropriado aos enquadres da língua. Fora disso, não há nada além do anseio obscuro, impulso que se descarrega em gestos, mímica” (Benveniste, 1958, p. 64. Tradução nossa). Assim, conclui Benveniste, é ilusória a percepção de que haveria uma separação entre ideia e linguagem, e equivocada a noção de que existiria uma lógica inerente ao espírito, entendida como o pensamento puro, anterior e externo à linguagem.

Em concordância com essa perspectiva, Lacan afirma que o homem só pensa com a ajuda da linguagem: “se não houvesse palavras, de que o homem poderia testemunhar?” (1975/1998, p. 9). É aí que, segundo Lacan, Freud situa o sentido. O sentido passaria por aquilo de que o falante pode dar testemunho acerca de sua experiência.

Lacan vai mais longe na tentativa de situar o ponto exato no qual surge, para o falante, a representação. Ele dirá que é no encontro do corpo com a palavra que se esboça a possibilidade de alguma representação de si e do mundo. O homem é capturado pela imagem do seu próprio corpo e é a partir dessa imagem que ele vai dar forma àquilo que o rodeia. Nesse sentido, o homem “corpo-reifica” (Lacan, 1975/1998, p. 7) o mundo, segundo a imagem de seu corpo; torna-o “coisa” na *interseção entre a imagem e a palavra*. Tudo o que pensamos se enraíza aí.

E de que forma a linguagem intervém sobre o corpo? Lacan diz que ela incide sob a forma de *lalíngua* – palavra que, segundo ele, é a mais próxima da “lalação” (1975/1998, p. 9). Podemos dizer que *lalíngua* prescinde do sentido, tendo mais a ver com a materialidade sonora da palavra e com os equívocos que uma linguagem, qualquer que seja, veicula.

É absolutamente certo que é pelo modo como [*lalíngua*] foi falada e, também, escutada por fulano ou beltrano, em sua particularidade, que alguma coisa, em seguida, reaparecerá nos sonhos, em todo tipo de tropeço, em todo tipo de formas de dizer. É, se me permitem empregar, pela primeira vez, esse termo, nesse *motérialisme* que reside a tomada do inconsciente – quero dizer que o que faz com que cada um não tenha encontrado outros modos de se sustentar não é senão o que, há pouco, chamei de sintoma. (Lacan, 1975/1998, p. 10).

A passagem acima é particularmente esclarecedora por trazer o neologismo que conjuga a palavra (*mot*) e a materialidade (*matérialité*), indicando que *alíngua* tem uma espécie de concretude material. A incidência de *alíngua* sobre o corpo é capaz de modificá-lo, na medida em que deixa rastros e interfere nos caminhos do gozo. Esses rastros reaparecerão nos sintomas, sonhos, atos falhos – “tropeços” aos quais podemos atribuir a manifestação do inconsciente. Lacan diz que é aí, no encontro de *lalíngua* com o corpo, operado pela maneira como a linguagem foi escutada e falada por cada um, que se situa a “tomada do inconsciente” (Lacan, 1975/1998, p. 10). Isso parece ser determinante na maneira particular que cada um tem de gozar de seu inconsciente, sustentado pelo seu sintoma.¹⁸

O encontro da linguagem com o pequeno corpo prematuro deixa detritos com os quais a criança brincar e com os quais, quando crescida, necessariamente, “terá que lidar” (Lacan, 1975/1998, p. 11). A esses vestígios, deixados pelo encontro do corpo com a linguagem, vão se agregar os elementos que darão lugar, mais tarde, aos sintomas.

Para Lacan, a hipótese do inconsciente só se sustenta se admitirmos, primeiro, que o homem é impregnado pela linguagem. Ele é impregnado no sentido de que carrega os detritos e as marcas desse encontro, no qual se constitui como ser falante.

Se Freud postula a existência do inconsciente é porque entende que há coisas das quais nada se pode dizer, a não ser que o falante “sabe” sem sabê-las. Segundo Lacan, “a contribuição de Freud foi a seguinte: não há necessidade de saber que se sabe para gozar de um saber” (1975/1998, p. 9). Os sonhos, os atos falhos e os sintomas atestam esse fato.

A leitura de tais fenômenos só é possível na medida em que o sujeito diz algumas coisas sobre eles. É no discurso do sujeito que se pode cernir o que ficou como marca desses detritos de linguagem e, também, que se pode construir aquilo que Freud chamou de sentido. Freud deixou claro, já muito cedo, com *A interpretação dos sonhos* (1900/2006), que não há sentido desarticulado dos

¹⁸ No *Seminário RSI* (1974-1975), Lacan definirá o sintoma como a “maneira como cada um goza de seu inconsciente, na medida em que o inconsciente o determina” (1974-1975. Inédito).

elementos que surgem na fala do analisante. Lacan aponta para isso ao retomar o sentido dos sintomas na “Conferência em Genebra” (1975/1998).

Nesse ponto, situamos a distinção feita por Lacan entre o sentido (*Sinn*) e a significação (*Bedeutung*).¹⁹ *Sinn* diz respeito aos efeitos de sentido que só podem se articular em decorrência do fato de que falamos. Já *Bedeutung* designa a relação com o real. No sintoma, é a fantasia que funciona como uma espécie de referente dessa relação, uma vez que a fantasia opera como um véu que, ao mesmo tempo, encobre e veicula o real no sintoma. Isso significa que a fantasia é a última parada antes de se chegar aos pontos de fixação da libido – pontos caracterizados por uma lacuna de significação. Podemos dizer que a *Bedeutung* do sintoma aponta para essa lacuna de significação no próprio seio das possibilidades de articulação de sentido no sintoma. No limite, essa lacuna remete a um fato de estrutura que se impõe ao ser impregnado pela linguagem: a impossibilidade de se dizer a última palavra sobre a realidade sexual.

Aquilo que se opõe ao dizer-todo, ou seja, a que o sentido possa abarcar a totalidade da nossa experiência humana, é a mesma coisa que se opõe à realização sexual plena: o fato de que o sujeito, para poder entrar na linguagem, precisou perder uma parte de si (Miller, 1997). Essa é uma das vertentes da castração na perspectiva lacaniana. A entrada na linguagem cobra o seu preço na forma de uma perda da capacidade (ainda que suposta) de se gozar plenamente. Vale ressaltar, aqui, que importa menos a perda de gozo, que podemos entender como imaginária, do que o ponto de impossível, presente na própria estrutura do simbólico, e que às vezes aparece como furo.

É aqui que a parte final da passagem que destacamos no início deste capítulo parece elucidar-se. Quando Lacan diz que os sentidos dos sintomas só se interpretam corretamente quando levamos em consideração que, no encontro com as primeiras experiências, o sujeito deixa cair uma parte de si, parece estar apontando, justamente, para esse furo de significação no sintoma, que se localiza em torno dos primeiros pontos de fixação da libido. A “realidade sexual” à qual se refere parece dizer respeito precisamente à impossibilidade estrutural, tributária do

¹⁹ Lacan se baseia no artigo de Gottlob Frege, *Über Sinn und Bedeutung* (Sobre o sentido e o referente), publicado em 1892, no qual faz uma distinção entre sentido (*Sinn*) e *Bedeutung*, cuja tradução debatida, mas que é comumente traduzida por “referente”.

encontro do corpo com a linguagem, de aceder a uma satisfação plena, tanto no campo do sentido quanto no campo do gozo – levando-se em consideração que os dois campos não são, necessariamente, exclusivos.

Voltando às conferências freudianas, enquanto o capítulo 17 das *Conferências introdutórias à psicanálise* (1916-1917/2014) aponta para o sentido dos sintomas, podemos dizer que o capítulo 23 nos leva a considerar a *Bedeutung* do sintoma, que se refere aos pontos de fixação da libido. Se nos permitirmos fazer uma aproximação entre os pontos de fixação da libido no sintoma e o seu núcleo real de gozo, seguindo o que foi elaborado até aqui, é possível sustentarmos que esses pontos de fixação de gozo são oriundos do encontro traumático (porque sem mediação simbólica) do corpo com a linguagem. Esse encontro, afirmamos ainda, escapa à articulação de sentido, ainda que esteja presente no coração de tudo aquilo que podemos articular como sentido no sintoma.

Se pusermos lado a lado os dois capítulos que Freud dedica ao sintoma nas *Conferências introdutórias* (1916-1917/2014), é possível ver que *Der Sinn* coloca em primeiro plano o inconsciente interpretável e abordável pela via do sentido. Já em *Die Wege der Symptombildung*, o foco recai sobre os caminhos da libido na formação dos sintomas. Nesse caminho, o que vemos é uma articulação entre dois eixos da obra freudiana: o primeiro diz respeito à descoberta do inconsciente e dos fenômenos que, antes considerados sem sentido, passam a ser interpretáveis; o segundo eixo diz respeito à descoberta da função da sexualidade na formação das neuroses. Assim, podemos perceber que o problema do sintoma, nesse momento, para Freud, situa-se na articulação entre a teoria do inconsciente e a teoria da libido – poderíamos dizer, no léxico lacaniano, na articulação entre sentido e gozo.

No “Seminário de Barcelona sobre *Die Wege der Symptombuilding*” (1997), Miller aponta que o caminho de Freud, entre a 17ª e a 23ª conferência, vai do sentido à satisfação da libido no sintoma – do sentido ao gozo. Para o autor, esse é também o caminho percorrido por Lacan na construção de seu ensino. A articulação sentido-gozo, para ele, “concentra a temática central do ensino de Lacan” (Miller, 1997, p. 14. Tradução nossa)²⁰. Miller diz, então, que toda a construção do ensino de Lacan provém da lacuna que surge no lugar do esforço

²⁰ A partir daqui, todas as citações diretas deste texto são de tradução nossa.

freudiano em articular essas duas vertentes. Não é indiferente, portanto, que Lacan tenha, em 1975, já na década final de seu ensino, eleito essas duas conferências de Freud como pano de fundo para a sua fala sobre o sintoma.

Para Miller, a conferência 23 “é um estudo sobre os modos de gozar” (1997, p. 44). O sintoma é, em si, um modo de gozo. Isso fica patente na definição freudiana do sintoma como uma “nova” modalidade de satisfação libidinal.

Os caminhos (*Wege*) da formação dos sintomas se dão pelos desvios, ou rodeios (*Umwege*) da libido (Miller, 1997). Vimos, no capítulo anterior, o processo por meio do qual a interdição (externa ou interna) a um objeto de satisfação da libido desencadeia a sua fuga em direção a outros objetos e modalidades de satisfação. Se, para Freud, essa interdição dizia respeito às exigências da realidade ou às oposições por parte das pulsões do Eu, para Lacan, tal interdição é resultado de uma impossibilidade estrutural de se satisfazer plenamente com um objeto, qualquer que seja. O objeto, aqui, não é um objeto ao qual o sujeito alguma vez teve acesso e fora perdido, mas um objeto que, para todos os efeitos, sempre esteve e sempre estará fora de alcance. É nesse sentido que ele funciona, para Lacan, como oco, ou cavo, em torno do qual a pulsão faz o seu circuito. A ideia dos desvios da libido nos remete, assim, ao esquema do circuito pulsional, por meio do qual Lacan, no *Seminário* de 1964, descreve os rodeios da pulsão em torno do objeto *a*. Tanto Freud (1915/2010) quanto Lacan (1964/2008) apontam que, ainda que os caminhos tomados pelas pulsões sejam os mais diversos, a sua finalidade é sempre a mesma: a satisfação.

Descrevemos, acima, a maneira como a linguagem incide sobre o corpo, deixando os detritos e os rastros que se desenharão como circuitos da pulsão e caminhos do gozo. A libido encontra sempre um significante e, nesse encontro, parte dela é capturada pela lógica que rege o inconsciente e seus processos (de deslocamento e condensação ou, respectivamente, de metonímia e metáfora). Segundo Miller, os “rodeios, metáforas, metonímias, a plasticidade, põem tanto mais em relevo a constância da finalidade libidinal. A libido permanece sempre a mesma. Seus rodeios apontam para a satisfação” (1997, p. 42). Ou seja, não importa o caminho, a satisfação libidinal sempre se mantém como finalidade e, nesse sentido, não importa tanto o objeto por meio do qual ela é atingida.

Toda a teoria freudiana da formação dos sintomas desenvolvida na conferência 23 está baseada na ideia de que uma satisfação pode substituir-se a outra, devido à plasticidade da libido e à sua capacidade de deslocamento (Miller, 1997, p. 42). É por essa razão que Freud pôde concluir que o sintoma é uma satisfação substitutiva. No entanto, é importante entendermos que, ainda que a libido sofra desvios, satisfação é sempre satisfação, de modo que a finalidade da libido permanece inalterada. Assim, a “nova” forma de satisfação encontrada no sintoma é tão boa quanto a suposta satisfação “original”.

É a isso que Miller aponta quando diz que gozo é gozo e que “a pulsão não conhece o semblante de gozar” (1997, p. 43). Nesse sentido, há um real em jogo na satisfação pulsional. Já os desvios e os rodeios que a libido faz, possibilitados pela intervenção do significante, estariam mais “no registro do semblante” (Miller, 1997, p. 43). Para o autor, os *Umwege* diriam respeito ao que Lacan chamava de “invólucro formal do sintoma” (1966/1998, p. 70) – as roupagens que o sintoma toma emprestado do Outro para se formar. Esse elemento artificial é parte indissociável do próprio dispositivo de satisfação do sintoma. No entanto, não podemos esquecer-nos de que a chave dos sintomas é sempre pulsional e diz respeito a esse ponto de satisfação da libido, ou de gozo (Miller, 1997, p. 45). É aí que se situa o ponto real e imutável de sua estrutura.

Nos rodeios da libido, conservam-se traços dos antigos caminhos de satisfação, ainda que esses traços estejam condensados em – ou deslocados para – um detalhe ínfimo. Essa ideia pode ser lida em uma passagem da 23ª conferência de Freud:

Trata-se de uma satisfação à maneira infantil, mas que, por intermédio de uma condensação extrema, pode ser comprimida em uma única sensação ou inervação e, pela via de um extremo deslocamento, pode se restringir a um pequeno detalhe de todo o complexo libidinal (Freud, 1916-1917/2014, p. 487).

Nesse sentido, a ideia de que o sintoma é uma “nova” forma de satisfação é contestável. Há sempre algo de muito antigo no sintoma. Segundo Miller, “o sintoma não é algo novo, não é uma invenção, mas um retorno” (1997, p. 47). O sintoma é um feito de repetição.

Para Freud, a fantasia funcionaria com uma espécie de enclave no qual o prazer e as antigas vias de satisfação, agora renunciados, podem ganhar nova vida por meio de uma atividade psíquica. Na 23ª conferência de Freud, a fantasia é equiparada a uma “área de proteção” (Freud, 1916-1917/2014, p. 494), tal como o são as reservas naturais, nas quais aquilo que fora sacrificado em nome da necessidade é conservado em seu estado antigo: “nela, tudo pode vicejar e crescer como bem entende, até o que é infantil, mesmo o que é daninho. Uma tal ‘área de proteção’, subtraída da realidade, é também o reino psíquico da fantasia” (Freud, 1916-1917/2014, p. 494). Segundo Freud, a fantasia seria um ponto intermediário no caminho de retorno, ou regressão, em direção aos pontos de fixação da libido no sintoma.

Ao comentar a analogia freudiana da fantasia como uma área de proteção que contém um “enclave”, onde tudo se manteria como era, Miller sublinha que poderíamos extrair, dessa definição, “o lugar mesmo onde Lacan havia dito, uma vez, a palavra *extimidade*” (1997, 53). A palavra *extimidade* foi amplamente trabalhada por Miller em seu curso homônimo, de 2010, e não poderemos nos deter aqui nessa noção. Por ora, basta entender que, na perspectiva milleriana, o êxtimo não é o inverso simétrico do íntimo, mas aquilo que, do íntimo, é o mais opaco ao sentido. Isso nos serve, aqui, na medida em que nos permite aproximar esse enclave a uma espécie de “núcleo” da fantasia, êxtimo, ao mesmo tempo íntimo e opaco ao sentido, ligado aos pontos de fixação da libido descritos por Freud ao tratar dos sintomas.

Há algo na fantasia que escapa, tanto às exigências externas do princípio de realidade, quanto às exigências internas de diminuição das tensões, que é o objetivo primordial do princípio do prazer (Miller, 1997). Pode-se imaginar, portanto, que aquilo que “viceja e cresce” na fantasia não é somente fonte de prazer, mas também de desprazer, experimentado como excesso de excitação que escapa à regulação. Por isso, pode também ser daninho, como aponta Freud. Esse excesso permanece como inscrição, ou memória, “do trauma do gozo” (Miller, 1997, p. 53).

Fantasia e sintoma parecem articular-se nesse ponto de inscrição de gozo. Embora uma parte da fantasia e do sintoma possa ser capturada e “enredada” pelos efeitos de sentido, esses enredos acabam por evidenciar, também, um núcleo de gozo que permanece essencialmente opaco ao sentido. Nesse ponto, o núcleo do

sintoma não se apresenta como mensagem interpretável, mas se revela como uma forma de satisfação que se realiza na repetição silenciosa – puro gozo que não parece pedir nada a ninguém.

O sintoma, por natureza, é gozo

No *Seminário, livro 10: A angústia* (1962-1963/2005), Lacan apresenta o sintoma em sua vertente de gozo e afirma que “não é essencialmente da natureza do sintoma ter que ser interpretado” (1962-1963/2005, p 140). Ao fazer um contraponto entre o *acting-out* e o sintoma, Lacan destaca que “por natureza, o sintoma não é como o *acting-out*, que pede interpretação pois – esquecemos disso em demasia – o que a análise descobre no sintoma é que ele não é um apelo ao Outro, não é aquilo que mostra ao Outro. O sintoma, por natureza, é gozo” (1962-1963/2005, p. 140).

Se o sintoma é gozo, trata-se de um gozo que “se basta” em si mesmo, que não se dirige ao Outro e nem clama por ser interpretado. Isso não significa, ressalta Lacan, que ele não possa ser interpretado, mas não pode ser interpretado *diretamente*. É preciso que algo se acrescente ao sintoma para que seja interpretável, e isso que se acrescenta é a transferência: “é preciso haver transferência, isto é, a introdução do Outro” (Lacan, 1962-1963/2005, p. 139).

O Outro (A) é o lugar da própria estrutura da linguagem, espécie de alteridade íntima ao ser falante. A denominação do Outro (A) com A maiúscula (de *Autre*) indica a sua diferença em relação ao outro como semelhante de carne e osso. O Outro seria “a direção do discurso mais além daquele a quem se dirige” (Miller, 1988, p. 27) e o lugar a partir do qual o sujeito recebe a sua própria mensagem de maneira invertida. Nesse sentido, o Outro do discurso designa o próprio lugar do inconsciente. Para Lacan, “é a esse Outro para-além do Outro que o analista dá lugar” (Lacan, 1957b/1998, p. 440).

A interpretação do sintoma requer, portanto, a introdução do Outro através da operação da transferência. Trata-se da instauração do Outro no lugar de um saber suposto, antecipado; lugar que modifica a própria mensagem do sujeito. É nesse sentido que o analista dá suporte ao sintoma e, mesmo, o complementa.

É importante ressaltarmos, contudo, que não é apenas o sentido do sintoma que entra no jogo transferencial. Quando Freud aborda o analista como objeto do amor de transferência, coloca-o como objeto de investimento libidinal (1912/2006, p. 112). Na mesma linha, Miller dirá que “a libido também tem capacidade transferencial” e que “o analista se oferece como um objeto capaz de captá-la para permitir novos arranjos” (1997, p. 47). Nesse sentido, a própria análise pode funcionar como uma nova modalidade de satisfação da libido e, por isso, os efeitos de interpretação podem participar da montagem de novos arranjos. Isso é interessante porque demonstra como o sintoma precisa passar por um passo adicional, que é a sua captura pelo laço com o Outro, pelo laço transferencial, para entrar no discurso analítico.

É essa tomada do sintoma na transferência que possibilita o próprio andamento de uma análise, uma vez que é o analista, na transferência, que abre o caminho do sintoma para o campo do Outro simbólico. Ou seja, a introdução do Outro no circuito do sintoma faz com que ele possa ser endereçado ao analista como enigma, ou ponto de interrogação que remete ao desejo inconsciente. Entretanto, o que Lacan sublinha no *Seminário, livro 10* é que esse endereçamento é um *desvio* do sintoma, uma vez que o sintoma, por natureza, estaria fora de qualquer enlace com o Outro. É a entrada do sintoma no campo do Outro, pela via da transferência, que o tira do seu estado de gozo autista que não pede interpretação e o desloca de seu mutismo.

O sintoma revela, portanto, uma vertente silenciosa, que não se presta inteiramente à interpretação pela via do sentido. Lacan chega a afirmar, em “A Terceira” (1974/2022), que o “sentido do sintoma é o real” (1974/2022). Mas como o sentido do sintoma pode ser o real, se o real é, por definição, aquilo que escapa ao sentido?

Existe uma separação entre o sentido e o real, razão pela qual Lacan dirá que o real é marcado pela falácia do que concerne ao verdadeiro, uma vez que só é verdadeiro aquilo que tem sentido (Lacan, 1975-1976/2007, p. 112). Dito de outro modo, o real confronta o verdadeiro com o limite do que pode ser abarcado pelo esforço de significação. Brincando com a oposição entre o verdadeiro e o real, Lacan diz: “o verdadeiro sobre o real, se assim posso me exprimir é que o real [...] não tem sentido algum” (1975-1976/2007, p. 112). Não se pode dizer a verdade

sobre o real. Pode-se ter acesso, apenas, a “pedaços de real” e esses pedaços, ou caroços de real, não se ligam a nada (Lacan, 1975-1976/2007, p. 119).

Para Miller, a palavra “real” é, em si, um paradoxo, uma vez que já carrega, para nós, algum sentido. O simples fato de empregarmos o termo “o real” escamoteia aquilo que Lacan pretendia que o real designasse. Então, quando se fala do real, de certa forma, mente-se. Esse paradoxo fica evidente, por exemplo, quando Lacan trabalha com os nós borromeanos. Toda vez que ele nomeia um dos elos do nó, ele aponta que isso já é uma espécie de forçamento (Miller, 1997, p. 50). Ainda assim, é preciso encontrarmos alguma maneira de apontar para essa instância fora do sentido, uma vez que uma análise coloca isso em jogo.

A dificuldade de se designar o sentido do sintoma como sendo o real esbarra nesse mesmo paradoxo. Miller o formula da seguinte forma: “Lacan diz que o sintoma é da ordem do real; é um paradoxo porque o sintoma tem *Sinn*, tem um sentido segundo Freud [...]. Como se pode dizer, ao mesmo tempo, que é real se tem um sentido?” (1997, p. 50).

Por um lado, Lacan equaciona gozo e sentido. Um exemplo disso seria quando a libido que se satisfaz no sintoma é transferida ao analista no lugar do Outro detentor de um saber suposto sobre a verdade do sintoma – é o que se chamaria o gozo-sentido ou sentido gozado (Bassols, 1997, p. 72). Por outro lado, o gozo é separado totalmente do sentido e é equacionado ao real, o que aponta para um gozo opaco no sintoma, fora de sentido. Segundo Miller, Lacan não chega a uma solução definitiva para o impasse apresentado pelo sintoma. Ele não nos lega uma doutrina fechada e dogmática, e sim um campo de investigação no qual podemos encontrar espaços para a discussão e a elaboração (Miller, 1997, p. 50).

Acerca desse impasse, podemos propor que, embora o sintoma possa ser deslocado de seu mutismo por intermédio da operação da transferência, ainda assim, carrega uma vertente que é real. A face real do sintoma diz respeito, justamente, a um núcleo irreduzível de gozo, que aparece em uma análise como resto inassimilável. Uma das denominações desse resto é o objeto *a*.

4.2

O objeto *a* como núcleo de gozo no sintoma

O objeto *a* aparece no ensino de Lacan sob algumas vertentes. Destacamos, aqui, a face do objeto *a* como resto da operação de linguagem pela qual o sujeito se constitui. Vimos que a função do sujeito depende da articulação significante, ou seja, o sujeito é um *efeito* dessa articulação. O objeto *a* é o que sobra dessa operação subjetiva. Nas palavras de Lacan, “o *a* é o resto irreduzível na operação total do advento do sujeito no lugar do Outro” (1962-1963/2005, p. 179).

No *Seminário, livro 14: a lógica do fantasma* (1966-1967/2024), Lacan situa o lugar do Outro como sendo o próprio corpo, na medida em que é no corpo que se inscreve, originalmente, a marca significante. Nesse sentido, afirma que “o sujeito se funda a partir de uma marca no corpo que o privilegia, e é isso que faz com que, a partir de então, essa marca subjetiva domine tudo o que estará em questão para esse corpo, que ele esteja ali e não em outro lugar” (Lacan, 1966-1967/2024, p. 302).

Assim como o corpo figura como lugar do Outro, lugar das primeiras inscrições, ele também é lugar de gozo. O corpo, diz Lacan, é algo que pode gozar, e é o gozo próprio de um corpo, inaugurado pelos caminhos dessas primeiras inscrições, que o determina (1966-1967/2024, p. 316). É por essa perspectiva que buscamos entender a observação de Lacan segundo a qual a marca subjetiva domina, a partir da constituição do sujeito, tudo que estaria em questão para esse corpo, inclusive o gozo. O objeto *a*, “resíduo de presença ligado à constituição subjetiva” (Lacan, 1966-1967/2024, p. 310), é o que cai dessa operação e passa a funcionar como uma espécie de parceiro de gozo.

O parceiro que lhe resta, o pequeno *a* – é, a saber, a substância de vocês, sua substância de sujeito, na medida em que, como sujeito, vocês não têm nenhuma, a não ser esse objeto caído da inscrição significante, senão o que faz com que esse *a* seja uma espécie de fragmento, a passeio, do pertencimento do A (Lacan, 1966-1967/2024, p. 290).

Ao contrário do sujeito, que pode ser abordado como vazio ou lacuna na cadeia significante, o objeto *a* não é um vazio. Ele é *presença* dotada de substância – substância de gozo.

Para Lacan, o discurso produz “essa chuva, esse escoamento de resíduos” (Lacan, 1966-1967/2024, p. 310) no ponto de junção entre o sujeito e o corpo, e é

aí que ele situa o objeto *a*. O objeto *a* se localiza na fronteira do corpo, nas margens, inicialmente ocupadas pelos objetos oral, anal, voz e olhar. Embora o objeto *a* se localize no corpo, ele não é, segundo Lacan, o corpo total, mas um fragmento *desgarrado* do corpo, que não entra na imagem especular: “ele se apresenta como queda do corpo, como desgarrado em relação ao corpo do qual depende” (Lacan, 1966-1967/2024, p. 310). Trata-se, essencialmente, de um objeto que não tem imagem nem significação, razão pela qual Lacan o denomina, simplesmente, *a*.

Ao mesmo tempo em que esse objeto marginal fica fora da imagem especular²¹, ou seja, não aparece no espelho, ele também escapa ao domínio do significante. O objeto, “em sua função essencial, é algo que se furta ao nível da captação” (Lacan, 1962-1963/2005, p. 115). Ele é inassimilável, mas, nem por isso, deixa de insistir em subir ao palco. E, quando sobe ao palco, não aparece como cavo ou objeto faltoso, mas como presença estranha, que desestabiliza a cena.

Enquanto objeto faltoso – outra faceta do objeto *a* – ele parece estar mais associado ao desejo, ou melhor, ao objeto-causa, situado *atrás* do desejo como o seu motor. Enquanto objeto-resto, o *a* tende a aparecer “sob a aparência do deslustrado, do atirado aos cães, à imundície, à lata de lixo, ao rebotalho do objeto comum, na impossibilidade de colocá-lo em outro lugar” (Lacan, 1962-1963/2005, p. 120). Esse lixo é o próprio objeto de uma análise. Ele denota aquilo “que nos é mais íntimo” e o que nos é mais “estranho e vergonhoso” (Vieira, 2008, p. 117).

Nesse ponto, podemos aventar algumas hipóteses sobre o objeto *a*. Como assinalamos acima, o objeto aparece sob vertentes distintas. O objeto como causa de desejo tem a ver com o descompasso entre a pulsão e o objeto: “a pulsão, apreendendo seu objeto, aprende de algum modo que não é justamente por aí que ela se satisfaz” (Lacan, 1964/2008, p. 165). Nenhum objeto é capaz de satisfazer a pulsão por completo. É por isso que o objeto se furta continuamente ao seu alvo – ele parece estar sempre em outro lugar que não aquele onde é procurado. Trata-se de um objeto desde sempre perdido. O objeto é causa de desejo porque é um objeto

²¹ Referimo-nos, aqui, ao texto “O estádio do espelho como formador da função do eu” (1949/1998), no qual Lacan aborda a constituição do Eu segundo um jogo de reflexo da imagem corporal do *infans* no espelho, imagem à qual, justamente, algo escapa, e que podemos abordar, aqui, com a noção de objeto *a*.

que sempre falta; é um “cavo”, um buraco em torno do qual a pulsão faz o seu circuito (Lacan, 1964/2008, p. 176).

Já em sua vertente de resto, o objeto aparece como lixo, ou rebotalho. Nessa perspectiva, o objeto é um elemento que está sempre “desencaixado” e que tende a perturbar a vida quando dá as caras. A nossa hipótese é de que, quando o objeto se apresenta na sua condição de objeto faltoso, desde sempre perdido, ele opera como causa de desejo. Quando o objeto se presentifica como “substância de gozo”, ele é o rebotalho – aquilo que não se encaixa em lugar nenhum, a não ser na lata de lixo. Não é que sejam dois objetos distintos. As duas vertentes denotam o mesmo objeto, mas com incidências diferentes. Trata-se, aqui, de uma proposta de organização didática, que nos permite ordenar um pouco o nosso campo de investigação sobre a articulação entre o objeto *a* e o gozo no sintoma.

O objeto, ao contrário de ser uma ausência inefável, parece aproximar-se mais de uma presença, à qual, como vimos, é conferida uma substância de gozo (Miller, 2012, p. 23). É, portanto, um objeto de caráter paradoxal: ao mesmo tempo em que, em sua articulação simbólica, é o que cai como resto da operação significante, ele também surge em sua face real, como presença impossível de objetivar.

O gozo para além do princípio do prazer

É aí que se situa a questão do gozo. Para Lacan, “esse resto que se chama objeto *a*, é ali que se refugia o gozo que não cai sob o golpe do princípio do prazer” (1966-1967/2024, p. 331). Se o princípio do prazer pode ser definido como a lei da mínima tensão, o gozo seria algo que escapa a esta, excedendo os limites por ela impostos.

Lacan destaca que o gozo do sintoma é algo que ultrapassa “a barreira do bem”, ou seja, do princípio de prazer, e “é por isso que tal gozo pode traduzir-se num *Unlust*” (Lacan, 1962-1963/2005, p. 140), em um desprazer. O gozo em jogo no sintoma apontaria, portanto, para o além do princípio do prazer: “é exigível que

o termo *gozo* seja proferido, e como distinto do prazer, constituindo-se para além dele” (Lacan, 1966-1967/2024, p. 295).

Pode parecer paradoxal que, no sintoma, o gozo esteja imbricado com o registro da satisfação. No entanto, como Freud aponta na 23ª conferência das *Conferências introdutórias* (1916-1917/2014), esta forma de satisfação – que é satisfação de uma exigência libidinal – não é experimentada como tal no sintoma, e sim como mal-estar ou sofrimento. Surge, então, a questão, colocada por Lacan:

O problema para nós é, de fato, saber a todo instante como um nó, que só se sustenta por mal-estares e sofrimentos, vem a ser justamente aquilo pelo que se manifesta a instância da satisfação suspensa, isto é, o lugar em que o sujeito se mantém, na medida em que ele tende a essa satisfação” (Lacan, 1966-1967/2024, p. 295).

Nessa passagem, o sintoma é apresentado como um nó que se sustenta pelo sofrimento, e no qual *o próprio sujeito encontra alguma sustentação*. O sintoma é uma forma de satisfação, mas uma satisfação suspensa, que evidencia a exigência de desvios dos caminhos “por onde o sujeito permanece na via de sua busca, busca de gozo” (Lacan, 1966-1967/2024, p. 296).

Aqui, faz-se necessária uma breve digressão para melhor situarmos a relação entre o gozo e o além do princípio do prazer. Para Freud, é o princípio do prazer que vai de encontro às exigências da pulsão, impondo limites à satisfação da libido (ou ao gozo, para colocar as coisas no sentido lacaniano). É assim que surge a necessidade de desvios nos caminhos da libido. Um deles, como vimos, é a formação dos sintomas. Freud entenderá, em 1911, que o princípio da realidade se alia ao princípio do prazer na busca pela diminuição das tensões (1911/2010). Por isso, ele vai dizer que o princípio da realidade é uma continuação do princípio do prazer, apenas alongando o caminho para a obtenção de um prazer mais garantido. O Eu faz a função de veto às exigências libidinais que ameaçam as representações que o mantêm como uma instância unificada. Aquilo que escapa ao domínio do Eu, isto é, que excede o escopo das suas representações, coloca-se como uma ameaça de desintegração desse todo unificado. Nesse ponto, é preciso considerarmos que qualquer exigência pulsional, independentemente da sua natureza, pode ser excedente. O excesso depende menos da natureza da pulsão do que do tamanho (em

temos econômicos) da sua exigência. Com a virada teórica de 1920, o “Além do princípio do prazer” (1920/2020) passa a denominar aquelas exigências pulsionais que transbordam os limites impostos pelo princípio do prazer e pelo conjunto de representações do Eu. Freud percebe que tais exigências pulsionais tendem a caracterizar-se pela compulsão à repetição, e que elas não estão, de forma alguma, a serviço do princípio do prazer, mas parecem satisfazer algo que está para além desse princípio.

Em 1926, Freud assinala que a própria existência da pulsão representa um perigo contra o qual o Eu se defende (Freud, 1926/2014, p. 117). Apoiados nas elaborações de Lacan, podemos dizer que a pulsão é, em si, uma transgressão do princípio do prazer, uma vez que não traz uma exigência de prazer, mas um mais-de-gozar (Miller, 2020, p. 87). É por essa razão que toda pulsão estaria, originalmente, para além do princípio do prazer.

Como assinalamos, a entrada na linguagem acarreta a perda de uma parcela de gozo. O mais-de-gozar é correlato a essa perda originária; é o que pode retornar de gozo a partir da experiência de gozo ceifado pela incidência da linguagem.

Ali onde Freud situava o papel do Eu, Lacan situa a função da linguagem – isto é, o lugar de uma ordem, mantenedora das leis do princípio do prazer (Miller, 2020). Igualmente, enquanto Freud atribui o recalque ao Eu, para Lacan, o recalque é uma função da linguagem. Ou seja, se há um veto à satisfação pulsional, esse veto se dá pela própria incidência da linguagem. A linguagem, ao instituir uma ordem simbólica, serve como uma espécie de estrutura ou organização. Essa organização deixa algo de fora (uma vez que é próprio de qualquer ordenação, justamente, deixar algo de fora). Contudo, o elemento deixado de fora da ordem não chega a ser anulado por essa operação. Ele persiste e retorna, permanecendo irreduzível ao princípio do prazer. O objeto *a* é esse resíduo da constituição subjetiva que a cadeia significante não chega a reabsorver. Ele parece condensar aquilo que, da pulsão, mantém-se como exigência de satisfação e insistência de gozo. É com esse objeto, dotado de uma substância de gozo, que o sujeito vai haver-se no sintoma.

Não há pulsão sem sintoma

O sintoma, como aponta Miller, é produto necessário do recalque da pulsão em função da estrutura da linguagem (2020, p. 88). As exigências pulsionais não se dobram aos limites impostos pelo princípio do prazer; elas exercem uma pressão constante por satisfação. Como o veto não significa a cessão das exigências pulsionais, há a necessidade de deslocamento da pulsão. O desvio encontrado pela pulsão no caminho para a sua satisfação é o sintoma. O sintoma diz respeito, portanto, ao retorno da pulsão. Miller traça, aqui, um paralelo com o retorno do recalcado, não pela via do significante, e sim pela via do gozo: “assim como aquilo que está proibido de se dizer se diz, simetricamente, há retorno do gozo sob a forma do sintoma” (Miller, 2020, p. 89).

Uma vez que o recalque está dado por estrutura, a direção da pulsão conduz, invariavelmente, ao sintoma, como forma substitutiva de satisfação pulsional. É aí que entra o sintoma sob a categoria da necessidade. Desse modo, Miller aponta que “não há pulsão sem sintoma” (2020, p. 90). A pulsão – e, conseqüentemente, o sintoma – são fatos incontornáveis no destino do ser falante. Se o sintoma é da ordem do necessário e se o retorno da pulsão é um fato de estrutura, então o que uma análise pode propor que não seja o impasse?

De certa maneira, Lacan toca nesse ponto quando, ao falar sobre o final de análise, interroga como o sujeito que atravessou a fantasia pode viver a pulsão (1964/2008, p. 264). Segundo Miller, é a própria fantasia que faz obstáculo a que se possa viver a pulsão. Veremos a maneira como isso se desdobra, mas, antes, é necessário situarmos melhor o conceito de fantasia e a sua relação com o sintoma.

4.3

A fantasia e sua relação com o sintoma

Podemos dizer que a fantasia, ao mesmo tempo em que situa o ponto de gozo opaco no sintoma, também o dissimula. Para Lacan, a fantasia funciona como um “enquadre” que fornece as coordenadas para a relação de conjunção e disjunção entre o sujeito e o objeto. Ela pode ser pensada como uma espécie de tela que

recobre, sempre parcialmente, essa parte da experiência humana que escapa à simbolização e a que Lacan chamou de real.

A escrita da fantasia ($\$ \diamond a$) situa o sujeito ($\$$) em certa oposição em relação ao objeto (a). Tal relação, que Lacan chama de “polivalência”, é explicitada pelo losango da punção (\diamond), composto por dois termos: a disjunção (\vee) e a conjunção (\wedge) (Lacan, 1962-1963/2005, p. 193). Podemos entender a punção como a escrita de uma alternância, na qual prevalece o sujeito ou o objeto, mas nunca os dois ao mesmo tempo.

Diferentemente do sujeito, que aparece sempre em fuga como lacuna na cadeia significante, o objeto tem certa fixidez (Lacan, 1966-1967/2024). Ele subsiste na medida em que condensa algo do gozo. É nesse sentido que Lacan o situa como parceiro do sujeito, sendo por intermédio da fantasia que se estabelece a relação entre o sujeito e esse objeto, desgarrado dele. Se o sujeito do significante está sempre em deslocamento, se ele falta em seu lugar, é o objeto, tomado no enquadre da fantasia, que lhe confere alguma fixidez.

Para Miller, $\$ \diamond a$ é a “escrita de um sujeito fixado por um objeto em si mesmo especial” (1982/2006, p. 34. Tradução nossa). Segundo o autor, é importante que se considere essa dimensão na experiência analítica e que “não se silencie a função de repetição da fantasia, a inércia que esta assegura ao desejo, a viscosidade que realiza sobre a metonímia, o estilo de estagnação, o modo de repetição ociosa que confere à maior parte de uma análise” (Miller, 1980/2018, p. 22). Miller se refere a esse ponto de fixidez na fantasia, que se liga à presença real do objeto a , como um estilo de estagnação – uma espécie de repetição diante da qual o sujeito parece responder sempre do mesmo lugar. Podemos dizer tratar-se de uma resposta que se articula a uma determinada forma de gozar.

Ao mesmo tempo em que a fantasia fundamental funciona como uma matriz para o lugar do sujeito em oposição ao objeto, ela também surge como uma espécie de resposta do falante acerca do enigma do desejo do Outro (Lacan, 1960/1998, p. 829). Desse modo, a fantasia situa a posição do sujeito diante do desejo, que é sempre desejo do Outro.

Podemos propor que, assim como o sintoma tem uma parte que “fala” (que se apresenta como mensagem cifrada) e outra parte que é silenciosa (articulada à sua parcela de gozo fora do sentido), a fantasia também tem duas facetas. Uma parte da fantasia é interpretável e a outra parte não é. Podemos articular a parte interpretável da fantasia à resposta, construída em análise, sobre a verdade do desejo. Essa resposta é sempre parcial, mas diz respeito, precisamente, à maneira como o falante encontrou de fazer frente ao enigma do desejo do Outro, aos significantes que marcam a sua posição subjetiva diante desse Outro, suas identificações etc. A parcela não interpretável da fantasia diria respeito a seu núcleo real, que toca ao ponto de fixidez de um gozo opaco ao sentido. É evidente que ambas as dimensões coexistem na fantasia. No entanto, podemos dizer que a sua dimensão fundamental é esse resíduo imutável, o objeto *a*.

A gramática da fantasia

A fantasia, assim como o inconsciente, é estruturada como uma linguagem. Ela tem a particularidade, contudo, de revelar esse fato de uma maneira mais nítida do que as demais formações inconscientes, uma vez que é mais estreitamente ligada a uma gramática. Segundo Lacan, “o fantasma é uma frase, com uma estrutura gramatical, o que parece indicar a articulação de sua lógica” (Lacan, 1966-1967/2024, p. 323). Ligada à dimensão do desejo, a fantasia funciona como uma significação fechada, e é por essa vertente que ela se articula ao sentido. Lacan ressalta que a *Bedeutung* de que se trata na fantasia é uma significação que, embora sempre escape, parece operar por detrás dos efeitos de compreensão. A fantasia, diz ele, “lhes dá a medida da compreensão, precisamente por esse aspecto de despertar em vocês o desejo” (Lacan, 1966-1967/2024, p. 323). É nesse sentido que ela pode funcionar como resposta ao *x* pelo qual a dimensão do desejo se apresenta ao sujeito.

É do texto “‘Bate-se numa criança’: contribuição para o estudo da origem das perversões sexuais” (Freud, 1919/2020) que Lacan extrai a estrutura gramatical da fantasia. No texto, Freud aborda uma fantasia que aparece com frequência na sua clínica: a fantasia infantil de espancamento. Como o próprio autor ressalta em

algumas passagens, tais fantasias surgem como produto de uma construção em análise. Isso significa que as formulações da fantasia apresentadas no texto são, elas próprias, o resultado do trabalho de análise e não são, necessariamente, memórias de experiências de fato vividas da maneira como são formuladas posteriormente. Isso não significa, contudo, que as fantasias não estejam articuladas a vivências de satisfação primordiais que, como vimos, apontam para os caminhos de inscrição de gozo, mas são vivências que recebem, em análise, uma estrutura gramatical própria.

Segundo Freud, “as fantasias de surra possuem uma história evolutiva nada simples, em cujo decurso a maior parte delas é modificada mais de uma vez: sua relação com o autor da fantasia, seu objeto, conteúdo e seu significado” (1919/2020, p. 129). Tais modificações em relação à posição do sujeito, do objeto e do conteúdo denotam três tempos da fantasia, que são formulados como três frases.

No primeiro tempo, a fantasia se apresenta com a frase “bate-se em uma criança”, ou “uma criança é espancada”. Freud percebe que esse tempo é marcado por uma indefinição, tanto em relação a quem bate quanto em relação a quem apanha. Pode-se definir apenas que a criança que apanha não é o sujeito que relata a fantasia.

A frase “estou sendo surrada pelo meu pai” denota o segundo tempo da fantasia. Vê-se que, do primeiro tempo para o segundo, há dois desenvolvimentos significativos: aquele que bate passa a ser o pai e o objeto da surra passa a ser a própria criança. O terceiro tempo é marcado pela substituição do pai por outro adulto, como um professor, e da própria criança por múltiplas outras que não são ela. O sujeito (criança) já não aparece mais na cena, a não ser como aquele que *olha*, que observa a surra.

O que é interessante notar no texto de Freud é que, na gramática da fantasia, as posições se deslocam e se alternam. Ora é a própria criança que apanha, ora é outra; ora é um sujeito indefinido que bate, ora é o pai ou seu substituto. Contudo, a estrutura geral da fantasia permanece a mesma: há alguém que bate e alguém que é surrado. Existe, ainda, um olhar que testemunha a cena, ao mesmo tempo interno e externo a ela.

Lacan ratifica essa ideia no *Seminário, livro 14* (1966-1967/2024), quando retoma o texto de Freud. Na ocasião, ele articula o texto “Bate-se numa criança”

(Freud, 1919/2020) à sua escrita da fantasia, dando lugar, no escopo dessa gramática, aos termos \$ e *a*:

Digo – tendo por modelo *Uma criança é espancada* – que o fantasma não passa de um arranjo significante cuja fórmula já dei ao parear o *pequeno a* com o S barrado. Isso quer dizer que o fantasma tem duas características: a presença do objeto *a* e, por outro lado, nada além do que engendra o sujeito como \$, a saber, uma frase. É por isso que *Uma criança é espancada* é típico. *Uma criança é espancada* não é nada mais do que a articulação significante *Uma criança é espancada* – com a ressalva, leiam o texto, de que ali paira algo impossível de eliminar, que se chama o olhar (Lacan, 1966-1967/2024, p. 351).

Bate-se em uma criança é uma formulação típica por evidenciar, claramente, a sua estrutura de articulação significante – a sua estrutura essencialmente gramatical. Podemos dizer que a fantasia é, aqui, estruturada como um arranjo significante, cujo efeito é o engendramento da posição do sujeito barrado. Como o texto de Freud demonstra, existe a possibilidade de deslocamentos, transmutações e mesmo da eliminação de elementos significantes que compõem essa estrutura. Lacan enfatiza, contudo, que há um ponto fixo e não eliminável nessa estrutura: o olhar. De certa maneira, é o olhar que sustenta a frase em seus deslocamentos.

Para Miller, a fantasia pode ser entendida a partir de três dimensões distintas (1982/2006). A primeira, mais facilmente observável, diz respeito à sua dimensão imaginária, que se manifesta pelos personagens que figuram no cotidiano do sujeito, diante dos quais ele tende a travar relações semelhantes, que dizem respeito à sua posição subjetiva diante do Outro. A segunda dimensão é simbólica, que podemos identificar mais claramente no tratamento dado à fantasia por Freud, em 1919. Como vimos, esse texto traz a fantasia reduzida a uma frase com variações gramaticais.

Segundo Miller, trata-se, nessa dimensão, “de uma pequena história que precisa obedecer a certas regras, certas leis de construção, que são as leis da língua” (1982/2006, p. 30. Tradução nossa). Contudo, a fantasia não se resume às dimensões imaginária e simbólica. Para Miller, a dimensão fundamental da fantasia é a sua dimensão real, ou seja, de resíduo imutável. Esse resíduo, como já

estabelecemos, pode ser relacionado ao objeto *a*. O objeto *a* aparece, aqui, como o núcleo da fantasia.

Tiquê e autômaton: a incidência do objeto na repetição

Podemos dizer que a fantasia é o conceito que situa o lugar do objeto *a* na repetição. No *Seminário, livro 11* (1964/2008), Lacan retoma dois aspectos da repetição, *tiquê* e *autômaton*, ambos os termos extraídos da teoria aristotélica dos princípios. *Autômaton* pode ser correlacionado ao desdobramento automático da cadeia significante, que engendra a insistência ou retorno dos signos, enquanto *tiquê* estaria para além de *autômaton*, como aquilo que “vige sempre atrás” da volta ou insistência dos signos (Lacan, 1964/2008, p. 59). Mais especificamente, Lacan traduz *tiquê* como “o encontro do real” (1964/2008, p. 59); encontro marcado, ao qual o sujeito é sempre chamado, “com um real que sempre escapole” (1964/2008, p. 59).

Nessa cadeia que insiste, a repetição como *tiquê* parece ser o que irrompe, como que por acaso. Sendo aquilo que opera por detrás da cadeia significante, *tiquê* parece se relacionar com o encontro fortuito com algo que sempre escapole, mas que, nem por isso, deixa de se fazer presente, ainda que seja vazio de representação. Fink relaciona essa vertente da repetição ao encontro com o objeto, quando aponta que “a repetição, na sua acepção lacaniana, é o retorno daquilo que permanece auto-identico, e que só pode ser o objeto *a*” (1997, p. 240).

Aqui, podemos esboçar a seguinte distinção entre *autômaton* e *tiquê*: enquanto o desdobramento ordeiro de *autômaton* parece deixar o objeto fora de cena, *tiquê* parece se apresentar como um encontro em que o objeto *cai para dentro da cena*.²² Dito de outro modo, *tiquê* parece ser uma repetição que inclui, de alguma forma, o objeto. No encontro operado pelo acaso, algo se faz presente, mesmo que seja como estatelamento. Em geral, é do impacto disso que podemos ter notícias, embora o objeto, em si, não seja facilmente apreendido.

²² Essa ideia de uma repetição em que o objeto cai para dentro da cena foi amplamente discutida nos encontros do grupo de pesquisa “A voz e seus limites”, coordenado por Marcus André Vieira, na PUC-Rio, em 2017. Foi desdobrada, também, na dissertação de mestrado intitulada “Do homem ao objeto: considerações sobre estilo e transmissão no ensino de Lacan” (Marques Porto, 2019).

Miller aborda, de maneira semelhante, duas formas de repetição, salientando que a distinção entre ambas se dá pela incidência, ou não, do objeto no simbólico. A primeira repetição seria própria ao ordenamento significante. Nela, o objeto *a* não aparece e o que se revela são “os circuitos de determinação simbólica que se deixam formular como leis da determinação simbólica” (Miller, 2005, p. 77). O efeito desses circuitos é o advento do sujeito, sempre determinado pelas leis do campo do Outro. Nesse caso, há a “dominância do significante sobre o sujeito, fazendo emergir um sujeito sem nenhuma relação com o real” (Miller, 2005, p.77). Poderíamos fazer, aqui, uma articulação entre essa repetição significante, na qual o objeto fica escamoteado pela cadeia, e *autômaton*. Miller destaca, em sequência, uma repetição que se dá *com a incidência do objeto a*:

em *Os quatro conceitos fundamentais*, vocês encontram uma outra figura de repetição. Ali, ela aparece, pelo contrário, no que diz respeito ao objeto como sempre marcado de um rateio fundamental [...]. A repetição, longe de ser somente repetição monótona do simbólico, aparece presa entre rateio e encontro (Miller, 2005, p. 78).

Nessa passagem, o autor parece referir-se a outra dimensão da repetição, que podemos relacionar a *tiquê*, e que traz a presença do objeto no ponto de rateio da cadeia significante, onde podemos localizar algo do encontro com o real.

Quando Lacan aponta que a fantasia é uma tela que dissimula algo de determinante na repetição (1964/2008, p. 64)²³, ele indica que é o real que está no cerne, tanto da fantasia, quanto da função da repetição. Para ele, “é em relação ao real que funciona o plano da fantasia. O real suporta a fantasia, e a fantasia protege o real” (Lacan, 1964/2008, p. 47).

Como articular isso à incidência do objeto no plano da fantasia? Como destacamos anteriormente, o que determina a repetição é o encontro faltoso com um real que escapole. Segundo a perspectiva do *Seminário* de 1964, podemos ligar a repetição à insistência do objeto que sempre falta em seu lugar. Trata-se, aqui, do objeto causa de desejo, que o sujeito vai buscar no campo do Outro, ao preço da perda de uma parte de si. Há outra vertente do objeto, no entanto, também operante

²³ “A fantasia nunca é mais do que a tela que dissimula algo de absolutamente primeiro, de determinante na função da repetição” (Lacan, 1964/2008, p. 64).

na repetição – não como objeto faltoso por excelência, mas como *presença* real de algo que aparece sempre como auto idêntico. Nessa vertente, situamos o objeto em sua dimensão de elemento de gozo, associado ao núcleo real da fantasia – núcleo que se articula à parte do sintoma que não se dirige ao Outro, mas que se satisfaz em si mesma. Há um ponto no qual o sintoma se revela como repetição do encontro com a presença desse objeto dotado de uma substância de gozo. Algo insiste no sintoma, por detrás do que se desdobra na cadeia significante. O ponto onde o sintoma insiste como pura exigência de gozo parece nos dar notícias disso.

Se, à luz da repetição, a fantasia pode ser enxergada como uma forma sempre parecida de o sujeito fazer frente ao encontro faltoso com o objeto, ela também parece fixar-se sobre uma forma de satisfação que retorna continuamente ao mesmo lugar e da mesma maneira, enredando a presença real do objeto. Essa é uma maneira de compreender a afirmação de que a fantasia, ao mesmo tempo que se estrutura a partir do real, também o protege. Segundo Miller, “o objeto *a* é somente a parte elaborada do gozo, é a parte fantasmática ou semântica do gozo, a parte do gozo já atraída pela fantasia” (1997, p. 26. Tradução nossa). Há, contudo, uma parte de gozo que está para além daquilo que pode ser enredado pela fantasia. A fantasia, de certa forma, mantém essa parte escandida da cena. Quer dizer: isso só se presentifica quando a fantasia vacila.

Na cena da fantasia, ou o sujeito está em primeiro plano, ou o objeto – mas nunca ambos ao mesmo tempo. Em geral, toda vez que o sujeito se aproxima do objeto, o objeto escapole. Entretanto, quando o objeto se apresenta em primeiro plano, ele perturba a cena; o sujeito desaparece e o que se produz é a angústia. É o que Lacan chamou de *fading* do sujeito diante do objeto (1964/2008, p. 203). Podemos nos interrogar se *tiquê* teria relação com esse momento em que o objeto, em sua face real, sobe ao palco, engendrando o encontro com o que é, ao mesmo tempo, estranho e íntimo ao sujeito.²⁴

Nesse ponto, podemos interrogar sobre a formulação de Lacan a respeito do final de análise, apresentado como a travessia da fantasia (Lacan, 1964/2008, p. 264). Segundo Miller, nesse momento do ensino lacaniano, a travessia da fantasia

²⁴ O objeto pode ser qualificado como “o que há de mais eu-mesmo no exterior, por ter sido cortado de mim” (Miller, 2005, p. 56).

diria respeito à noção “de um sujeito que deixaria de estar em *fading* diante do objeto *a*” (2020, p. 267. Tradução nossa).

E o que significa isso? Seria, de certa forma, trazer os efeitos do *a* para dentro da vida. Ou seja, aquilo que fora escamoteado pela fantasia, é incluído, de certo modo, nos arranjos que o sujeito pode fazer diante das exigências de gozo que escapam às leis impostas pelo princípio do prazer.

Aqui, não se trataria mais de uma oposição entre sujeito e objeto, mas da possibilidade de fazer, entre os dois termos, novas amarrações. Essa perspectiva tem implicações para a clínica e marca uma diferença entre a abordagem freudiana e a abordagem de Lacan, especialmente no que diz respeito aos destinos do sintoma em uma análise levada a cabo.²⁵

Ao longo do segundo capítulo, abordamos a perspectiva freudiana do sintoma analítico como uma formação de compromisso diante do conflito entre diferentes exigências pulsionais. A dimensão do conflito é central no desenvolvimento da obra de Freud e é a partir dela que o autor elabora os conceitos de recalque, inconsciente e suas formações.

As formulações de Lacan sobre o final de análise parecem nos indicar o caminho para uma abordagem da clínica na qual o conflito não figura mais em primeiro plano. Isso se torna especialmente claro no final do ensino de Lacan, com a clínica dos nós (Miller, 1997), que abordaremos no próximo capítulo.

Ainda assim, já em 1964, podemos recolher, das consequências da formulação sobre a travessia da fantasia, o apontamento para uma clínica que não estaria tão centrada na dimensão do conflito. De acordo com Miller, “não se trata, nessa clínica, de resolver o conflito, como em Freud, mas de obter um novo arranjo, de um funcionamento mais ou menos custoso para o sujeito” (1997, p. 46. Tradução nossa).

²⁵ Cabe ressaltar que Lacan aborda o sintoma de maneiras distintas ao longo do seu ensino. Consideramos, aqui, o sintoma das formas como é abordado depois de 1964, a partir do estabelecimento do primeiro paradigma do final de análise como travessia da fantasia e, posteriormente, em 1976, como identificação com o sintoma. Podemos conjecturar que ambas as formulações sobre o final de análise (ou seja, sobre o que se pode esperar de uma análise concluída) geram efeitos para o próprio entendimento do estatuto do sintoma psicanalítico no ensino de Lacan, assim como os seus possíveis destinos em uma análise.

O para-além da fantasia diria respeito à possibilidade de criação de novos arranjos com aquilo que fica desencaixado da vida regida pelas leis do princípio do prazer, ou seja, pelos enquadres estabelecidos para os modos de satisfação. Essa não é, evidentemente, a única perspectiva para a direção da cura aberta ao campo da psicanálise. Há outras, mas esta parece ser a perspectiva que enlaça o sintoma em sua dimensão do que é necessário por estrutura. Isso quer dizer que, no lugar de buscar erradicar aquilo que se apresenta como a parcela irreduzível do sintoma – a saber, o gozo –, essa perspectiva propõe incluí-lo.

Incluir o gozo (que sempre esteve presente) no sintoma é trazer esse objeto desencaixado, ou exilado, para dentro da vida e, com ele, fazer novas arrumações. O conceito de fantasia fundamental nos ajuda a situar esse ponto de gozo que insiste no sintoma, do qual não podemos nos curar, mas que nos cabe atravessar.

4.4

Atravessar a fantasia

O final de análise não é um tema resolvido

A questão do final de análise e de como situá-lo não parece ser uma questão fechada. Ela é proposta por Lacan como um ponto de pesquisa em aberto, que toca tanto ao que vem a ser uma análise quanto à própria formação do analista.

O importante de destacar, aqui, é que a primeira abordagem de Lacan sobre o final de análise, aquela de 1964, é uma formulação teórico-clínica muito própria e parece ser um passo que ele dá além da doutrina freudiana – ali onde Freud também havia deixado a questão do final de análise em aberto.

A primeira pergunta que se coloca é: uma análise tem fim? Essa é a questão central abordada em “Análise finita e infinita” (Freud, 1937/2018). Nesse texto, Freud se interroga sobre os limites de uma psicanálise e sobre o que se pode esperar de uma análise concluída. Para que uma análise seja considerada como terminada, Freud coloca no horizonte duas condições, que não necessariamente se cumprem por completo – basta que se cumpram *satisfatoriamente*. Primeiro, que o paciente não sofra mais com os sintomas, as angústias e as inibições com as quais entrou em análise. Segundo, que “tantas coisas recalcadas se tornaram conscientes para o

paciente, tantas coisas incompreensíveis foram esclarecidas, tantas resistências interiores foram vencidas que não se precisa temer as repetições dos processos patológicos a elas relacionados” (Freud, 1937/2018, p. 319-320).

Freud não diz que tudo o que pertence ao inconsciente precisa tornar-se consciente (isso seria impossível), nem que todo o recalque deve ser levantado, e nem, tampouco, todas as resistências vencidas. Como vimos, não se chega a uma formulação última sobre o sentido das formações do inconsciente. Em uma análise, há sempre a possibilidade de construir novas significações. Por esse lado, uma análise não teria fim.

O autor afirma, também, que uma análise não garante contra o surgimento de novos sintomas. Isso porque o que está na origem dos sintomas, a libido e a pulsão, não pode (e nem deve) ser erradicado. Assim, um dos pontos ressaltados por Freud é que uma análise levada a seu final não poderá garantir a inexistência de futuros conflitos pulsionais. Não há, por assim dizer, profilaxia para tais conflitos, uma vez que não há cura para as pulsões – assim como não há cura para o inconsciente. Para ele, mesmo em uma análise dada por concluída, “há sempre fenômenos residuais” (Freud, 1937/2018, p. 331). A metáfora usada para elucidar esse ponto é ilustrativa: “aquilo que alguma vez ganhou vida sabe se manter de forma tenaz. Às vezes poderíamos questionar se os dragões dos tempos primeiros realmente foram extintos” (Freud, 1937/2018, p. 331).

Uma análise levada a cabo tende a esbarrar sempre com os mesmos pontos que, por sua insistência, parecem irredutíveis. Freud os chamou de “fenômenos residuais”.

O que seriam esses fenômenos residuais? Uma das hipóteses levantadas por Freud é que sejam restos de antigas fixações da libido.²⁶ Podemos traçar uma

²⁶ É importante assinalarmos que, no último capítulo de “Análise finita e infinita” (1937/2018), Freud aponta para a castração como o rochedo contra o qual esbarram as análises. Nos homens, esse limite se manifesta no complexo de castração e, nas mulheres, ele veio a ser conhecido como a inveja do pênis (Freud, 1937/2018, p. 358). Podemos nos arriscar a atribuir ambas as manifestações ao fato de não haver, no inconsciente, representação possível para a diferença entre os sexos. Enquanto há um símbolo que represente a virilidade – o falo –, não há signo equivalente para representar o feminino. Nesse sentido, Lacan é freudiano ao afirmar que não há complementaridade entre os sexos (1971-1972/2012). Tal afirmação culmina, nos últimos *Seminários* de Lacan, na formulação de que a relação sexual não existe. Podemos dizer que, para Lacan, não é no âmbito da relação sexual que o final de análise se resolve (Miller, 1980/2018, p. 16), precisamente porque essa relação não existe.

relação entre esses “fenômenos residuais” e o que delimitamos, aqui, sobre o objeto *a*.

Miller aproxima essa ideia aos termos usados no ensino lacaniano, apontando que as manifestações residuais são “um resto de libido presente, paradoxalmente, em um conjunto significante de que é desarmônico” (1993/2018, p. 43). Ele irá traduzir a frase freudiana, “há sempre manifestações residuais”, por “há sempre o objeto *a*” (Miller, 1993/2018, p. 42): há sempre um resto, e podemos chamá-lo, com Lacan, de objeto *a*. Miller observa que o final de análise deve ser considerado no escopo da fantasia e se relaciona, especificamente, à função do objeto. O final de análise diz respeito à maneira como se opera uma modificação da relação do sujeito com esse resíduo real da análise, ou seja, com o real em jogo na fantasia (Miller, 1993/2018).

O que, então, podemos fazer com esse resto? Como lidar com esses fenômenos residuais, ou seja, com essa fração de gozo que parece retornar sempre ao mesmo lugar? Lacan diz que, primeiro, é preciso fazer algo como uma travessia.

O final de análise como travessia da fantasia

A ideia de que o final de análise diria respeito à travessia da fantasia aparece pela primeira vez na lição de 24 de junho de 1964, do *Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964/2008). Na ocasião, sua formulação se reduz a uma única passagem, que já indica o ineditismo do que está sendo proposto:

depois da distinção do sujeito em relação ao *a*, a experiência da fantasia fundamental se torna a pulsão. O que se torna então aquele que passou pela experiência dessa relação, opaca na origem, à pulsão? Como o sujeito que atravessou a fantasia radical, pode viver a pulsão? Isto é o mais-além da análise, que jamais foi abordado. Isto só é, até o presente, abordável, no nível do analista, na medida em que seria exigido dele ter precisamente atravessado em sua totalidade o ciclo da experiência analítica (Lacan, 1964/2008, p. 264).

Lacan sinaliza que o tema do mais-além da análise jamais havia sido abordado. É ele quem se propõe a fazê-lo, dando um passo além da pergunta à qual Freud se deteve – se uma análise tem fim. Pressupõe-se que sim, mas, como

podemos situar esse final, tanto na teoria, quanto na prática? Para o sujeito que atravessou a fantasia fundamental, o que muda ao final de uma análise?

Miller indica que o final de análise está relacionado a “uma modificação da relação do sujeito com o real da fantasia” (1982/2006, p. 31. Tradução nossa) e que a travessia da fantasia diz respeito à disjunção que se opera, na experiência de análise, entre o sujeito e o objeto (Miller, 1980/2018, p. 22). Se a fantasia fundamental diz respeito à posição particular do sujeito em relação ao objeto e ao desejo do Outro, e se a relação do sujeito com o objeto é sempre atravessada pela pulsão, podemos interrogar o que muda em relação à pulsão, quando o sujeito atravessa a fantasia fundamental.

Marie-Hélène Brousse nos oferece uma leitura da construção da fantasia em análise e do destino da pulsão com o seu atravessamento. A escrita da fantasia ($\$ \diamond a$), na neurose, confunde-se com a escrita da pulsão ($\$ \diamond D$) e, nesse sentido, o sujeito tende a tomar o objeto a – causa de desejo – pelo objeto de demanda do Outro. A autora diz que, à medida que a fantasia fundamental é trabalhada em análise, ela se desconecta da demanda, fazendo advir o objeto nesse lugar, antes ocupado pelas significações conferidas aos caprichos do Outro e balizadas por aquilo que o sujeito supunha que o Outro queria de si. No final de análise, diz Brousse, “o objeto surge sem o véu da demanda do Outro. Por essa razão, o real é reintroduzido na construção da fantasia, e se revela como puro furo, puro nada” (1997, p. 131). Fazer do objeto demanda é, como assinala Lacan, escamotear o real em jogo no a (1962-1963/2005). E qual seria esse real? Talvez possamos dizer, com Brousse, que se trata de que o Outro, no final das contas, não nos demanda nada, justamente por não consistir, em absoluto:

No fim, parece que o Outro não estava demandando nada, o que Lacan escreve como \bar{A} . A demanda do Outro não passa de uma construção, pois o Outro não existe. Em análise vai se do A ao \bar{A} , e da imaginarização do objeto ao puro vazio do objeto (Brousse, 1997, p. 131).

No final de análise, o Outro (A) se mostra em sua inconsistência (\bar{A}), marcado por uma falta que não é mais obturada pela resposta fantasmática que o sujeito dá ao “x” que é o desejo do Outro. No mesmo golpe em que o Outro se revela em sua falta, o sujeito parece ser destituído do lugar que o fixava em relação

ao objeto. Assim, podemos entender que a travessia da fantasia implica um caminho que vai do objeto como demanda do Outro ao objeto como queda. Ainda segundo Brousse, estabelecida a relação entre o sujeito e o objeto *a*, “não se pode encontrar outra definição da pulsão a não ser aquela relacionada com a fantasia fundamental. A pulsão se liga à fantasia fundamental, não como objeto de demanda do Outro, mas como objeto *a*” (Brousse, 1997, p. 133). Com isso, a autora parece sugerir uma leitura possível da interrogação feita por Lacan, na última lição de seu *Seminário* de 1964: “como um sujeito, que atravessou a fantasia radical, pode viver a pulsão?” (1964/2008, p. 264).

Para Vieira, no final de análise, torna-se possível “abrir mão da busca pelo Soberano objeto em prol do prazer que o uso dos objetos *a* de que dispomos em nossa história pode nos proporcionar” (2008, p. 167). Podemos lançar a hipótese de que se trata, como diz Lacan, no *Seminário, livro 10: a angústia* (1962-1963/2005), de reintegrar o desejo à sua causa, “seja ela qual for, para reintegrá-lo no que há de irreduzível na função do *a*” (1962-1963/2005, p. 366).

Embora Lacan não explique o que entende por “viver a pulsão”, no *Seminário* de 1964, talvez possamos começar a abordar essa questão pela via já aberta no *Seminário* anterior. Estaria a ideia de viver a pulsão relacionada à possibilidade de reintegrar o desejo à sua causa, à função irreduzível do objeto? E o que seria colocar a causa no *a*? Lacan não explicita esta ideia nesse momento de seu ensino, mas, se pudermos fazer uma aproximação entre a pulsão e a causa, seremos remetidos ao caminho trilhado por Lacan sobre o objeto situado como causa de desejo, atrás do desejo – não como seu alvo, mas como ponto onde a própria cadeia significante rateia (Lacan, 1962-1963/2005, p. 115).

Assim, a função do objeto, em relação à pulsão, parece alinhar-se à função de causa, desde o princípio. A diferença seria que o sujeito poderia abrir mão da busca pelo objeto soberano, de certa forma, sustentado pela fantasia – objeto que, por fim, seria a resposta ao desejo –, e dar lugar à própria função do objeto como elemento de gozo. Há uma diferença, portanto, entre o objeto visado e enganoso (que tomaria a forma de *agalma*) e o objeto associado ao dejetivo (Miller, 2005, p. 49). Podemos pensar, assim, que integrar o desejo à sua causa, à função irreduzível

de *a*, seria incluir, na causa, aquilo que, antes, ficava escamoteado: o próprio objeto em sua face real, como resto irredutível, núcleo de gozo.

Na fantasia, estamos sempre lidando com o mesmo ponto de gozo, o mesmo objeto *a*. A travessia da fantasia não parece ser uma aniquilação da fantasia, mas um momento em que se vê vacilarem o enquadre e as coordenadas fixas que ela garantia, ou parecia garantir. Trata-se, ao que parece, de uma possibilidade de fazer novos arranjos que incluam esse objeto.

Para Vieira, o atravessamento da fantasia inaugura a possibilidade de o sujeito criar novas “sincronias”. Isso significa que o sujeito pode “ser o que é e, ao mesmo tempo, ser outro, já que, a cada vez pode, apesar de repetir seu padrão de mexer com o mesmo objeto, criar novas sincronias” (Vieira, 2008, p. 130). Talvez possamos dizer que, ao abrir o caminho para o advento de novos arranjos entre o sujeito e o objeto, para além da determinação rígida da matriz fantasmática, a travessia da fantasia abre também as portas para a inclusão desse objeto, antes destinado apenas à lata de lixo.

A travessia da fantasia supõe que o objeto *a*, antes descartado, possa passar a uma presença na vida do falante. Aquilo que estava no lixo vai para a vida. Ou seja, passa-se a conviver com o objeto que era sempre posto para fora. Com a ideia de atravessar a fantasia (e viver a pulsão), Lacan entende o objeto, não apenas como um lixo descartado, mas como uma coisa *operativa* da vida.

Trata-se, ainda, de uma maneira de circunscrever o encontro com o que escapa ao sentido – o “osso” com o qual topamos, repetidamente. Miller define esse osso como aquilo que a máquina significante pode apenas contornar (1998/2015, p. 53). No final de uma análise, não se trata de dizer o verdadeiro sobre o real, nem de cair no mutismo completo sobre a experiência desse encontro, mas de tentar “cingi-lo o mais perto possível” (Miller, 1998/2015, p. 76).

Na “Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista na Escola” (1967/2003), Lacan retoma a questão do final de análise a partir da passagem de psicanalisante a psicanalista. Embora não utilize expressamente esse termo, ele aponta para a travessia da fantasia, ao dizer que, nessa passagem que se dá como uma reviravolta, “o sujeito vê soçobrar a segurança da fantasia” (1967/2003, p. 259). O objeto, como resto, funciona como “dobradiça” nessa travessia que, como

sublinha Lacan, provoca um abalo à fantasia fundamental (1967/2003, p. 259). Para Lacan, é essa passagem que funda o psicanalista, enquanto função operadora do discurso analítico. É o analista – aquele que atravessou a sua análise de ponta a ponta – que poderá dar testemunho dessa experiência. Com isso, poderá transmitir alguns elementos para refletirmos sobre o que muda ao final de uma análise e, no limite, permite-nos investigar *o que vem a ser uma análise*. Lacan vai propor um dispositivo para essa investigação.

O dispositivo do passe

A passagem de psicanalisante a psicanalista toca a uma pergunta fundamental, lançada por Lacan: o que leva alguém a se tornar analista, ou melhor, a ocupar essa função na condução da análise de outrem (1976/2003, p. 568)? Uma das maneiras de elucidar o que ocorre nessa dobradiça entre o lugar de psicanalisante e o de psicanalista é por meio dos relatos e testemunhos daquilo que os próprios analistas, que atravessaram suas análises, puderam extrair dessa experiência. Lacan propõe, portanto, um dispositivo onde “um psicanalisante, para se fazer autorizar como analista da Escola, falará de sua análise” (1967/2003, p. 261), através de um testemunho. Este dispositivo ficaria conhecido como o dispositivo do passe.

Nele, o passante, alguém que considera ter concluído sua análise, formula uma demanda de passe dirigida à Escola. São indicados passadores, que já atravessaram um determinado ponto em suas próprias análises e para os quais também se vislumbra algo de seu final, para recolherem o relato daquele que formula a demanda. O relato, escutado pelos passadores, é, então, passado para o júri ou cartel do passe, que buscará compreender essa conclusão, assim como a forma como cada passador foi atravessado pelo relato do passante (Vieira, 2018, p. 17). Como aponta Holck, cabe ao cartel do passe “verificar se houve passagem do analisável para o ‘ensinável’, isto é, se o passante conseguiu transmitir um saber a partir do que teve lugar e já não está” (2008, p. 105).

Nesse ponto, é importante ressaltarmos que o dispositivo do passe pode diferir de uma Escola para outra, cabendo a cada coletivo²⁷ de analistas inventar a sua maneira de fazer passar o que se pode descrever como os “sedimentos” de uma experiência de análise. De qualquer modo, trata-se de tentar transmitir algo do impossível em jogo em uma experiência de análise, apostando que, nem por isso, deixa de ser passável. Digamos que não é, propriamente, pelos sentidos atribuíveis à narrativa de uma história que ela é transmissível, mas pelos *efeitos* que o relato pode imprimir sobre os passadores, o cartel e o coletivo de analistas, em suas sucessivas passagens.

Se há algo na experiência de uma análise que escapa ao sentido e que esbarra no impossível de se compartilhar, há também a insistência de que, em algum ponto, os relatos de final de análise possam encontrar ressonância naqueles que os recolhem, escutam e leem. É nesse sentido que os relatos de final de análise podem configurar um importante corpo de material para a pesquisa teórico-clínica. Para os propósitos específicos da presente investigação, esse material também se revela fundamental para a interrogação sobre os destinos do sintoma ao final de uma análise, uma vez atravessada a fantasia fundamental.

Escolhemos apresentar, aqui, um relato de passe que evidencia como, em seu sintoma, o sujeito parece lidar sempre com o mesmo ponto de gozo, com o mesmo objeto. Veremos como tal relato aponta, também, à construção de uma relação muito singular com o objeto em análise para, no final, conviver com ele e, talvez, levá-lo menos a sério.

Extrato de um relato de passe: Ram Mandil

O testemunho apresentado por Ram Mandil, intitulado “Conjunto vazio” (2013/2018), parece demonstrar, de uma forma particularmente clara e condensada, a maneira como a travessia de uma análise pode engendrar a possibilidade de fazer um novo uso do sintoma, a partir de seu gozo singular; um uso que não seja enredado na trama da fantasia, mas apoiado na marca singular e determinante da sua própria existência enquanto sujeito. É importante destacar que essa marca de

²⁷ Esta expressão foi usada por Marcus André Vieira, em seu livro *A escrita do silêncio (voz e letra em uma análise)* (2018, p. 16), e nos pareceu precisa, visto que não se trata, exatamente, de os analistas comporem um grupo em uma Escola. O coletivo seria, portanto, um termo mais adequado.

gozo só pode ser cingida no curso da construção da fantasia fundamental do sujeito e de seu modo de enquadrar o excesso que o gozo veicula. Assim, uma análise passa por essa construção, para, então, abrir a possibilidade de incluir isso na vida, mais além dos enquadres fixos da fantasia. Isso significa, ao nosso ver, que o ponto de gozo a partir do qual o sintoma se estrutura não desaparece, mas pode, em uma análise, assumir novas formas e integrar-se a novos arranjos pulsionais.

Em seu testemunho, Mandil relata três cenas fundamentais, que ganham destaque em três tempos distintos de sua análise. A primeira é a descoberta de um terceiro nome, desconhecido até os 12 anos de idade: Avraham – nome que, seguindo a tradição *sefarad*, é herdado do avô paterno.

Aqui, vale destacar que o nome é uma das primeiras marcas que o falante recebe do Outro, mas ele, em si, não significa nada. O nome ganha significação, tal como um significante, apenas quando situado em relação a outros significantes. É o que, segundo o relato do autor, acontece com o nome Avraham, referido à figura bíblica de Abraão e ao enredo de sacrifício exigido pela fé.

O nome Avraham fixa o gozo sacrificial, derivado das identificações com a figura de Abraão, do filho a ser sacrificado e do carneiro (*ram*, em inglês), que termina por ser sacrificado em seu lugar. Segundo Mandil, “o nome próprio parecia, desse modo, inscrever um destino, seja pelo drama de Abraão, seja pelo drama do filho ou ainda pelo do carneiro, que eu supunha ter sido sacrificado em seu lugar” (2013/2018, p. 214). Esse gozo sacrificial aparece em sua análise ligado à angústia frente ao excesso de demandas do Outro, as quais o sujeito se apressa para atender com devoção, na esperança de conseguir calá-las.

A segunda cena remete à impossibilidade de engolir uma pílula que o pai médico tentara lhe dar em uma ocasião na qual a criança caíra doente. A recusa em engolir a pílula traz à cena uma dimensão corporal do gozo, uma vez que se tratava de uma recusa em abrir um orifício mediante a demanda do Outro para, ali, permitir a passagem de um objeto. Para Mandil, “a recusa em engolir aquilo que se articulava à demanda do Outro se conjuga com o medo de ser engolido pelo Outro” (2013/2018, p. 215).

Aqui se evidencia a relação de polivalência entre sujeito e objeto, representada, no matema da fantasia, com o losango (\diamond) situado entre os termos $\$$

e *a* (Lacan, 1962-1963/2005, p. 193). Essa alternância, permitida pela fantasia, evidencia-se no relato de Mandil: ora ele é o sujeito que recusa a demanda do Outro (engolir a pílula), ora é ele o próprio objeto a ser engolido.

A terceira cena está referida a outro acontecimento traumático, em decorrência da necessidade de se submeter, na infância, a uma cirurgia para corrigir uma criptorquidia e reposicionar um testículo deslocado no saco escrotal: “os médicos me examinam, me tocam e constatam que ali falta algo. Há um vazio no saco e é necessário preenchê-lo por meio de uma intervenção no corpo” (Mandil, 2013/2018, p. 216). A imagem insuportável do saco vazio condensa algo do horror dessa cena e enreda o destino trágico que o sujeito tece a partir da contingência dessa intervenção: “há um vazio no saco, essa imagem é insuportável, a cirurgia não a resolverá, o problema, a operação, deverá ser repetida indefinidamente, e isso me levará finalmente à morte” (Mandil, 2013/2018, p. 216). Essa é uma formulação que a própria análise permite ao sujeito construir e é o que parece cernir algo desse gozo mortífero que não cessa de se repetir.

Segundo Mandil, sua posição subjetiva “se desdobrava em três versões: a primeira, a do escravo; a segunda, uma versão masoquista; a terceira, de uma tonalidade melancólica: diante da identificação ao objeto perdido, a única saída possível parecia ser sair da cena” (2013/2018, p. 215). As três versões do gozo em jogo nessa posição são condensadas, em sua análise, no significante “clandestino”, aquele que se inclui no campo do Outro, estando de fora, escondido; que observa o território desde o ponto cego do Outro. Já o sintoma passa a ser nomeado, ao longo da análise, como o do “ensacador”, aquele que está sempre a ensacar a demanda do Outro.

Uma intervenção do analista marca o tempo de conclusão da análise: ao ver o sujeito adentrar o consultório com uma mochila carregada nas costas, o analista diz: “Eis a mochila do clandestino sempre pesada” (Mandil, 2013/2018, p. 215). Segundo Mandil, é a mochila sempre pesada que carrega os objetos que poderiam responder à demanda do Outro. O sujeito se dá conta de que o saco e seus objetos são uma maneira de enquadrar, na fantasia, aquilo que foi experimentado como excessivo nos acontecimentos traumáticos.

Mandil reduz o que a fantasia enquadra com uma frase: “há um vazio em seu corpo que deve ser preenchido” (2013/2018, p. 216). Essa formulação parece permitir ao sujeito, ao mesmo tempo, mapear as coordenadas da fantasia fundamental e ir além dela, passando a se separar do horror diante do excesso e fazer a experiência de uma nova relação com o vazio que, agora, traz satisfação. Ele pode, então, esvaziar a mochila e encontrar novas vias para mexer com o mesmo objeto.

O vazio continua ali, agora, não mais associado ao horror e sim ao prazer e à possibilidade de incluir isso que não muda de uma nova maneira na vida que ele leva. De acordo com Mandil, “é justamente o vazio no saco que permite que ele adquira formas variadas, é o vazio que dá plasticidade ao saco – um ponto fundamental para pôr em marcha o discurso analítico” (Mandil, 2013/2018, p. 216).

A plasticidade tomada pelo vazio o coloca na vertente de um outro uso, de uma nova forma de enlaçar o que não anda e está sempre em excesso. Ao que parece, para Mandil, esse uso permite que o vazio seja incluído como elemento operador do discurso analítico.

O autor ressalta que a extração de uma letra no deslocamento metonímico que vai do vazio (*vide*) à vida (*vie*) condensa, aqui, todo um percurso. Nas palavras de Mandil, “a simples extração de uma letra parece traduzir todo o trajeto de uma análise: a emergência da vida lá onde havia o vazio” (2013/2018, p. 217). Aqui, um novo uso do sintoma permite que ele seja enlaçado à vida.

Esse pequeno extrato evidencia como atravessar a fantasia não significa “resolver a vida” e sim conviver com o sintoma; encontrar formas, sempre singulares, de inclui-lo. Uma análise não propõe uma erradicação do sintoma. O sintoma, diferentemente da fantasia, não se atravessa. Isso não significa que o sintoma não possa ganhar significações ao longo de uma análise, mas, uma vez percorridos os seus sentidos, o que resta parece ser um ponto irreduzível.

Como, então, abordar esse ponto em uma análise, se ele se mostra essencialmente opaco ao sentido? Como se trabalha com a face real do sintoma? Essa é a primeira questão que buscaremos abordar no próximo capítulo. Como veremos, ela implica uma mudança de perspectiva sobre o que rege a interpretação.

Para retomar o caminho que fizemos até aqui, podemos concluir que, ainda que o trabalho de análise possa resultar em mudanças na maneira como o analisante vai lançar mão da sua sintomática, há algo da relação com o gozo que não muda. Nesse sentido, uma segunda questão exige investigação: em relação ao sintoma, o que se pode esperar de uma análise levada às suas últimas consequências?

No final do seu ensino, Lacan propõe que, em relação ao sintoma, o melhor que se pode fazer é virar-se com ele. Essa será a base para o último paradigma lacaniano do final de análise, segundo o qual propõe a identificação com o sintoma como horizonte para uma análise concluída.

O que muda em uma análise quando o sintoma é colocado no horizonte, não como ponto a ser ultrapassado, mas como eixo que a atravessa de ponta a ponta? Isso tem implicações importantes, uma vez que situa o sintoma não como possibilidade ou contingência na vida do falante, mas como sendo da ordem do necessário, por estrutura. No próximo capítulo, buscaremos investigar as implicações dessa formulação, tanto para a condução de uma análise, quanto para as perspectivas sobre o seu final.

É por essa via que tentaremos entender o que significa virar-se com o seu sintoma. A formulação de Lacan não nos parece apontar para uma resignação em relação ao sintoma e, sim, para uma espécie de enlaçamento disso que fica desencaixado e que não muda. Na interseção entre duas noções apresentadas no final do ensino de Lacan, a letra-litoral e o *sinthoma*, encontramos uma possibilidade de melhor situarmos a ideia de que o final de análise, no que diz respeito ao sintoma, não é propriamente a resolução nem a travessia, mas o entrelace.

5

“Fazer com” o sintoma: do sintoma-verdade ao sintoma como “gambiarra”

5.1

O sintoma não se traduz, mas se lê: interpretação e fora-de-sentido

O paradoxo do sintoma

Nosso caminho nos mostrou que o sintoma tem um estatuto paradoxal no ensino de Lacan. Por um lado, o sintoma tem um sentido – um *Sinn*, como destacado por Freud, em sua Conferência XVII (1916-1917/2014). Por outro, Lacan diz que o sintoma é real, que há um gozo opaco do sintoma que fica fora do sentido. Se o real exclui o sentido, como entender em que pé fica o sintoma no ensino lacaniano? Segundo Miller, é nesse ponto que Lacan parece girar em círculos: “não há uma solução lacaniana, e sim uma *varité* sobre o sintoma. Verdades variáveis ao adentrar essa zona” (1997, p. 50. Tradução nossa).

Em 15 de março de 1977, Lacan aborda o que ele chama de *varité* do sintoma. O próprio neologismo, que brinca com as palavras *vérité* (verdade) e *variété* (variedade/ variabilidade), já indica o caráter paradoxal do sintoma. Ao mesmo tempo que o sintoma carrega algo que remete à verdade, essa verdade não parece ser unívoca e, sim, variável. O analisante não pode dizer a verdade sobre o seu sintoma porque não a conhece (e porque ela não existe, ao menos não enquanto verdade absoluta). Nesse sentido, Lacan aponta que “o que o analisante diz, esperando se verificar, não é a verdade, é a *varidade* [varité] do sintoma” (1977/1998, p. 10).

Na mesma lição em que aborda a *varité* do sintoma, Lacan afirma que o sintoma é real e que “é mesmo a única coisa verdadeiramente real, quer dizer, que conserva um sentido no real. É bem por essa razão que a psicanálise pode, se existe a chance, intervir simbolicamente para dissolvê-lo no real” (Lacan, 1977/1998, p. 7). Essa passagem está dentro de um contexto bastante específico, no qual Lacan trata de diferenciar o “simbolicamente real” e o “realmente simbólico”. São, ao que parece, dois modos de incidência do real em sua articulação com o simbólico.

O realmente simbólico se refere à presença do simbólico no real. Ele dirá que isso tem um nome: chama-se ilusão, ou, segundo a leitura de Miller (1997, p. 55), mentira. Já o simbolicamente real seria a incidência do real dentro do simbólico, que, para Lacan, é a angústia.

Relançamos a pergunta formulada por Miller (1997): quando Lacan afirma que o sintoma é o real, ele estaria falando da mentira ou da angústia? A questão não fica resolvida na lição de 1977, mas o autor indica um caminho que situa o sintoma entre a angústia e a ilusão, embora pendendo um pouco mais para o lado da mentira:

De certo modo, há algo do sintoma que se situa entre a angústia e a mentira, quer dizer, entre algo que mente e algo que não pode enganar, veja a definição que Lacan dava para a angústia. Algo circula entre o que engana sempre e o que jamais engana. Mas Lacan, ao propor que o sintoma seja a única coisa verdadeiramente real, quer dizer, que conserva um sentido no real, o situa mais do lado da mentira. O sintoma mente, a angústia não (Miller, 1977, p. 55).

Isso nos leva a propor que a face de verdade do sintoma estaria mais do lado da mentira, ou da ilusão, se entendermos o real como separado do simbólico. E, ainda, que aquilo que há de menos enganoso no sintoma é o ponto de angústia, quando o real aparece dentro do simbólico. Poderíamos dizer, nos termos do *Seminário, livro 10* (1962-1963/2005), quando o objeto surge na cena em sua presença real. Contudo, a afirmação que o sintoma é a única coisa “verdadeiramente real”, que conserva um *sentido* no real, desafia essa lógica de uma separação radical entre o real e o sentido. Voltamos à questão de como é possível que algo conserve um sentido no real. Como real e sentido poderiam articular-se? Como veremos ao final desse capítulo, quando Lacan começa a trabalhar com os nós e com o *sinthoma*, passa a ser possível dar algum outro destino a esse impasse.

De todo modo, o sintoma parece situar-se sempre em um espaço de interseção: entre o sentido e o gozo, entre o simbólico e o real, entre a mentira e a angústia. É isso que, no ensino de Lacan, confere a ele um caráter paradoxal. Miller indica que podemos entender o sintoma em duas vertentes, como um Janus que tem duas caras: uma cara de verdade, que se liga ao sentido e pede interpretação, e uma cara real, fora de sentido (Miller, 2011). Na vertente da verdade, como vimos, há um sentido em jogo, que pode ser escutado e interpretado. Na vertente fora de

sentido, há a confrontação do sujeito com os restos sintomáticos, ou seja, com o real do sintoma, que escapa a qualquer tentativa de significação.

É necessário que o sintoma seja, em algum momento de uma análise, tomado como verdade. É essa operação que faz com que se basta por si mesmo, o gozo do sintoma, possa entrar no campo do discurso e ser endereçado ao analista, alçado ao lugar daquele a quem o analisante supõe um saber sobre o seu sofrimento. O analista sabe um certo número de coisas, pois recolheu algumas migalhas de saber no seu próprio percurso de análise. No mínimo, é necessário saber que, sobre aquele sujeito que lhe endereça a palavra, ele não sabe nada. Cabe ao analisante a construção que tecerá o sintoma junto à fantasia e aos pontos de fixação. Nesse longo caminho, passa-se pelo sentido. Não nos parece possível passar sem ele, mas parece necessário ir além do plano do sentido, em direção aos pontos de fixação de gozo.

É evidente que as duas faces do sintoma estão imbricadas e uma não parece caminhar sem a outra. No entanto, a perspectiva de ir além do sentido do sintoma, ou da mensagem que ele porta, para tentar atingir algo do seu núcleo fora de sentido, confronta-nos com a necessidade de pensarmos a função da interpretação.

Se o sintoma, em sua vertente fora de sentido, não pede interpretação, de que maneira é possível abordá-lo em uma análise? O estatuto paradoxal do sintoma coloca-nos diante de um impasse. Miller esquematiza o problema da seguinte maneira:

1º É a partir do simbólico que a análise opera sobre o real do sintoma. No entanto, o sintoma é sentido.

2º Se o real e o sentido estão totalmente separados e se excluem, a psicanálise não é nada mais do que uma estafa.

3º Como incidir, a partir dos efeitos de *Sinn*, em um gozo sem sentido? (Miller, 1997, p. 50. Tradução nossa).

Como incidir sobre o real do gozo a partir dos efeitos de discurso que uma análise põe em marcha? Haveria um ponto no qual real e sentido não estariam totalmente separados? Se o sintoma é aquilo que conserva um sentido no real, “talvez possa haver um efeito real de sentido” (Miller, 1997, p. 50. Tradução nossa) – é a hipótese aventada por Miller. Para nós, essa seria uma perspectiva para a

interpretação, ao menos no que toca ao ponto no qual o sintoma se revela como real fora de sentido.

O sentido da interpretação

Para adentrarmos a temática da interpretação, começaremos pelas seguintes questões norteadoras: (1) de que maneira ocorre a interpretação, ou seja, o que a determina?; (2) ao que visa a interpretação? A última – ao que visa a interpretação? – terá sempre em seu horizonte uma pergunta mais ampla: o que se espera de uma análise?

Há ao menos duas vias pelas quais podemos abordar a interpretação. A primeira diz respeito à interpretação como *tradução* de uma mensagem cifrada que fala alguma coisa. A segunda a aproximaria, não de uma tradução, mas da *leitura* de uma escrita sem mensagem (Miller, 2010).

A interpretação vista como “tradicionalmente freudiana” é aquela que lê, na formação dos sonhos (chistes, atos falhos etc.), uma mensagem inconsciente cifrada (Miller, 2010). É preciso, contudo, termos cautela ao fazer uma oposição estrita entre a direção freudiana e a lacaniana da interpretação e com a afirmação de que uma trabalha com a dimensão do sentido, ou da mensagem, e a outra não. Primeiramente, sabemos que Freud, muito cedo, chegou ao umbigo do sonho: o ponto duro e intraduzível no qual a interpretação esbarra, quando levada longe o suficiente. Segundo, a ideia do inconsciente como mensagem também aparece no ensino de Lacan quando assinala que o sujeito recebe a sua própria mensagem, vinda do campo do Outro, sob a forma invertida. Portanto, a divisão entre a interpretação freudiana e a lacaniana não se sustenta de forma tão absoluta. O que sabemos é que, no final de seu ensino, Lacan irá privilegiar a dimensão da interpretação como leitura que toca, não à mensagem, mas ao real do gozo.

Para Miller, na dimensão de leitura, a interpretação visa a reduzir a história do falante ao sintoma que a suporta; à repetição e ao gozo. Ela vai em direção ao “retorno invariável do mesmo, pela repetição do insignificante” (Miller, 2010, p. 69). Essa forma de interpretação não busca o sentido oculto, mas o fora-de-sentido; não busca “algo” e, sim, o impossível de dizer e de traduzir, estrutural.

Se não se trata de uma interpretação que busca reconduzir ao sentido, mas que se dirige à repetição, talvez o próprio termo “interpretação” seja inadequado. Diríamos que se trata mais de um efeito de escansão. Nesse trabalho, contudo, optamos por manter o termo interpretação, com a ressalva de tratar-se de uma intervenção que não vai pelo caminho da tradução, mas que pode apresentar-se de inúmeras maneiras que não reconduzem ao sentido.

Quando Lacan ressalta que o sintoma, em si, não pede nada a ninguém, que não pede interpretação, mas se basta em si mesmo, ele o faz no sentido de apontar que o essencial do sintoma é o gozo. Uma vez deslindadas as múltiplas possibilidades de significação, o que resta no sintoma é esse ponto opaco, essencialmente ilegível. Isso é importante por apontar-nos a uma direção: não cabe ao analista inflar o sintoma de sentido e, sim, tomar a direção inversa, a de desbastá-lo.

Fica a pergunta crucial sobre como se dá uma interpretação que não cristalice o sentido, mas que o faça vacilar, indo em direção a esse ponto duro do sintoma, fora de sentido.

A interpretação como função temporal

Segundo Miller, a interpretação não é tradução, mas se aproxima da revelação: “ela ergue o véu sobre o impossível de dizer, ela lê-o-que-não-se-pode-dizer, para além do recalque” (2010, p. 69). A “revelação” em jogo na interpretação analítica está intimamente relacionada à surpresa, e é nesse efeito de surpresa que o *tempo* entra como elemento essencial. A interpretação é uma função essencialmente temporal, mas esse tempo não é necessariamente igual àquele que progride na batida do relógio.

Em *A erótica do tempo* (2000a), Miller aborda o estatuto do tempo em análise, recorrendo a uma temporalidade que se desdobra em dois eixos. O primeiro eixo, que ele chama de T1, diz respeito ao tempo que progride do passado em direção ao futuro. Esse é o tempo do analisante, de sua fala, de seus projetos. O segundo eixo, T2, diz respeito a um tempo que se dobra sobre o primeiro e retroage em direção ao passado, no qual o que se extrai da fala do analisante pode ter como efeito a ressignificação de elementos passados (Miller, 2000a, p. 50). Podemos

dizer que esse é o tempo do sujeito suposto saber, no qual o efeito de retroação remete a um “saber já aí” e ao inconsciente como lugar do Outro (Miller, 2000a, p. 53). Nesse plano, a interpretação articula o presente ao passado, ou seja, estabelece uma relação entre a inscrição inconsciente e a fala presente do analisante, operando, segundo Miller, “um reenvio da fala à escrita” (2000a, p. 54).

Esse segundo tempo, que retroage sobre o primeiro e possibilita uma série de ressignificações, fomenta a ilusão – sustentada pela função do sujeito suposto saber – de que o pedaço de saber que se pode elucubrar em uma análise já estava escrito no inconsciente. Trata-se de uma ilusão porque é o próprio ato de dizer e de atribuir ao que se escuta na fala o estatuto de um saber que *cria o saber*. Dito de outro modo, o saber não preexiste à fala endereçada em análise. Ele se funda, em ato, a partir da produção do analisante, a partir do trabalho de articulação significativa.

Na temporalidade que progride do passado em direção ao infinito, nem todos os pontos na linha contínua do tempo têm o mesmo estatuto ou a mesma estrutura. Para Miller, uma análise precisa levar em consideração a existência de um ponto heterogêneo nessa linha: um “ponto no infinito” (2000a, p. 38). Evidentemente, por se tratar de um ponto no infinito, não é possível chegar até ele, mas, quando algo de sua presença é trazido para a sessão, como um elemento suplementar, isso gera efeitos.

O autor parece aproximar o ponto no infinito de um ponto de basta, cuja própria estrutura é diferente dos demais pontos na linha. Trata-se de um ponto singular que introduz, na sessão, um elemento suplementar. Para ele, “a questão é trazer para a sessão um elemento suplementar, equivalente ao ponto no infinito, e que permite esse efeito de inversão de orientação que demonstramos aqui: a mudança de pontuação, a mudança de sentido e a mudança de modalidade lógica” (Miller, 2000a, p. 38).

Interrogamos se a interpretação pode funcionar no sentido de marcar os momentos em que o ponto de basta se vislumbra em uma análise e, assim, trazer para a sessão algo desse elemento suplementar. Como vimos, a interpretação não se reduz nem se equivale à tradução ou decifração, mas se aproxima de um efeito de escansão. Uma intervenção que não passa pela comunicação de um sentido,

como o corte de uma sessão, por exemplo, pode ter valor de interpretação. Diremos, inclusive, que o excesso de sentido tende a atenuar os efeitos de interpretação. Isso porque a surpresa e o abalo à estabilidade de sentido que ela provoca estão diretamente relacionados aos efeitos da interpretação.

O tempo da interpretação não é qualquer. Segundo Miller, sua modalidade temporal particular é a surpresa. Para o autor, a surpresa é “constitutiva da interpretação propriamente dita” (Miller, 2000a, p. 55). O que caracteriza a surpresa é, precisamente, o acontecimento imprevisto. Nesse sentido, a surpresa é uma resposta a algo que aparece como ponto absolutamente heterogêneo na linha sucessiva e previsível de eventos.

A surpresa como acontecimento imprevisto e heterogêneo, só pode incidir sobre um “fundo” de continuidade. Não há possibilidade de escansão sem a continuidade presente no próprio desdobramento da cadeia significativa, por onde um significante engendra outro, e assim por diante. É na continuidade, portanto, que incide o corte, produzindo escansão, surpresa. É quando a cadeia caduca que surge a possibilidade de produção de algo inédito.

Cabe ressaltar que a interpretação só vale pelos seus efeitos. Quer dizer que não se pode saber, antecipadamente, se uma determinada intervenção será, por assim dizer, “bem-sucedida”. Isso só poderá se verificar *a posteriori*, pelos efeitos que produz. Tais efeitos, para Lacan, são efeitos de discurso (1966-1967/2024, p. 343), uma vez que “é na medida em que a nossa interpretação ligou de uma outra maneira a cadeia, que, no entanto, é uma cadeia e, desde já uma cadeia significativa, que ela funciona” (Lacan, 29/11/1967. Inédito). O efeito de interpretação é o rearranjo da cadeia a partir do ponto em que, nela, introduz-se uma escansão.

Miller aponta para esse efeito de perturbação e remanejamento ocasionado pela surpresa, ao dizer que a surpresa perturba e apaga todas as condições prévias à sua emergência: “o próprio do acontecimento imprevisto é apagar as condições prévias e remanejá-las” (Miller, 2000a, p. 57). Nesse sentido, os efeitos gerados pela interpretação como acontecimento imprevisto nos remetem aos do ato analítico, cuja incidência, em uma análise, podemos vislumbrar apenas a partir de suas consequências. O ato é também um acontecimento imprevisto, que engendra uma espécie de “ultrapassagem” de um código preexistente (Miller, 2014, p. 5) e,

por consequência, o seu remanejamento. Ele instala um antes e depois, um corte que “modifica o sujeito” (Lacan, 1969/2003, p. 371).

O acontecimento se dá sempre sobre o fundo do impossível (Miller, 2000a, p. 59). Na linha do tempo, o ponto no infinito é o que não cessa de não se escrever; é o impossível, uma vez que jamais chegamos a ele e jamais o encontramos. Para Miller, “com a interpretação como acontecimento imprevisto, o ponto no infinito cessa de não se escrever” (2000a, p. 59). Uma interpretação pode tocar, portanto, esse ponto de impossível e trazê-lo, momentaneamente, para uma sessão, fazendo com que algo desse impossível pare de não se escrever.

O que “para de não se escrever” é uma das definições que Lacan dá à contingência (1972-1973/2008, p. 100). Se a surpresa é uma condição intrínseca ao acontecimento, “isso se deve à própria posição da contingência com relação ao impossível” (Miller, 2000a, p. 60).

O tempo da interpretação como acontecimento é o instante, o que significa que não se fica nele indefinidamente. Se o acontecimento abala os códigos que o antecedem, ou seja, se ele abala o aparelho de representações preexistentes, o sistema pelo qual a nossa realidade se organiza e se representa tende a encontrar, rapidamente, formas de se reestabelecer e, assim, ampliar os limites do possível. É ao que aponta Miller:

Evidentemente, em seguida absorvemos a surpresa, e dizemos que, por ter acontecido, isto era possível. Alargamos o círculo do possível, e dizemos que a surpresa foi um erro. Isso, porém, não reduz em nada o real do acontecimento que provoca a surpresa (Miller, 2000a, p. 60).

O real do acontecimento diz respeito, justamente, ao seu ponto de impossível. Nesse sentido, há um vestígio do acontecimento que não pode ser reabsorvido, posteriormente, pela ordem que ele abala.

Da mesma forma, há algo dos efeitos de uma interpretação que não pode ser totalmente reabsorvido pelo esforço de significação, justamente porque a interpretação traz à tona um impossível de dizer – ela o torna sensível, como diz Miller. Se há uma direção para a interpretação, essa direção seria, em última

instância, o próprio limite que, por estrutura, impõe-se ao saber (Miller, 2010, p. 70).

A interpretação e o fora-de-sentido

Isso significa que nenhuma interpretação possa passar pela significação ou pelo sentido? Em uma análise, não se pode prescindir inteiramente da dimensão do sentido e das narrativas que ele produz. É preciso escutar as histórias do analisante e dar lugar aos novos sentidos e significações que, muitas vezes, o próprio ato de contá-las suscita. Além disso, é a partir de tais narrativas que o sujeito vai construído e delimitando as coordenadas de sua cena fantasmática. São as narrativas que permitem que se extraia, das histórias contadas pelo sujeito, algo disso que toca à repetição e que parece retornar sempre ao mesmo lugar. Nas palavras de Miller, “o falasser é essencialmente embaraçado por histórias. É preciso interpretar? É preciso reduzi-las ao sintoma que as suporta. As histórias são sempre as mesmas, é preciso reduzi-las à sua repetição” (Miller, 2010, p. 70).

O sintoma mostra bem uma bipartição própria à interpretação. Por um lado, o sintoma se apresenta como enigma – uma espécie de mensagem cifrada com a qual o sujeito se endereça a uma análise, supondo ao analista um saber sobre aquilo que o aflige. Por outro lado, uma vez perpassados os sentidos e decifrações, e, no encontro com o osso de uma análise, precipita-se o esgotamento das tentativas de significação. O que resta é a confrontação com o que há de mais opaco no sintoma: a repetição de um gozo que retorna sempre ao mesmo lugar e que não pede nenhuma interpretação. A interpretação vai, então, na direção desse osso, no qual o sintoma se reduz à pura repetição.

Na torção entre as duas vertentes do sintoma passa-se, segundo Miller, “da escuta do sentido à leitura do fora do sentido” (2011, p. 12). A leitura manteria uma certa distância entre a palavra proferida em análise e o sentido que ela transmite. O que estaria em jogo, nesse caso, seria a própria letra²⁸ como materialidade. Para Miller, tal leitura “aponta para a materialidade da escrita, para a letra enquanto ela produz o acontecimento de gozo que determina a formação dos sintomas” (Miller,

²⁸ Dedicaremos o próximo subcapítulo a destrinchar a noção de “letra”, para Lacan.

2011, p. 13). Nesse âmbito, que toca à escrita como fora do sentido, saber ler visaria não mais ao sentido, mas a uma maneira de dar lugar a esta escrita sem sentido, enraizada na “materialidade da letra” (Holck, 2018, p. 175).

Podemos dizer que a interpretação dá lugar àquilo que não se lê, ao menos não pelo sentido. Segundo Miller, “a interpretação supõe uma transmutação da fala em escrita” (2010, p. 68), mas uma escrita que o sentido não abarca. Essa transmutação diz respeito à passagem “do sintoma que fala ao sintoma que se escreve em silêncio” (Laurent, 2016, p. 46). Não significa que o sintoma que fala deixe de existir, mas que privilegiamos a dimensão do sintoma como escrita.

Laurent ressalta que, ao final de longas análises, o que podemos perceber é que “há restos sintomáticos em que se desvela a forma lógica fundamental do sintoma como o que se escreve sobre o corpo e não fala, que não é mais comunicação, porém escrita” (2016, p. 46). Nessa vertente, o sintoma aparece como o constante retorno do mesmo acontecimento.

O resto inassimilável do sintoma parece estar ligado ao choque do encontro do corpo com o significante, que dá origem às primeiras fixações de gozo. Esse resto está relacionado ao “acontecimento originário e, ao mesmo tempo, permanente, quer dizer, que se reitera sem cessar” (Miller, 2011, p. 14). O sintoma carrega a cifra desse acontecimento, que é o encontro entre o corpo e o significante, e que marca a forma como o ser falante vai *gozar do inconsciente* (Miller, 1987, p. 11).

Ao final desse percurso sobre a interpretação, elucidada-se um pouco melhor por que passar do sintoma como mensagem ao sintoma como fora-de-sentido implica uma mudança no funcionamento da interpretação. A passagem da escuta que privilegia o sentido para uma leitura que traz para o cerne do discurso o impossível de dizer abre o caminho para a inclusão dessa parte do sintoma que não é mensagem, mas escrita. A parte irreduzível e silenciosa do sintoma não pode ser interpretada, como vimos, mas pode ser lida como escrita fora de sentido, cifra de gozo.

Perguntamos, aqui: o que é um sintoma que tenha estatuto de escrita? É possível relacionar a parcela do sintoma que se reduz a uma escrita fora-de-sentido com a noção de letra?

5.2

Escrita e letra no sintoma

Sintoma como escrita

Embora a articulação entre sintoma e escrita tenha ganhado maior consistência apenas no final do ensino de Lacan, ela já estava presente desde a década de 1950. Isso se evidencia, por exemplo, em uma passagem do texto “Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise” (1953/1998), quando Lacan associa o sintoma a um “signo escrito na areia da carne” (1953/1998, p. 282); ou em “A psicanálise e seu ensino” (1957b/1998), quando ressalta que “se o sintoma pode ser lido, é por já estar inscrito, ele mesmo, num processo de escrita” – escrita esta que se dá no próprio corpo, superfície na qual se escavam as letras de um “alfabeto vivo” (Lacan, 1957b/1998, p. 446 e 447).

Na década de 1970, especialmente a partir dos desenvolvimentos de “Lituraterra” (1971/2003), parece haver uma virada na forma como Lacan aborda a escrita. Uma noção de escrita mais especificamente articulada ao real e ao gozo começa a se fundamentar. É nesse momento, também, que o sintoma passa a ser abordado como real, ou seja, como aquilo que, paradoxalmente, tem o seu sentido no real.

Nesse momento de seu ensino, Lacan traça uma relação entre o sintoma e a escrita que passa pela operatividade da letra. Em RSI, por exemplo, ele afirma que aquilo que opera na repetição do sintoma é a letra como elemento auto idêntico, e que a própria repetição do sintoma é uma escritura (Lacan, 21/01/1975. Inédito).

Não há como entendermos a relação entre a letra e o sintoma sem antes passarmos por uma investigação da própria noção de letra, sempre nuançada e fugidia. A letra não é um conceito fechado e nem estático. Ao contrário, como veremos a seguir, ela passa por alguns desdobramentos, o que a torna ainda mais difícil de apreender. Isso não nos impede de tentar cerni-la e de buscar caminhos para nos aproximarmos da noção, ainda que de viés. Interessa-nos, particularmente, a vertente da letra tal como é abordada no final do ensino de Lacan, a partir de “Lituraterra” (1971/2003), momento no qual ela aparece como uma espécie de escrita sempre entrançada com o gozo.

Letra-carta e suporte material

Tentaremos acompanhar alguns dos principais desdobramentos da letra, com o objetivo de melhor fundamentarmos a nossa compreensão da dimensão da letra, tal como é apresentada por Lacan na década final do seu ensino. A princípio, podemos dizer que ela não se reduz à inscrição manuscrita ou impressa sobre uma folha ou superfície, mas que diz respeito a uma dimensão da linguagem.

No artigo que abre a coletânea dos seus *Escritos*, “O seminário sobre ‘A carta roubada’” (1956/1998), Lacan se baseia no conto de Edgar Allan Poe, *The Purloined Letter* (1844/2013), para ilustrar a estrutura do jogo significante. No texto, a letra aparece como carta, justamente pela duplicidade de sentido permitida pela palavra *lettre/letter* que, em inglês, assim como em francês, pode significar tanto carta quanto letra (Lacan, 1956/1998, p. 28).

Ao longo de todo o conto de Poe, o conteúdo da carta, cujo furto mobiliza toda a complexa narrativa, nunca é revelado ao leitor. A carta passa de mãos em mãos, mas não é o que está escrito que importa, e sim o *deslocamento* que ela sofre, bem como as sucessivas mudanças que ela engendra na posição dos personagens que a detêm. Lacan ressalta a incidência significante da carta/letra, marcando que ela se faz suporte da mensagem que retorna para cada um na trama posicional dos personagens do conto (1956/1998). É, portanto, a própria estrutura da rede significante que será encarnada no conto d’*A carta roubada*. Trata-se de um jogo relacional, onde um significante remete sempre a outro significante. Assim, nessa primeira vertente, embora a letra/carta funcione como suporte material de uma mensagem, ela interessa, menos pelo que remete de sentido, e mais pelo efeito que tem sobre os elementos da cadeia significante, que é o puro efeito de deslocamento.

A ideia da letra como “suporte material” do discurso aparece em “A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud” (Lacan, 1957a/1998, p. 498), quando Lacan a descreve como sendo a “estrutura essencialmente localizada do significante” (1957a/1998, p. 505). Nesse momento, a letra é situada como espécie de estrutura elementar da linguagem. Segundo Miller, o que Lacan chama aqui de letra é “o significante despojado de qualquer valor de significação e localizado na materialidade que nos é presentificada pelo caractere da imprensa” (Miller, 2012, p. 9). O importante de sublinharmos é que o caractere, em si, é

desprovido de qualquer valor de significação. Quando isolados, tais caracteres não entram no jogo das significações e a letra, tipográfica²⁹, reduz-se à sua materialidade, ao seu valor de elemento estrutural, ou átomo da linguagem. A letra presentifica, segundo Miller, “o que descola o significante do significado” (2012, p. 8), ao mesmo tempo em que funciona como suporte.

Bassols traz um exemplo interessante da função da letra como suporte material, ao comentar a observação de Inace Gelb (1952) sobre o papel do equívoco fonético em uma prática dos iorubás (Bassols, 2015, p. 147). No exemplo, um jovem envia a uma moça a mensagem que consiste em um cordão de seis moluscos, ao que a moça o responde com um cordão fixado com oito moluscos. Não é possível entender o que se passou em decorrência das trocas de objetos se não soubermos que, em iorubá, *efa* significa “seis”, mas também significa “eu me sinto atraído por você”, ou “eu te amo”, e *eyo* significa tanto “oito” como “concordo” (Gelb, 1952, p. 5. Tradução nossa). Para Bassols, trata-se de uma carta de amor, para a qual os moluscos servem de suporte material. A carta é ilegível sem o suporte que o equívoco concede à mensagem. O exemplo demonstra como a letra só pode servir como suporte material de uma mensagem quando ela é capturada pelos equívocos do significante (Bassols, 2015, p. 147).

A letter, a litter: letra-lixo

Outra dimensão da letra é indicada por Lacan, ainda em 1955, através de uma breve passagem do “Seminário sobre ‘A carta roubada’”. Ali, ele escreve: “uma carta, uma letra, um lixo”, servindo-se de uma aliteração joyceana, “*a letter, a litter*” (Lacan, 1956/1998, p. 28), que será retomada, posteriormente, em “Lituraterra” (1971/2003). *A letter, a litter* (uma carta/letra, um lixo) aproxima a letra do lixo. Trata-se da letra como aquilo que cai como resto da operação significante.

²⁹ Essa dimensão da letra aparece em uma passagem na qual Lacan se refere às unidades do sistema tipográfico: “[...] por onde se vê que um elemento essencial na própria fala estava predestinado a fluir nos caracteres móveis que, qual Didots ou Garamonds, a se imprimirem em caixa baixa, presentificam validamente aquilo a que chamamos letra, ou seja, a estrutura essencialmente localizada do significante” (Lacan, 1957a/1998, p. 504-505). Didots e Garamonds são nomes de famílias tipográficas e designam conjuntos de fontes originalmente feitas em chumbo.

Nessa vertente, a letra-lixo se avizinha daquilo que, no *Seminário, livro 10: a angústia* (1962-1963/2005), Lacan denomina como objeto *a*. No *Seminário*, o objeto *a* é “justamente este dejetto, esta queda, que resiste à significantização” (Lacan, 1962-1963/2005, p. 193). O objeto está sempre em queda, a ser ejetado de cena no jogo significante. Destacamos, contudo, que a dimensão da letra-lixo como objeto é, em si, uma função da articulação significante. Isso que cai da operação simbólica depende, também, da linguagem para se constituir (1962-1963/2005, p. 359).

Evidenciam-se, aqui, duas faces interligadas da letra. Se, por um lado, a letra está na articulação significante em sua vertente de suporte material, quando a mensagem chega ao seu destino, a carta/letra se apresenta como queda e torna-se apenas resto. Para Bezzerril *et al.*, “quando o que porta a mensagem se apresenta em seu aspecto real, aí temos a letra como objeto/dejeto” (2004, p. 4).

Litoral

Na década de 1970, com o texto “Lituraterra” (1971/2003), Lacan introduz outra vertente da letra, que parece configurar-se como uma forma de avançar a partir da conceituação do objeto *a*. Esta é a vertente da letra como litoral.

“Lituraterra” (1971/2003) é um texto fascinante e extremamente difícil de adentrar. Suas articulações trazem a pujança de um achado que se renova a cada leitura, mas, ao deter-nos nesses achados por mais de alguns instantes, tentando firmá-los como compreendidos, eles parecem desmoronar. Esse desmoronamento impressiona por reiterar-se a cada leitura (ao menos para esta leitora). Esse relato dos efeitos engendrados pelos encontros e reencontros com o texto não se resume a uma confiança, mas, acreditamos, serviu para orientar-nos na leitura. Sugeriu-nos, sobretudo, cautela quanto aos sentidos e compreensões que pudemos extrair do texto. Foi pela via da cautela que escolhemos proceder diante da noção de letra, situada, em uma das passagens do texto, como aquilo que traça “a borda no furo do saber” (Lacan, 1971/2003, p. 18)

Bassols descreve “Lituraterra” como uma “terra incógnita”, que permite leituras e caminhos diversos. Um dos caminhos que o autor fornece para orientar-nos nesse texto é que ele tem um ponto de descontinuidade, uma fratura. Bassols

percebe que, nas primeiras páginas do texto, Lacan comenta sobre a instância da letra, a fronteira, o furo no saber, *A carta roubada* etc. e, subitamente, passa ao relato do seu voo sobre as planícies siberianas e do que ele enxergou ali: o ravinamento da terra pelas águas das chuvas. Para o autor, esse ponto de descontinuidade no texto é uma “demonstração literal” da questão posta em jogo com a ideia do litoral. “Não se espantem”, diz Lacan, “por me ver proceder por uma demonstração literal, já que isso equivale a marchar no mesmo passo com que a própria questão se produz” (1971/2009, p. 111).

No mesmo sentido, perto do final de “Lituraterra”, Lacan ressalta: “para literaturrar, eu mesmo, assinalo que não fiz no ravinamento que o põe em imagem nenhuma metáfora” (1971/2003, p. 24). A imagem do ravinamento das águas não é exemplo nem metáfora, como ele diz. O ravinamento *é a própria escrita*.

No escopo do ensino de Lacan, Lituraterra parece ser um ponto de inflexão. Bassols aponta que é um momento de transição, por assim dizer, da abordagem da letra, na qual Lacan busca cernir aquilo que é significante e aquilo que é letra (Bassols, 2015). Embora a letra ainda não apareça como completamente separada do significante, posteriormente, em seu *Seminário, livro 18* (1971/2009), ele formulará uma distinção mais clara entre ambos, ao dizer que “a escrita, a letra, está no real, e o significante, no simbólico” (Lacan, 1971/2009, p. 114). Ainda que a letra apareça situada do lado da escrita, no real, ela é efeito da linguagem – podemos dizer que é um efeito real da linguagem.

Ao abordar a escrita, Lacan se serve da imagem do “ravinamento”, ou dos sulcos na terra produzidos pelo escoamento das águas da chuva na planície. Ele diz que a “escrita [*écriture*] é, no real, o ravinamento do significado, aquilo que choveu do semblante como aquilo que constitui o significante” (Lacan, 1971/2003, p. 22). A escrita, a letra, aparece aqui como o que se deposita na terra a partir da chuva da linguagem e escava sulcos no significado, diluindo as suas formas: “a letra se converte, então, em *ravinement*, em desmoronamento, em sulco traçado pela chuva da linguagem e na torrente mais ou menos ampla do significante” (Bassols, 2015, p. 149. Tradução nossa).

A letra aparece como escrita entrançada pelo gozo; lugar de “acolhida” (Lacan, 1971/2003, p. 25) de um gozo que ultrapassa qualquer esforço de

significação. Radicalmente separada do saber articulado na cadeia significante, a letra se apresenta como uma escrita ilegível. Que ela não se traduza em saber articulado não significa, contudo, que não possa, de alguma maneira, *intraduzir-se*³⁰ quando algo dessa escrita, enraizada no gozo, contingencialmente, apresentasse. Quando falamos da face do sintoma que se repete sem pedir para ser decifrado e que parece remontar a uma escrita de gozo, estaríamos nos aproximando da vertente da letra como litoral?

Há ainda outro aspecto no qual esse texto pode ser considerado um ponto de inflexão no ensino de Lacan. De acordo com Bassols, ele também marca uma transição entre uma forma de transmissão que privilegia o uso dos matemas e outra que, com o giro dado por “Lituraterra”, “aposta na letra como suporte do equívoco para transmitir a relação do saber e do gozo tal como [Lacan] a está elaborando nesse momento de seu ensino” (Bassols, 2015, p. 141. Tradução nossa).

Entre saber e gozo não há fronteira, mas litoral. Para Lacan, a letra designa o litoral entre dois campos heterogêneos: “não é a letra... litoral, mais propriamente, ou seja, figurando que um campo faz fronteira para o outro, por serem eles estrangeiros, a ponto de não serem recíprocos?” (Lacan, 1971/2003, p. 18). Há, aqui, uma diferença a ser feita entre a fronteira e o litoral. Na fronteira, existe um espaço de reciprocidade possível entre dois campos delimitados simbolicamente. Trata-se, portanto, de uma demarcação entre dois campos que não são necessariamente heterogêneos. Ou seja, é possível transitar sem maiores dificuldades entre eles. É o que assinala Lacan quando diz que a fronteira, “ao separar dois territórios, simboliza que eles são iguais para quem os transpõe, que há entre eles um denominador comum” (1971/2003, p. 18). O litoral, por sua vez, delimita dois campos radicalmente diferentes. Bassols aponta que não há espaço “entre”, nem reciprocidade quando falamos de litoral, uma vez que não há relação de proporcionalidade possível entre dois campos heterogêneos (Bassols, 2016).

³⁰ Lacan refere-se àquilo que se *intraduz* quando fala da escrita de Joyce como um escrito “a-não-ler”, no “Posfácio ao Seminário 11” (1973/2003, p. 504). Em português, o termo “intradução” é cunhado pelo poeta e tradutor Augusto de Campos, em 1974, e demarca a impossibilidade de se reduzir, na tradução entre duas línguas, a palavra a uma unidade de sentido. Barbara Cassin, na apresentação ao *Dicionário dos intraduzíveis: um vocabulário das filosofias*, aponta que “falar de intraduzíveis não implica absolutamente que os termos em questão [...] não sejam traduzidos e não possam sê-lo – o intraduzível é antes o que não cessa de (não) traduzir” (2018, p. 16).

Podemos dizer que a fronteira é simbólica, enquanto o litoral traz o real como diferença absoluta. A questão que se apresenta é: como se torna possível uma amarração, um enlace, entre campos heterogêneos?

Segundo Laurent, entre saber e gozo não há apenas uma distinção significativa. Para ele, “são duas coisas que são duas espécies distintas” (2010, p. 77). Isso é importante porque denota que não se trata de um ser o avesso do outro, mas de dois bichos diferentes, que não são equiparáveis por não terem nenhum denominador comum. Nessa perspectiva, Laurent ressalta que Lacan não faz uma oposição entre o sentido e o fora do sentido (o que seria definir o segundo pelo que escapa ao primeiro), e sim uma oposição entre os efeitos de significação e o lugar do gozo (2010, p. 71).

Em uma passagem particularmente esclarecedora, Laurent afirma que “o efeito de sentido (notado S2) e o lugar do gozo fazem com que entre os dois não haja uma fronteira, mas uma linha que é heterogênea em todos os pontos” (Laurent, 2010, p. 77-78). A passagem indica que o litoral não é uma linha coesa e contínua. Seria preciso, portanto, pensar em cada ponto dessa linha em sua heterogeneidade.

Uma abordagem da letra como elemento auto idêntico e isolado de qualquer qualidade nos ajuda a situá-la nessa linha heterogênea em todas as partes. A letra, diferentemente do significante, não faz série; não há nenhuma qualidade compartilhada que a articule a outros elementos. Ela tampouco se dirige ao Outro, como aponta Bassols (2015, p. 139). A letra é uma coisa “heteróclita” (Mandil, 2003, p. 178), que não se liga a nada e, por isso mesmo, é isolada em sua diferença de ser igual apenas a si mesma.

O sintoma opera com a letra

Aqui, retomamos a passagem do *Seminário RSI* (1974-1975. Inédito), na qual Lacan afirma que aquilo com que o sintoma opera é a letra, entendida como elemento que é idêntico a si mesmo. Durante a lição do dia 21 de janeiro de 1975, ele indica que a função do sintoma deveria ser entendida tal como uma função matemática, $f(x)$: “o que é esse x ? É o que, do inconsciente, pode se traduzir por uma letra, na medida que, apenas na letra, a identidade de si a si está isolada de qualquer qualidade. [...] Mas o estranho é que é isso que o sintoma opera

selvagemente” (Lacan, 21/01/1975. Inédito). É esse x que se repete na operação sintomática, como uma letra que, diferentemente do significante, não chama outro significante e mais outro. Lacan segue, na mesma lição, para dizer que “o importante é a referência à escritura. A repetição do sintoma é isso de que acabo de dizer que, selvagemente, é escritura” (Lacan, 21/01/1975. Inédito).

E o que é isso que se repete no sintoma? Não é nada que se possa decifrar, por ser algo que está fora do sistema de equivalências. Miller dirá que isso que se repete, nessa face do sintoma, é o Um do gozo. Para ele, trata-se de uma espécie de “escrita selvagem do gozo” (06/04/2011. Inédito).

A letra, isolada, é sempre um material desencaixado. Diferentemente do significante, a letra não remete a outra coisa e mais outra. Ela é esse elemento avulso, sempre idêntico a si mesmo, que não se representa por sua relação com outras coisas. Como elemento solto e heteróclito, é com a letra que o sintoma opera em sua vertente de repetição muda.

Fica a pergunta: o que fazer com esses elementos que não se encadeiam e que, ao mesmo tempo em que não têm lugar nos circuitos do cotidiano, parecem entrançados ao que há de mais vivo na vida? Mais especificamente, como uma análise opera com isso? Entendemos que uma direção possível para a análise, nesse ponto, seja a do *entrelace*. Seria necessário encontrar formas de entrelaçar esse material solto, que viemos a chamar de letra. Para tanto, recorreremos à ideia nó, trabalhada por Lacan no final de seu ensino, especialmente a partir de seu *Seminário sobre O sintoma* (1975-1976/2007).

5.3

O *sinthoma* entre nó e redução

Do sintoma ao sinthoma

Em uma conferência dada no Instituto de Tecnologia de Massachusetts, Lacan reduz o sintoma a um osso: “a alma do sintoma é algo de duro, como um osso” (1975/1976, p. 60). Enquanto na elucubração freudiana o sintoma aparece como formação do inconsciente, isto é, como uma verdade articulada na cadeia significante, no final do ensino de Lacan, vemos o sintoma como que desnudado de

seu caráter de verdade e reduzido a um elemento fora de sentido. Quando Lacan desarticula o sintoma da verdade, o que surge é o seu caráter de gozo.

O sintoma como formação do inconsciente pede para ser decifrado. Já o sintoma reduzido a elemento de gozo, não. Em uma análise, passa-se pelo sintoma como verdade – quer dizer, bordamos algumas coisas acerca daquilo que nos entrava a vida, mas, uma vez percorridas essas possibilidades de articulação, o que resta é o ponto duro, bocado de real que não se articula a nada. É por isso que Miller propõe, no lugar da interpretação, a redução.

Redução do quê? Do sintoma ao *osso*, a um elemento solto (Miller, 2004-2005/2013).³¹

Trabalharemos esse caminho de redução do sintoma a partir das implicações que encontramos, especialmente no *Seminário, livro 23: o sintoma* (1975-1976/2007), da mudança ortográfica aplicada por Lacan: do sintoma, *symptôme*, para a sua ortografia antiga, *sinthome*³². A hipótese de Miller (2004-2005/2013) é que o uso da palavra na ortografia antiga marca uma diferença na maneira como Lacan aborda o sintoma: enquanto o sintoma articulado à verdade é uma formação do inconsciente, decifrável e curável, o *sinthoma* demarca esse ponto no qual o sintoma se reduz ao seu elemento de gozo, que é indecifrável e não se cura.

Há, portanto, um deslocamento do enfoque dado ao sintoma. Esse deslocamento ocorre na esteira de uma mudança na perspectiva de Lacan sobre a linguagem e o próprio significante, especialmente a partir do *Seminário, livro 20: mais, ainda* (1972-1973/2008). Vimos, no capítulo anterior, que a entrada do sujeito na linguagem – a alienação ao campo do Outro, necessária para a sua constituição –, engendra uma perda de gozo. Nessa perspectiva, o significante interdita o gozo e, podemos dizer, mortifica o corpo.

Existe, contudo, uma contrapartida para a perda de gozo, que é o mais-de-gozar, localizável na função do *a*. A partir dos desenvolvimentos do *Seminário 20*, Lacan vai afirmar que o significante, em si, é *causa* de gozo (1972-1973/2008, p

³¹ Na aula de 24 de novembro de 2004, durante o curso “Peças soltas” (2004-2005), Miller refere-se à “redução” do sintoma a um elemento, que é uma espécie de osso (Miller, 2013).

³² De acordo com o Dicionário etimológico da língua francesa de Bloch e Wartburg, a ortografia original da palavra “symptôme”, em francês, era “sinthome”, e surge em cerca de 1495, como termo médico (Bloch & Wartburg, 1975, p. 618).

30). O ponto de virada é a conexão entre significante e gozo, onde o significante não tem mais um efeito mortificante sobre o corpo, mas uma incidência de gozo (Miller, 2020, p. 385). A consequência é um corpo que não é mais mortificando e sim avivado pela incidência do significante.

A linguagem passa, ela própria, a receber o estatuto de uma elucubração – uma elucubração de saber sobre *lalíngua*³³. *Lalíngua*, como vimos anteriormente, se aproxima da “lalação”. É a língua escutada em sua materialidade, de certa forma, descolada das leis que a ordenam como linguagem. Por isso, ela parece ser o que, da linguagem, não serve para o diálogo e nem para a comunicação. Lacan chegará a dizer, na última lição do *Seminário 20*, que a linguagem, de início, não existe. Ela não passa de uma linguagem hipotética em relação à *lalíngua* que a sustenta.

A linguagem, sem dúvida, é feita de alíngua³⁴. É uma elucubração de saber, um saber fazer com alíngua. [...]

É nisto que o inconsciente, no que aqui eu o suporto como sua cifragem, só pode estruturar-se como uma linguagem, uma linguagem sempre hipotética em relação ao que a sustenta, isto é, alíngua (Lacan, 1972-1973/2008, p. 149).

É pela via de *lalíngua*, da incidência da materialidade da língua sobre o corpo, que o próprio significante passa a ter uma incidência de gozo. Na mesma época em que Lacan privilegia a dimensão do significante que não é mortificante, mas causa de gozo, ele introduz a noção de *sinthoma*, tomando a obra de James Joyce, especialmente *Finnegans Wake* (1939), como exemplo de um uso da linguagem que estaria mais próximo do gozo do que da comunicação.

Aqui, não se trata propriamente do sintoma como efeito de verdade, formação do inconsciente, mas de uma abordagem do sintoma que coloca em relevo o seu efeito de gozo. Segundo Miller, “se Lacan modifica o termo para falar de

³³ Termo que conjuga a dimensão da língua, como linguagem articulada, e a dimensão da “lalação”. Nesse sentido, *lalíngua* também nos remete ao balbucio fora de sentido, que nada tem a ver com as palavras que podemos encontrar no dicionário.

³⁴ “Alíngua” é a maneira como *lalangue* foi traduzida, no *Seminário, livro 20*, para o português. Optamos, aqui, pela tradução “lalíngua”, uma vez que nos parece veicular melhor a sua dimensão de “lalação”. Uma nota de tradução da edição brasileira dos *Outros Escritos* de Jacques Lacan justifica esta opção: “Seguindo a proposta de Haroldo de Campos, adotou-se nesta edição a forma “lalíngua” para traduzir *lalangue*, em lugar de “alíngua”, uma vez que, neste termo, o “a” tende a adquirir a função de prefixo de negação – o oposto da ideia de Lacan. Por outro lado, o “la” mantém algum uso em português [...] e permite evocar lalação, uma das tônicas do termo *lalangue* (2003, p. 510).

sinthome, o faz porque põe em primeiro plano o efeito de gozo, o sintoma-gozo” (2020, p. 386. Tradução nossa), modificação que é correlata a essa torção na abordagem do significante e da própria linguagem.

Qual passa a ser, então, o lugar do sintoma, para Lacan? Miller aponta que, a partir desse momento, o sintoma passa a ocupar o lugar conferido à pulsão na teoria freudiana, como conceito que se situa no limite entre o corpo e o inconsciente. O *sinthoma*, para o autor, vem inscrever-se nesse lugar, e é por isso que Lacan diz que o *sinthoma* é real (Miller, 2020, p. 387).

Freud responde à impossibilidade de situar o ponto de encontro entre dois campos aparentemente heterogêneos, o psíquico e o somático, com o conceito de pulsão – definido por ele próprio como a sua mitologia³⁵. Lacan, por sua vez, responde a esse ponto situando, ali, o *sinthoma* enquanto real. O mito, como ressalta Lacan (1952/2008, p. 13), é um recurso; uma maneira de tentar circunscrever um real que, para todos os efeitos, é elusivo. Freud lançou mão do recurso ao mito em diversas ocasiões. Uma delas, por exemplo, é a mitologia da origem, com *Totem e Tabu* (Freud, 1913/2012). De acordo com Miller, “para pensar a relação entre inconsciente e corpo, Freud recorreu a um conceito-mito”, a pulsão; “com o *sinthome*, Lacan busca elaborar um conceito operatório” (2020, p. 387. Tradução nossa). Assim, o *sinthoma*, para Lacan, parece ser um conceito operatório que busca abordar a interface, ou conexão, entre o corpo e a incidência real do significante (Miller, 2020, p. 387).

No *Seminário, livro 23: o sinthoma* (1975-1976/2007), Lacan afirma que a invenção do real é a sua resposta sintomática à elucubração freudiana: “é na medida que Freud articulou o inconsciente que eu reajo a isso” (Lacan, 1975-1976/2007, p. 128). À invenção freudiana do inconsciente, Lacan responde com a invenção do real, que é o seu sintoma. Isto é, ao sintoma-verdade como formação do inconsciente e saber articulado na cadeia significante, Lacan responde com o *sinthoma* enquanto real. Aqui, ele parece articular a própria invenção ao *sinthoma*,

³⁵ Freud diz, em 1933, que a teoria das pulsões é a sua mitologia. As pulsões, ressalta ele, “são seres míticos, formidáveis em sua indeterminação. Em nosso trabalho não podemos ignorá-los um só instante, mas nunca estamos certos de vê-los com precisão” (Freud, 1933/2010, p. 241).

quando diz que “reduzir essa resposta a ser sintomática é também reduzir toda a invenção ao *sinthoma*” (Lacan, 1975-1976/2007, p. 128).

Miller aponta que, no trabalho de Lacan com os nós, o paradoxo do sintoma parece ganhar outro destino que não o das oposições sentido *versus* real, ilusão *versus* angústia, efeitos de sentido *versus* gozo etc. (Miller, 1997). Com os nós, Lacan trata de circunscrever como se articulam e se entrelaçam esses termos supostamente opostos.

Trata-se de um momento em que a própria clínica parece ganhar um enfoque diferente. A clínica dos nós não é uma clínica das oposições e sim uma clínica das nodulações, dos arranjos (Miller, 1997). Lacan busca entender como bichos tão distintos coexistem, ou seja, de que forma aquilo “que não se reúne” (Laurent, 2010, p. 90) mantém-se unido. O entrelaçamento entre coisas heterogêneas parece surgir como a condição mesma para a formulação do conceito de *sinthoma*.

A teoria dos nós e o sinthoma

Em junho de 1975, durante a conferência de abertura do “V Simpósio Internacional James Joyce”, Lacan introduz, pela primeira vez, a noção de *sinthoma*. Essa noção, forjada a partir da antiga grafia da palavra “*symptôme*”, será trabalhada alguns meses mais tarde por Lacan em seu vigésimo terceiro *Seminário*, livro 23: *O sinthoma* (1975-1976/2007).

Esse *Seminário* tem como um de seus principais eixos de investigação a função da escrita para James Joyce. Os desenvolvimentos do *Seminário*, livro 23 (1975-1976/2007), inclusive no que dizem respeito ao *sinthoma* e à função de suplência atribuída à escrita de Joyce, ocorrem na esteira do esforço de Lacan em trabalhar com os nós borromeanos. Esse trabalho, que culmina na apresentação do nó borromeano como uma forma específica de entrelaçamento entre os registros³⁶

³⁶ Lacan aborda os registros real, simbólico imaginário como os três elos que compõem o nó borromeano. Os três registros são abordados ao longo do ensino de Lacan, com ênfases e enfoques que diversos. Resumidamente, podemos definir o real como o impossível de simbolizar ou representar, o simbólico como aquilo que toca à dimensão da linguagem e do discurso, podendo ser articulado na cadeia significante, e o imaginário, segundo os últimos *Seminários* de Lacan, como aquilo que consiste, estando referido, também, à dimensão sentido. É importante destacar que o registro do imaginário, no início do ensino de Lacan, está estreitamente ligado à imagem especular, especialmente àquela que tange ao corpo próprio, no estágio do espelho. O que parece ocorrer,

do simbólico, do imaginário e do real, abre o caminho para a formulação da noção de *sinthoma*.

Segundo Fabienne Hulak, “quando Lacan chega ao nó borromeano, ele está em posição de refundar a clínica” (2016, p. 112. Tradução nossa). Esse verdadeiro marco no ensino de Lacan introduz uma novidade que terá efeitos sobre a própria orientação da clínica psicanalítica, tal como abordada pelo psicanalista francês. Para Hulak, trata-se de uma concepção da clínica orientada para “a configuração dos nós como função lógica a partir do postulado [...] da estrutura do sujeito como nodulação do real, do simbólico e do imaginário” (2016, p. 112. Tradução nossa). O legado disso, como vimos, é uma nova maneira de se pensar a clínica.

Lacan começa a trabalhar os nós a partir do final do *Seminário, livro 20: mais, ainda* (1972-1973/2008) e, ao longo dos anos seguintes, irá apresentá-los de algumas maneiras distintas. Já nas primeiras aulas do *Seminário RSI* (1974-1975. Inédito), ele apresenta o nó de três elos, no qual se enlaçam os registros do real, do simbólico e do imaginário. Mais adiante, nesse mesmo *Seminário*, ele interroga a incidência de um quarto elo, pelo qual o Nome-do-Pai fará uma função suplementar no atamento desses três registros.

Aqui, vale ressaltar, o Nome-do-Pai passa a ser entendido em sua função nomeante – ou seja, de dar nome às coisas³⁷ –, e é essa função que operaria como quarto termo capaz de enodar o simbólico, o imaginário e o real. Em relação à necessidade de um elo suplementar, em 11 de fevereiro de 1975, Lacan chega a considerar que “nosso imaginário, nosso simbólico e nosso real estão, talvez, para cada um de nós, ainda num estado de suficiente dissociação para que só o Nome-do-Pai faça nó borromeano e mantenha tudo isso junto, faça nó a partir do simbólico, do imaginário e do real” (11/02/1975. Inédito).

Alguns meses depois, na conferência de 16 de junho de 1975, “Joyce, o sintoma” (1975-1976/2007), Lacan parece conferir ao *sinthoma* a função que, antes, havia sido atribuída ao Nome-do-Pai: aquela de operar como quarto elemento que manteria o encadeamento dos três registros. Segundo Lacan,

especialmente no final do ensino de Lacan, é que o imaginário ganha amplitude, como um dos elos fundamentais, que estruturam o falante na nodulação entre real, simbólico e imaginário.

³⁷ “Reduzo o Nome do Pai à sua função radical, que é de dar nome às coisas” (Lacan, 11/03/1975. Inédito).

O pai é esse quarto elemento – evoco aí alguma coisa alguma coisa que somente parte de meus ouvintes poderá considerar – esse quarto elemento sem o qual nada é possível no nó do simbólico, do imaginário e do real. Mas há um outro modo de chamá-lo. É nisso que diz respeito ao Nome-do-Pai, no grau em que Joyce testemunha isso, eu o reviso hoje com o que é conveniente chamar de *sinthoma* (Lacan, 1975-1976/2007, p. 163).

O *sinthoma* aparece aqui, pela primeira vez, ao mesmo tempo como quarto elo indispensável à amarração do nó e como aquilo que “há de mais singular” em cada um (Lacan, 1975-1976/2007, p. 163).

Embora já tenha sido apresentada na ocasião da conferência sobre Joyce, Schejtman considera que a noção de *sinthoma* só se estabiliza, tornando-se a “chave para a clínica nodal” (2015, p. 87), quando Lacan usa a escrita do nó para abordar o caso de Joyce. É aí que o *sinthoma* passa a ser considerado em relação ao lapso, ou falha, no nó.

Segundo o autor, nesse momento, o *sinthoma* adquire, “ao mesmo tempo, estabilidade conceitual e operatividade clínica, a partir de sua definição mais potente: a que a tornou, precisamente, reparação da falha na nodulação” (Schejtman, 2015, p. 87-88). Especificamente a partir das lições de 10 e 17 de fevereiro de 1976, nas quais Lacan introduz a ideia de que há uma falha no nó, o *sinthoma* passa a ser concebido como uma espécie de remendo, reparação ou suplência.

Schejtman destaca que Lacan, no *Seminário, livro 23* (1975-1976/2007), reserva o termo *sinthoma* para aquelas ocasiões em que o reparo se dá, precisamente, no local onde ocorreu a falha, justamente porque tal reparação pode também ocorrer em outros pontos do nó, mas com consequências muito diferentes, como demonstra Lacan pelas figuras apresentadas em 17 de fevereiro de 1976. “O que tomo como suporte do *sinthoma*”, diz ele, “está aqui marcado por uma rodinha de barbante, que suponho produzir-se no lugar exato em que, digamos, o traçado [do nó] sai errado” (Lacan, 1975-1976/2007, p. 94).

Essencialmente, a novidade introduzida por Lacan nessa lição é que o *sinthoma* não só é o quarto elo que enoda os três registros, mas, também, que ele funciona como reparo, ou remendo, no nó, sem o qual os três outros elos se

liberariam uns dos outros. Quanto a esse ponto, Schejtman chama a atenção para o fato de que o próprio nó de quatro elos *pressupõe uma falha*, que o *sinthoma* repara:

O passo é decisivo, já que, destacando que o nó falha, que o lapso, o erro no traçado do enlaçamento do nó é inevitável – e que, em função disso, o simbólico, o imaginário e o real não podem se enlaçar por si mesmos –, Lacan abre, desde esse momento, a possibilidade – mas também a necessidade – de uma clínica das reparações desse lapso estrutural (Schejtman, 2015, p. 98).

É essa função de “reparação” que Lacan tenta elucidar quando trabalha o caso de Joyce. Sua escrita nos dá uma pista sobre essa função, e é nesse sentido que Lacan propõe “considerar o caso Joyce como respondendo a um modo de suprir um desenodamento do nó” (Lacan, 1975-1976/2007, p. 85).

Joyce e o sinthoma

Na última lição do *Seminário, livro 23* (1975-1976/2007), Lacan localiza o lapso do nó, no caso de Joyce, no entrecruzamento dos elos real e simbólico, o que faz com que o terceiro elo, o imaginário, se solte. É nesse ponto que a relação imaginária vacila e o imaginário desliza da amarração. Um dos efeitos disso é percebido na cena, comentada por Lacan, na qual Joyce, após ter levado uma surra dos colegas – como relata em uma passagem do texto *A portrait of the artist as a young man* (1916) –, deixa seu corpo cair “como uma casca” (Lacan, 1975-1976/2007, p. 145). Em um momento anterior desse *Seminário*, Lacan atribui a falha no nó em Joyce à “demissão paterna” (1975-1976/2007, p. 76), que podemos relacionar a uma falha na função do Nome-do-Pai, entendida como função essencialmente nomeante.

A escrita de Joyce parece entrar como uma função “sinthomática” de reparação desse nó que rateia e no exato local onde a falha ocorreu: na interseção entre o real e o simbólico. Com sua obra, Joyce busca “fazer um nome próprio” e “ser um artista que fosse assunto de todo mundo” (Lacan, 1975-1976/2007, p. 86).

Aqui, há dois pontos que gostaríamos de destacar sobre a escrita em Joyce. O primeiro é que essa escrita forja o seu nome como artista, sobre o qual os estudiosos falarão durante centenas de anos. Lacan aponta para isso quando interroga a função dos incontáveis enigmas na obra do escritor. Ele dirá mesmo que

Joyce joga com esses enigmas, “sabendo muito bem que haveria joyceanos durante duzentos ou trezentos anos” (Lacan, 1975-1976/2007, p. 149) para tentar decifrá-los. Podemos dizer que a publicação de sua obra forja seu nome de artista no mundo, e convoca os estudiosos a trabalharem em um esforço interminável de decifração. Tal esforço é interminável porque a obra não se decifra. O exemplo maior disso é *Finnegans Wake* (1939).

Enquanto a fundação de um nome é uma espécie de liame no mundo, pelo qual o sujeito se representa, há, por outro lado, algo na escrita de Joyce que não parece enganchar-se a nada. É isso que Lacan parece privilegiar quando aborda a escrita de Joyce. Em “Joyce, o sintoma”, Lacan aponta para a particularidade do uso da língua (ou de *lalíngua*) em Joyce: “leiam as páginas de *Finnegans Wake*, sem procurar compreender. Se isso se lê [...] é porque sentimos o gozo daquele que escreveu” (1975/2007, p. 161). Lacan segue para dizer, sobre o sintoma de Joyce, que é “um sintoma que não lhes concerne em nada, é sintoma na medida em que não há chance alguma de ele enganchar alguma coisa do inconsciente de vocês” (1975/2007, p. 161). De fato, o gozo que anima a escrita é a única coisa que podemos “pegar” do texto de Joyce. Está aí, diz Lacan, o sintoma – ou, acrescentaríamos, o seu cerne.

Se a escrita de Joyce revela algo sobre o gozo do sintoma, isso diz respeito à relação muito singular desse autor com a linguagem, na medida em que, para Lacan, a linguagem é reduzida ao sintoma como inalisável. Joyce esgarça a linguagem. Ele parece reduzi-la ao material que a sua escrita manipula, sem se ater às leis que ordenam a língua e a inserem em um sistema de comunicação. É nesse sentido que, “do sintoma, Joyce oferece o aparato, a essência, a abstração” (Lacan, 1975-1976/2007, p. 161). Talvez possamos dizer que essa essência é o próprio “gozo opaco” (Lacan 1979/2003, p. 566) do sintoma, do qual o texto de Joyce dá testemunho.

O que se percebe na escrita de Joyce não é um uso da língua que se ocupe com a comunicação, mas que revela uma espécie de gozo solipsista da língua levada aos limites do sistema de leis e códigos que a organizariam como linguagem. O fato de que Joyce gozava com sua escrita fica evidente, por exemplo, nos relatos de sua esposa Nora, que dizia ouvi-lo dar gargalhadas sozinho no meio da noite ao escrever *Finnegans Wake* (Schejtman, 2015). O gozo entranhado na escrita também se faz

sentir na leitura do texto joyceano e, justamente, na medida em que ele interdita a compreensão. O texto causa menos efeito de sentido do que “estupefação” (Lacan, 1975-1976/2007, p. 163). O uso da homofonia translinguística³⁸ é um dos exemplos de como Joyce manipula a língua até esticá-la ao limite do fora de sentido.

Há algo de essencialmente ilegível na escrita de Joyce e isso se dá por efeito do uso particular que ele faz da linguagem. Se Joyce oferece, como aponta Lacan, o aparato e a essência do sintoma, é na medida em que o sintoma se reduz ao gozo, fora de sentido. O que Joyce parece fazer com o gozo é colocá-lo em prática na escrita e dar-lhe um *uso* absolutamente singular.

Poderíamos dizer, então, que sua escrita e obra são tributárias desse uso – de um “fazer” singular e inigualável com o sintoma? Na segunda lição do curso *Peças soltas* (2004-2005/2013), Miller diz que Lacan, ao pegar a mão de Joyce no *Seminário, livro 23* (1975-1976/2007), está em vias de interrogar o destino disso que, no sintoma, permanece irreduzível à verdade. Aqui, não estamos no viés da cura, mas na dimensão do uso. O texto de Joyce parece dar testemunho desse uso singular a partir de um gozo que insiste.

5.4

Virar-se com o sintoma: *sinthoma* como gambiarra

A que propósito serve o gozo? Segundo Lacan, o gozo é aquilo que não serve para nada (1972-1973/2008, p. 11). O gozo do sintoma, articulado a uma escrita selvagem, é uma espécie de coisa parasitária (Miller, 2004-2005/2013), que o sujeito arrasta consigo e que não tem nenhuma serventia: ele parece dobrar-se sobre si mesmo. Fora desse circuito solipsista, não há um uso pré-ordenado para o gozo do sintoma. Sendo assim, que destino uma análise pode dar a isso?

A finalidade de uma análise não pode ser a de curar o sujeito de seu sintoma, uma vez que o sintoma é um fato inescapável para o ser que fala. Como vimos, não há pulsão sem sintoma – o que faz do sintoma algo da ordem do necessário. Do

³⁸ Um exemplo dessa homofonia translinguística é dado por Lacan quando se refere a uma passagem de *Finnegans Wake*: “who ails tongue coddeau, aspace of dumbisilly?”, que pode ser lida, por homofonia, como “où est ton cadeau, espèce d’imbécile?” (onde está o seu presente, espécie de imbecil?) (Lacan, 1975-1976/2007, p. 162).

mesmo modo, a insistência de gozo também é uma fatalidade, dado que o próprio significante é causa de gozo (Lacan, 1972-1973/2008, p. 30). Uma análise pode até modificar o sintoma, mas não poderá livrar o falante do gozo que o arrasta na vida.

Qual, então, a finalidade de uma análise?

O que uma análise pode acabar por mostrar é que esse elemento não se reduz ao entrave ou à disfunção (embora ele tenha sempre um caráter de ‘desencaixe’), mas que ele pode ser fecundo. Ao reduzir o sintoma ao osso, talvez seja possível encontrar uma margem de manobra para que se possa construir algo com esses “cacarecos” que restam de uma análise; dar-lhes um uso, quem sabe, distinto do entrave. Cabe ressaltarmos que o osso não parece ser um elemento único ao qual se reduz uma análise, mas uma multiplicidade de “uns”, que não se agrupam. O Um é múltiplo, mas é singular na medida em que não faz série.

Miller propõe que a noção de *sinthoma* abarca um para-além da fantasia. Segundo o autor, Lacan “cria o conceito de *sinthome* precisamente porque está mais-além da fantasia” (Miller, 2020, p. 385. Tradução nossa).

Como o sujeito que atravessou a fantasia fundamental pode viver a pulsão? Essa é a pergunta que Lacan se faz no final do *Seminário sobre Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964/2008, p. 264), quando apresenta o seu primeiro paradigma do final de análise sob o enfoque da travessia da fantasia, conforme trabalhamos anteriormente. Na leitura de Miller, a maneira com que Lacan responde à pergunta sobre como o sujeito pode viver a pulsão, uma vez atravessada a fantasia, é que não existe pulsão sem sintoma (2020, p. 90).

Isso é a fantasia, que o verdadeiro curso normal da pulsão vai na direção da produção sintomática. Esta é a razão pela qual, definitivamente, no registro do sintoma, [Lacan] não propõe mais do que um certo arranjar-se com o sintoma [*savoir y faire avec*] que implica uma fatalidade do sintoma (Miller, 2020, p. 90. Tradução nossa).

Assim, no final de análise, viver a pulsão parece ser, de certo modo, viver o sintoma, não como verdade decifrável, mas como osso, ou ossos, irredutíveis na vida.

Diferentemente da fantasia, *há um ponto do sintoma que não se ultrapassa e não se atravessa*. É o que o autor aponta, quando aborda o problema do sintoma ao final de análise:

[...] o sintoma não se ultrapassa, à diferença do plano do imaginário; quer dizer que o sintoma, não o fazemos cair, diferentemente das identificações; que o sintoma não se atravessa, diferentemente da fantasia; quer dizer que o sintoma, temos que viver com ele, que devemos, como se diz em francês, *faire avec*, quer dizer que devemos haver-nos com ele. Dizer que se chega a se identificar com o sintoma significa que *sou tal como eu gozo* (Miller, 1998/2015, p. 90).

Miller se refere, aqui, à derradeira formulação de Lacan sobre o final de análise, que implicaria, em última instância, uma *identificação com o sintoma* (Lacan, 1976/1977).

Uma análise não aniquila o gozo do sintoma. No final, esse núcleo duro parece permanecer como marca, ou escrita, intransponível. Ao cabo de uma análise, o sintoma parece reduzir-se ao que há de mais íntimo para o ser falante: a sua forma singular de gozo. Daí a formulação de Miller: *sou como gozo* (1998/2015, p. 90). É nesse ponto, onde o sintoma se reduz a um osso – elemento de gozo –, que surge a pergunta sobre como é possível “virar-se” com isso que não cessa de se reiterar, embora também não se deixe dizer por completo.

Virar-se com o sintoma

Em 16 de novembro de 1976, durante o *Seminário L'insu que sait de l'une-bévue s'aile a mourre*, Lacan aponta a um caminho para que possamos abordar a questão do fim de análise, ao introduzir a ideia de que, ao cabo de uma análise, resta ao falante saber haver-se aí com seu sintoma – “*savoir-y-faire avec son symptôme*” (1976/1977, p. 7). Se não há travessia do sintoma (assim como não há travessia da pulsão), o caminho que se abre é o de se virar com isso que não muda. Não é, evidentemente, curar-se, e nem deixar o sintoma para trás, como aponta Miller, mas, “ao contrário, é estar enroscado e saber haver-se aí” (2000b, p. 199). É poder “manejar”, de outra maneira, o que permanece do sintoma. Isso parece ser diferente de mergulhar no sintoma e resignar-se com isso.

No texto “A teoria do parceiro” (2000b), Miller faz uma distinção importante entre o saber-fazer (*savoir-faire*) e o “saber haver-se aí” (*savoir-y-faire avec*). Ele elucida que o *savoir-faire* está no campo do saber universalizável, compartilhável e passível de ser ensinado. Para o autor, o *savoir-faire* está associado à técnica, com regras sistematizáveis, que podem ser delimitadas quando se tem conhecimento daquilo que se busca realizar. O *savoir-y-faire*, o saber haver-se aí, por sua vez, diria respeito a um “fazer com” algo que escapa ao domínio do saber universalizável e que mantém sempre um caráter singular e imprevisível. Saber haver-se com o sintoma está, portanto, no registro do singular – ou seja, do que se apresenta como experiência intransferível –, e do não domesticável. Nas palavras de Miller:

No *savoir-faire*, domesticamos a coisa com um conceito, enquanto no saber haver-se aí a coisa permanece exterior a toda captura conceitual possível. Nesse mesmo sentido, não somente não estamos na teoria, como também não estamos verdadeiramente no saber. O saber haver-se aí não é um saber, no sentido de um saber articulado. É um conhecer, no sentido de se virar com (Miller, 2000b, p. 205).

O que se destaca, aqui, é que “haver-se” com o sintoma escapa ao saber sistematizável por conceitos, justamente por surgir no lugar de um saber que falta no campo do Outro. Miller aponta que, aqui, não estamos no registro da técnica e nem da maestria, mas no nível do “virar-se com”; no nível do *uso* (2000b, p. 205). Não há, portanto, saber prévio quando se trata do *savoir-y-faire*, uma vez que isso toma forma apenas no curso de seu próprio uso.

Antônio Teixeira esclarece esse ponto ao assinalar que, “aqui, não há teoria pronta, mas o saber de uma prática que se constitui no movimento de seu próprio praticar”, e que o *savoir-y-faire* “se perde no momento em que se torna um saber previamente codificável” (Teixeira, 2019, p. 47 e 48). A importância está no movimento que funda a própria prática, uma vez que, sem esse movimento inaugural, sempre renovado, o *savoir-y-faire* não se sustentaria, caindo no campo da técnica. Nesse mesmo sentido, talvez possamos dizer que “virar-se” com o sintoma também não é arranjar uma solução definitiva para isso que insiste, mas parece pedir um trabalho que não se esgota e que exige, a cada vez, um movimento renovado de se virar.

Se, aqui, estamos no nível do uso, ou da prática, é na medida em que esse uso implica um *fazer com isso* com que o próprio sujeito se enrola e que o sistema se mostra absolutamente impotente em domesticar. Para Miller, é com o real que o falante se embarça. A questão é de “saber se desenrolar com isso” (Miller, 2000b, p. 206 e 207).

Uma gambiarra feita a partir de elementos existentes

Quando Lacan propõe que, no final de análise, resta ao falante arranjar-se com seu sintoma, ele coloca o osso do sintoma, o gozo sem lugar, no registro do uso. A proposta passa ao largo da cura propriamente dita, embora possa (não é garantido) ter o efeito de vivificar aquilo que antes era deserto. Virar-se com o sintoma é incluir na vida aquilo que não se cura e, com isso, forjar novos usos. Essa é a maneira que encontramos de compreender a indicação de Lacan de que é preciso *savoir-y-faire avec*, ou virar-se, com o sintoma.

Ao abordar o *savoir-y-faire* em relação ao *sinthoma* e à invenção – invenção que se dá sempre a partir de materiais já existentes –, Vieira destaca que o *savoir-y-faire*

É um “saber se virar” e não um *know-how*. Não é uma ideia, um conceito que se aplica à realidade, mas um novo instrumento para fazer concretamente algo de que a realidade necessita. É o sentido do “h” na definição de Lacan de *sinthoma* como a fração mais singular do gozo de um falante e que, por essa razão, não pode ser inscrito em sua fala ou em sua vida (Vieira, 2020, p. 120).

A passagem do sintoma ao *sinthoma* inclui apenas uma letra na grafia da palavra, uma letra que, quando ganha operacionalidade, ao mesmo tempo cinge e introduz, nessa nova grafia, a fração de gozo singular que fica fora da cadeia significante. Não se trata de fazer o gozo entrar na cadeia, pasteurizá-lo, mas encontrar uma maneira de “haver-se aí” com isso que fica sempre um pouco fora dos contornos que desenhamos para a vida. Vieira parece apontar para a inclusão do “h”, letra solta que ganha um lugar nessa nova grafia, como representativa da possibilidade de um novo enlaçamento do real do gozo, que experimentamos sempre como excesso sem lugar.

Para Vieira, “os materiais de uma invenção são sempre letras” (2020, p 120). Letras de gozo, acrescentaríamos, traçadas nos acidentes e nas contingências da história de cada um. Essa indicação aponta a um caminho para pensarmos a relação entre o *sinthoma* e a letra, no que toca ao destino do sintoma ao final de uma análise.

Aqui, é importante ressaltarmos a complexidade da discussão acerca do conceito de invenção na psicanálise. Miller aborda esse ponto no texto “A invenção psicótica” (2003), quando sugere uma distinção entre os termos criação e invenção. Segundo o autor, o termo “criação” enfatizaria a dimensão trabalhada por Lacan no *Seminário, livro 7: a ética da psicanálise* (1959-1960/2008), no qual é privilegiado o entendimento heideggeriano da criação, como criação *ex-nihilo*, ou criação a partir do nada. O termo “invenção”, por sua vez, diria respeito à invenção a partir de materiais já existentes; ou seja, um fazer com o que já está lá e que assume o valor de uma espécie de bricolagem (Miller, 2003, p. 6).

Teixeira adverte contra o perigo de se tomar a invenção como algo transcendente. Isso nos afastaria do sentido que Lacan parece ter dado a essa noção no final de seu ensino, e neutralizaria a sua importância na clínica psicanalítica. No texto “A aura da gambiarra” (2019), o autor tem esse cuidado, ao buscar uma leitura que não seja idealizada da invenção. Ele encontra um caminho para isso ao aproximar a invenção de uma *gambiarra*. Nesse sentido, propõe pensar a gambiarra como um modo particular de invenção, marcado pela dimensão da precariedade. Seguindo os passos de Teixeira, optamos por também adotar o termo “gambiarra” na nossa leitura da invenção. Fizemos dessa forma por entender que a gambiarra conjuga, de maneira especialmente precisa, as dimensões do precário e do inusitado, evocando a ideia de que a invenção, embora forje um novo uso para materiais existentes, é algo sempre um pouco improvisado, inacabado.

A gambiarra não diz respeito a um saber-fazer instituído e ensinável, mas se relaciona com a possibilidade de encontrar novos arranjos e composições para o que já está ali. A ideia da gambiarra nos ajuda a pensar na última proposta de Lacan sobre o final da análise, segundo a qual o melhor que se pode esperar de uma análise é que possamos nos virar com o nosso sintoma. Parte-se do pressuposto de que há algo no sintoma que não se extingue, mas para o qual é possível encontrar novos usos.

Segundo Holck, é no “fora do sentido” que o sintoma encontra o seu limite; ali onde o sintoma se reduz a um núcleo de gozo. A autora situa, nesse núcleo, a “matéria prima para a invenção do *sinthoma*” (Holck, 2018, p. 183). Ao articular a noção de *sinthoma* ao final de análise, a autora aponta que

O *sinthoma* é, ao mesmo tempo, o que não tem solução e o que há de mais próprio ao sujeito. A posição de analisante continua depois do final de análise; o *sinthoma* também se renova cada vez que o real do gozo se apresenta, e isso é feito com os recursos inventados durante a análise (Holck, 2018, p. 183).

Letra-nó: sinthoma como entrelace de elementos que não se reúnem

O *sinthoma* surge do trabalho de Lacan com os nós, que parecem ser a escrita encontrada por ele para o entrelaçamento de elementos soltos e irreduzíveis. Quanto a isso, em uma nota sobre o nó, incluída no final do *Seminário 23*, Miller escreve: “o que sei é que, em *O sinthoma*, os nós são uma escrita, e o nó é uma letra” (2007, p. 235). Talvez Miller chame o nó de letra porque, com ele, Lacan chega a escrever algo que toca o real dessa amarração. O nó não é propriamente um conceito, mas uma demonstração, em ato, daquilo que Lacan buscava abordar com o *sinthoma*. É por isso que ele ressalta que só é possível experimentar o que estava sendo posto ali ao manusear diretamente as rodinhas do barbante.

O importante é a forma singular de entrançamento que o nó nos permite vislumbrar. Podemos entender o *sinthoma* como uma espécie de entrançamento, a partir do qual surge um arranjo, sempre um pouco precário, no qual abarcam-se esses elementos soltos que chamamos de letras, colocando-os em uso de uma maneira singular.

Ao tomar o caminho do sintoma, na trilha daquilo que insiste para além da articulação de sentido, uma análise pode permitir cernir alguns elementos residuais, alguns “pedaços de real” (Lacan, 1975-1976/2007, p. 119). Nesses pontos, a verdade gira em círculos: não há saber articulável ali, mas um furo no saber. Uma análise não há de decifrar esses elementos. O melhor que se pode esperar é que, nesse percurso, possa-se encontrar para eles uma função, um uso que, paradoxalmente, não servirá aos propósitos da utilidade, e sim aos de um *entrelace*.

Propomos pensar no *sinthoma* como uma via de *assemblage*³⁹ que reúne essas coisas soltas e heteróclitas que uma análise permite cernir. Tal como o *bricoleur*⁴⁰ faz com as pecinhas que encontra pelo caminho, o *sinthoma* permite que, para elas, seja encontrada uma função, antes inexistente. Enlaçar aquilo que não se reúne e, com isso, fazer uma nova escrita – talvez seja essa a vertente do *sinthoma* que melhor nos serve para pensar o final de análise.

E de que maneira isso pode se apresentar na clínica psicanalítica? Como podemos encontrar, na materialidade da clínica, uma demonstração desse saber “fazer com” o sintoma; uma demonstração do que podemos chamar, agora, de uma amarração *sinthomática* a partir do que resta como ponto irreduzível de gozo? Buscaremos, a partir de um relato de análise percorrida de ponta a ponta, extrair consequências acerca do que nos foi possível articular até aqui.

Extrato de um relato de passe – Araceli Fuentes

Buscamos, nesse momento de conclusão do nosso percurso teórico-clínico, trazer algumas considerações sobre o relato de Araceli Fuentes, que nos pareceu abordar, de uma maneira singular, um desfecho de análise situado “além” da travessia da fantasia. Esse desfecho nos mostra uma possível articulação entre *sinthoma* e letra – ela própria forjada no trabalho de análise. Esse percurso resulta em uma espécie de “fazer-com” aquilo que não se inscreveu no inconsciente, mas que se escreveu sobre o corpo como marca real, cifra quase sem mediação. Da

³⁹ Tomamos como referência o termo *assemblage*, traduzido por “ajuntamento”, que aparece no *Seminário, livro 20* (1972-1973/2008), quando Lacan aborda a teoria dos conjuntos. Ali ele diz: “falemos do Um para coisas que não tenham nenhuma relação entre si”. Na teoria dos conjuntos, a letra designa o ajuntamento de “coisas absolutamente heteróclitas” (Lacan, 1972-1973/2008, p. 53). Lacan vai apontar que a letra não designa, propriamente, esse ajuntamento, mas o constitui; ela o é.

⁴⁰ Aqui, tomamos como referência a perspectiva de Claude Lévi-Strauss sobre o *bricoleur*, abordada em *O pensamento selvagem* (1962/1989, p. 32 e 33). “O *bricoleur* é o que executa um trabalho usando meios e expedientes que denunciam a ausência de um plano preconcebido e se afastam dos processos e normas adotados pela técnica. Caracteriza-o especialmente o fato de operar com materiais fragmentários já elaborados, ao contrário, por exemplo, do engenheiro que, para dar execução ao seu trabalho, necessita da matéria-prima” (Lévi-Strauss, 1962/1989, p. 32). Para Lévi-Strauss, a regra do jogo do *bricoleur* “é sempre arranjar-se com os “meios-limites”, isto é, um conjunto sempre finito de utensílios e materiais bastante heteróclitos, porque a composição do conjunto não está em relação com o projeto do momento nem com nenhum projeto particular, mas é o resultado contingente de todas as oportunidades que se apresentaram para renovar e enriquecer o estoque ou para mantê-lo com resíduos de construções e destruições anteriores” (Lévi-Strauss, 1962/1989, p. 33). Esses elementos são, de acordo com o autor, sempre elementos “semiparticularizados” (1962/1989, p. 33).

possibilidade de localizar isso em análise (e, efetivamente, escrever algo do que, antes, não parava de não se escrever), resultam efeitos que, no final de análise, dão-se quase como uma surpresa acidental.

O relato mostra, de maneira particularmente pertinente, que o “fazer-com”, o virar-se com seu sintoma e suas marcas, não é algo premeditado. Quer dizer, não há uma decisão ali por parte do falante. Ao contrário, isso parece ultrapassar o sujeito no sentido de que, em determinado momento, ele se vê em condições de falar de um antes e um depois; de algo que se pôde atravessar. Com isso, percebe que algo mudou ali onde ele menos esperava. Uma mudança aparentemente insignificativa na voz (que a própria passante se esquece de mencionar aos passadores), nesse caso, é um dos efeitos da análise, e que passa a acompanhar o sujeito como indício de algo que passou a se enlaçar de outra maneira. Nada de muito grandioso muda, mas isso muda, e talvez possamos dizer que isso muda muita coisa.

Contamos com dois relatos publicados entre novembro de 2011 e junho de 2012. O primeiro, intitulado “Um corpo, duas escritas” (2011), e o segundo, “O resíduo de uma análise” (2012). Nesses relatos, Fuentes conta que, aos oito meses de idade, perdera a sua mãe e passou a ser cuidada por seu pai, um homem com um excelente senso de humor, e sua madrasta, com quem o pai se casou depois da viuvez e que, embora fosse generosa, também podia ser rude e moralista. Ainda que contasse com o pai e com essa segunda mãe, Fuentes relata que, principalmente, era cuidada por mulheres da pequena cidade onde nasceu.

Não lhe contaram muita coisa sobre a mãe falecida. O que parece restar como elemento mais presente da mãe são os comentários dessas mulheres da cidade que, ao verem a menina passar, repetiam: “ai, se a sua mãe a visse” (*¡Ay! Se su madre la viera*). A frase assume, para ela, a forma de um dizer sem hiância: *seasuamaeaevisse* (*sesumadrelaviera*). Para Fuentes, essa é uma frase de lalíngua, da língua que não está no dicionário, mas que se escreve no corpo.

Seasuamaeaevisse se apresenta, em análise, quase como um neologismo e assume “a forma compacta de uma holófrase” (Fuentes, 2011, p. 144). Não entraremos nos pormenores da questão da holófrase e do fenômeno psicossomático (FPS), por entendermos que, aqui, mais vale a articulação que Fuentes pôde tecer

sobre isso no contexto da sua experiência de análise. Apontaremos apenas a uma indicação feita por Lacan em 1964, na qual, ao abordar o fenômeno psicossomático, diz que a holófrase ocorre “quando não há intervalo entre significante S1 e S2, quando a primeira dupla se solidifica” (Lacan, 1964/2008, p. 231).

No relato, o que se funde como holófrase são o olhar e a morte. “Se sua mãe a visse”, diz a autora, “invocava de maneira antiquada o olhar de minha mãe morta” (2011, p. 144). O que se evocava ali, sem que ela tivesse maiores relatos sobre a sua mãe, era o testemunho mudo do olhar da mãe que nunca conheceu. Diante da frase proferida pelas mulheres, o que repercutia era uma angústia no corpo; encontro com um gozo do qual não havia possibilidade de se defender.

Para Fuentes, *seasuamaeaevisse* se inscreve como cifra ilegível no corpo que “em algum ponto ficara demasiado real” (2012, p. 21). Ela diz, ainda: “como um selo, esta sorte de escritura ilegível, fixou-se em meu corpo, no lugar que poderia ser do sintoma” (Fuentes, 2011, p. 144). No entanto, ela só terá notícias dessa escritura anos depois, quando uma segunda perda, a do seu pai, atualiza o luto impossível da morte de sua mãe.

No momento da morte do pai, Fuentes relata ter se surpreendido por não sentir nada: nem dor, nem pena, nem tristeza. Anos antes dessa segunda perda, vivera com o pressentimento persistente de que, quando seu pai partisse, ela estaria perdida. Entenderá, posteriormente, que

[...] o que o pressentimento me anunciava era que não estava em condições de fazer um novo luto porque tinha um primeiro pendente. Ao me ver confrontada com a morte de meu pai, a falha epistemo-somática que se produzia na infância se atualizou. Evidentemente meu corpo, como corpo imaginário, em certo ponto se tornou real” (Fuentes, 2011, p. 145).

Fuentes aponta que a atualização do primeiro luto pendente, a partir de uma segunda perda, a do pai, desestabiliza o corpo. O sujeito é, então, confrontado com o que Fuentes chama de “falha epistemo-somática”, presente desde a infância, mas que, ao que parece, pudera ser contornada até ali. Não se sabe bem como – o relato não nos fornece esse dado.

Sem nos afastarmos em demasia dos passos que o terreno do relato nos permite dar, talvez possamos dizer que o texto nos fornece indícios para pensarmos

que tal falha “epistemo-somática” aponta para uma falha na nodulação do corpo como corpo real, simbólico e imaginário. Alguma coisa nessa nodulação, a partir da segunda perda, atualiza esse ponto de falha e desestabiliza o corpo. Trata-se de um corpo investido de um olhar mudo, como relata Fuentes; de um olhar que não era qualquer, mas de um Outro na condição de morto, do qual ela só tinha notícias a partir de sua impossibilidade de ver, condensada na holófrase inscrita como *seusuamaeavisse*.

Seu pressentimento se confirma quando, após a morte do pai, ela é acometida por uma série de fenômenos no corpo: uma doença autoimune que a deixa com manchas vermelhas na pele, dores reumáticas agudas, o lúpus, assim como fenômenos de visão como a visão dupla, ver pela metade, ver de um olho só. Além disso, relata duas ocasiões em que teve o que chama de “alucinações imaginárias” visuais (Fuentes, 2012, p. 24).

Nesse momento em que “tudo ficava cinza” (Fuentes, 2012, p. 22), ela encontra o homem com quem partilhará a vida. Um homem de grande senso de humor (talvez não por acaso) e com um gosto pelo absurdo: “o amor e seu humor foram a via que encontrei para agarrar-me à vida” (Fuentes, 2012, p. 22). Aos fenômenos do corpo, seu companheiro denominará, de maneira jocosa, “fenômenos especiais”. Fuentes relata que experimentava esses fenômenos com certa naturalidade, “como se fossem inevitáveis, era assim. Quando passava tempo sem senti-los, me faziam falta. Em particular, ansiava por uma sensação no corpo adjacente à angústia, uma sensação gozosa e fugaz” (Fuentes, 2011, p. 149).

É também nesse momento que ela busca a sua terceira análise, com uma analista parisiense com a qual percorrerá a sua análise até o final. Segundo o seu relato, o início dessa análise foi marcado por algumas dificuldades importantes. Em primeiro lugar, pela sua própria maneira de falar. A fala do sujeito era, nesse momento de sua análise, “marcada por certa rudeza no dizer e por um excessivo amor à síntese” (Fuentes, 2011, p. 148), que fazia com que as sessões curtas lhe parecessem extremamente longas. Muitas vezes, precipitava-se para concluir a sessão antes mesmo que a analista o fizesse. A segunda dificuldade se dava pelo fato de que, segundo a autora, a análise já “partia de um real mudo que não se prestava à simbolização. O sintoma pelo qual fiz a demanda foi o luto não feito cujas consequências, ao se escreverem no real, não produziam nenhum tipo de

sentido” (Fuentes, 2011, p. 146). De acordo com Fuentes, isso fazia com que a análise transcorresse como uma espécie de travessia no deserto (2011, p. 146).

Essas dificuldades, contudo, não foram um impedimento para a transferência, colocada em marcha por um sonho, no início da análise. Tal como Freud com Irma, no sonho, a analista lhe examina a garganta e exclama o nome de sua doença: “lúpus”!

A dimensão libidinal da transferência se atesta por uma demanda insólita do sujeito endereçada à analista: que esta olhasse as manchas da sua pele, que se ocultavam debaixo da maquiagem e do vestido, sob o pretexto (qualificado por Fuentes como inacreditável), de que, se a analista não as visse, não acreditaria no que ela tinha a dizer. Mostrar, “dar a ver”, condensava “a satisfação que habita o fantasma” (Fuentes, 2011, p. 147). Para Fuentes, “dar a ver” colocava em jogo “um mais de gozo escópico e um gozo real, mancha-olhar, também escópico, colado ao corpo” (2012, p. 22). Talvez possamos reduzir a mancha-olhar ao ponto em que a fantasia encontra a fixação da libido, núcleo real da fantasia.

Um *acting out* marca o ponto de virada na análise e a encaminha para o seu final. Certo dia, quando atendia em um consultório que compartilhava com colegas, recebera um telefonema de uma mãe que buscava análise para o seu filho com uma das analistas que também ocupava o espaço. Ao atender o telefonema, produz um curto-circuito na demanda endereçada à colega e toma para si o caso. É importante marcar que a colega para quem a demanda de análise da criança havia sido endereçada originalmente lutava contra um câncer e, em diversas ocasiões, havia dito que, se ainda estava viva, era porque queria ver seus filhos crescerem. Ao relatar o ocorrido em análise, a analista interpreta o *acting out*: “ela não vai vê-lo crescer (a criança); ele não vai vê-la morrer” (Fuentes, 2012, p. 22). A interpretação produz estremeamento, talvez por tocar o ponto de junção entre olhar e morte, ao mesmo tempo em que parece permitir o surgimento de um espaço entre eles.

Para Lacan, o *acting out*, diferentemente do sintoma, “clama pela interpretação” (1962-1963/2005, p. 140). Contudo, aquilo que o *acting out* endereça ao Outro para que este o interprete, na sua raiz, não é o sentido, mas o gozo, o

*resto*⁴¹ que cai da operação. Como vimos, esse resto não se interpreta, mas é possível reduzi-lo a um núcleo. A intervenção da analista parece operar ali onde o *acting out* aponta para a soldagem entre o olhar e a morte, ponto onde se localiza um gozo que não se articula à série. Isso engendra, para Fuentes, a separação desses dois elementos, antes fusionados.

O *acting out* e a interpretação introduziram o intervalo que desfez o que a holófrase havia soldado: o olhar e a morte se separam e a visão se esvaziou do olhar. Esse *acting out* se converteu em um ato que marcou um antes e um depois em minha análise. Na “Conferência de Genebra sobre o sintoma”, Lacan diz que o fenômeno psicossomático deve ser abordado a partir do gozo específico que há em sua fixação, acrescentando que é preciso esperar que a invenção do inconsciente possa servir para algo (Fuentes, 2012, p. 23).

Talvez possamos dizer que, nesse ponto entre dois, há a abertura, o surgimento, do próprio inconsciente. Mas isso não tem efeitos de sentido. Ao contrário, abre-se ali um buraco. Ao mesmo tempo, parece que algo da soldagem entre olhar e morte se circunscreve como possibilidade de abertura. Isso tem efeitos para essa análise, anunciando o seu fim. Os momentos de melancolia cessam, há uma mudança na posição ocupada pelo sujeito na partilha da sexualidade – uma possibilidade de incluir-se no conjunto aberto composto por outras mulheres.

Em uma sessão que ocorre no tempo final da análise, o sujeito retoma a frase “ah, se sua mãe a visse”, ao que a analista intervém, dizendo: “isso vem de longe” (Fuentes, 2012, p. 24). O primeiro efeito dessa intervenção é a sensação de constatação do óbvio, algo há muito tempo sabido. Em seguida, há uma invasão de angústia e vertigem. Para Fuentes, *isso vem de longe* “é uma interpretação apofântica que nem revela e nem esconde, faz signo, signo do que ex-siste à historização. Essa interpretação esburacou a língua do sujeito. O sujeito mergulhou no buraco aberto no e pelo inconsciente” (2012, p. 24).

O luto, que não havia podido inscrever-se no inconsciente, cessa de não se escrever. Encontra-se, na contingência de uma intervenção, a possibilidade de uma escrita como letra: “A letra, argumento de uma função lógica, situa-se no lugar de um buraco produzido na linguagem do sujeito pela intervenção do analista. Quando

⁴¹ Ao abordar a questão de se saber como agir diante de um *acting out*, Lacan diz: “mas aí é que está: não é o sentido do que vocês interpretam, seja ele qual for, que importa, e sim o resto” (1962-1963/2005, p. 141).

finalmente o luto se escreve, o faz como uma borda de um buraco, uma borda que ao mesmo tempo o constitui” (Fuentes, 2011, p. 151 e 152). Produz-se um efeito de satisfação, tanto em relação ao percurso de análise quanto à resposta subjetiva diante do gozo do corpo (Fuentes, 2012). Anuncia-se o fim, vivido como uma urgência em terminar a análise, e a decisão é tomada.

Na véspera da última sessão, um sonho se produz:

Ia à análise e encontrava a minha analista limpando a porta de sua casa, o lugar onde o seu marido havia morrido. Ao chegar, ela me dizia que ia fazer uma festa-homenagem a seu marido, e eu, nesse diálogo absurdo, dizia-lhe que ia me apresentar ao passe. Então ela me perguntava: “o que há de resíduo da voz?” (Fuentes, 2012, p. 25).

Embora a pergunta sobre o resíduo da voz apontasse para um resto não analisado, isso não interfere na sua decisão de concluir a análise. Há sempre restos em uma análise. Ou, nas palavras de Freud, há sempre “fenômenos residuais” (1937/2018, p. 331).

Despede-se.

Ao apresentar-se ao dispositivo do passe, faz as entrevistas com os passadores e, quando as termina, lembra-se de que se esqueceu de relatar um sonho, que toca precisamente ao ponto do resíduo da voz: “fui me analisar em Paris, era um dia de greve e as ruas estavam repletas de manifestantes barulhentos. No entanto, o que experimentei foi a sensação de que haviam baixado o volume de Paris” (Fuentes, 2012, p. 25).

Esse “acontecimento de corpo” ela denomina como “o dia em que baixaram o volume de Paris”. Ele se relaciona, segundo Fuentes, a um efeito inesperado de sua análise: percebe que sua voz havia mudado, algo que uma paciente particularmente sensível também lhe havia apontado. A voz perdeu certa rudez, tornou-se menos brusca e mais metonímica. O que era, segundo ela, um amor pela síntese, torna-se um “empuxo a dizer irrefreável” que, ocasionalmente, atravessa o corpo (Fuentes, 2012, p. 25). Para ela, havia se produzido algo como um “metabolismo” do gozo da voz, que antes era fixado.

A análise havia sido marcada pela dificuldade de dizer de “um real não historicizável, um real que sobrepuja a verdade” (Fuentes, 2012, p. 24). Os

fenômenos psicossomáticos, os fenômenos alucinatórios e mesmo o *acting out* estavam, de alguma maneira, ligados a esse ponto. Não é nada trivial que, no final de análise, isso tenha se transformado em um empuxo irrefreável a dizer e que tenha gerado *efeitos na própria voz*. O resíduo da voz, nomeado no sonho, é um ponto opaco e impossível de decifrar. Podemos dizer, contudo, que esse resíduo se apresenta ali: no que a voz pôde absorver dos efeitos dessa análise.

Para Fuentes, o empuxo a dizer, que, de tempos em tempos, passou a atravessar o seu corpo, diz respeito a “um gozo do corpo vivo, que não se deixa interpretar nem negativar” (2012, p. 26). Não se sabe bem o que aconteceu com esse corpo; se o corpo, que em algum momento se mostrou demasiadamente real, encontrou alguma possibilidade de estabilização, ou se ele deixou de ser lugar de manifestação dos fenômenos psicossomáticos. O relato não nos dá notícias disso, mas o que sabemos é que algo, nessa análise, deu-se por concluído.

Sobre a possibilidade de viver a pulsão e de encontrar novos arranjos com esses elementos soltos e desencaixados da vida, parece que o “empuxo irrefreável a dizer” e a voz habitada por um gozo agora “metabolizado”, indicam que, de fato, encontrou-se alguma possibilidade de “fazer com” isso:

Esse resto, o resíduo da voz, não é simplesmente um resto do banquete analítico, mas seu produto, um novo modo de gozo surgido da análise, que, sendo gozo do corpo, é ao mesmo tempo corpo e vazio, nem mais corpo, nem mais vazio. O resíduo da voz, o mais singular e ao mesmo tempo o mais opaco de mim mesma, é minha resposta *sinthomática* ao silêncio imposto no trauma. Um resíduo com o qual trato de “saber fazer” (Fuentes, 2012, p. 26).

Ao mesmo tempo em que *sesuamaeavisse* marcou no corpo o ponto de impacto de um gozo indecifrável, também fez desse corpo um corpo mortificado, destinado a ser palco de uma invasão com a qual o sujeito nada podia fazer para se defender e sobre a qual nada podia dizer. Uma vez separados os elementos que, condensados, compunham a holófrase, parece ter se aberto uma via para enlaçá-los de outra maneira. Não mais no silêncio do trauma, mas no empuxo ao dizer. Não mais um corpo mortificado, mas um corpo vivo, que pôde incluir, como letra, o gozo que sempre esteve ali, a marcar o seu destino: “a análise permitiu que o luto que não havia se inscrito no inconsciente cessasse de não se escrever e se escrevesse como letra” (Fuentes, 2012, p. 151).

Aqui, a letra parece demarcar o ponto de impacto onde o efeito real, traumático, do significante incide sobre o corpo – ponto que conjuga o dizer das mulheres que viam a menina passar, *sesuamaeavisse*, e o inominável, o impossível, do luto. O relato de Fuentes aponta para a possibilidade de uma escrita no litoral desse impossível.

O luto irrealizado é um dos nomes que poderíamos dar ao que perturba a vida, mas poderíamos dar outros. O importante é o enlace que foi possível fazer a partir da redução de *sesuamaeavisse* e o isolamento dos elementos ali condensados: a possibilidade de separar a morte do olhar e o olhar da visão. Com isso, algo se escreve como letra e possibilita algum luto.

Os elementos desencaixados no lugar da dita “falha epistemo-somática” parecem ganhar um pouco de maleabilidade. Isso não necessariamente resolve a falha, mas torna-se possível encontrar algum destino para essas coisas soltas às quais se reduz uma análise no final. Não que o sujeito precise quebrar a cabeça para virar-se com o seu sintoma. O destino, a função, eles vêm. Vêm ao cabo de um percurso no qual a letra, e o enlace *sinthomático* que pode produzir-se *com* ela, ganham operacionalidade. Nesse caso, vieram na forma de uma voz modificada, que agora pode pôr-se a dizer.

Um encaminhamento para concluir

Abrimos este capítulo buscando entender como uma análise poderia abordar essa parte do sintoma que não é fala e nem pede para ser decifrada. Chegamos à ideia de que, nesse ponto, o sintoma se reduz a uma escrita de gozo fora do sentido. Isso exige que a interpretação não opere pela via da articulação da verdade, mas pela via da redução do sintoma ao gozo. Há, portanto, uma passagem da interpretação para a redução; da escuta que toca ao sentido para uma leitura que inclua, na trama do discurso, o real como escrita que o sentido não chega a absorver.

Esse caminho exigiu que situássemos a relação entre o sintoma e a escrita, passando pela letra como litoral entre dois campos heterogêneos (saber e gozo) e, depois, pela letra como elemento auto idêntico e avulso, que não entra na série significante. Aproximamos esse material desencaixado do osso do sintoma, que não está do lado da verdade e sim do gozo.

Surgiu, então, a pergunta sobre o que uma análise pode propor em relação a esse ponto indecifrável e irreduzível do sintoma. Uma análise não propõe exatamente uma cura para isso e sim a possibilidade de “fazer com” (*savoir-y-faire avec*) esse material avulso. Propusemos abordar o “fazer com” pela perspectiva do “enlace” – uma forma de “trançar” esses elementos heterogêneos. O enlace não estaria na dimensão da articulação significante, mas na dimensão do uso – da possibilidade, sempre contingente, de “fazer com” (*savoir-y-faire avec*) esse material avulso.

Recorrendo aos últimos *Seminários* do ensino de Lacan, em especial ao seu trabalho com os nós, foi possível pensarmos que Lacan propõe, nesse momento, uma clínica dos arranjos, das amarrações. Com os nós, ele parece tentar demonstrar como tais elementos podem reunir-se, sem, contudo, perderem o caráter radicalmente heterogêneo.

Feito esse percurso, podemos levantar a hipótese de que o *sinthoma* – noção que surge na interseção entre a investigação lacaniana sobre a escrita de Joyce e do seu trabalho com os nós – poderia ser considerado como uma espécie de trança feita a partir dos elementos soltos recolhidos de uma análise. O *savoir-y-faire avec*, o virar-se com o seu sintoma, proposto como via para um final de análise, poderia ser considerado como uma espécie “amarração *sinthomática*”, aos moldes de uma gambiarra, feita a partir de materiais pré-existentes.

Colocamos, portanto, o *savoir-y-faire* ao lado do *sinthoma*. O *sinthoma* sustentaria uma forma de enlaçamento do gozo do sintoma, distinta daquela própria à trama da fantasia, que tende a negativizar o gozo, colocando-o fora do enquadre. O *sinthoma* seria, assim, uma das possibilidades de *savoir-y-faire* com o sintoma.

Buscamos encontrar, na materialidade da clínica psicanalítica, uma demonstração desse *savoir-y-faire* com o sintoma. Foi com esse objetivo que recorreremos aos relatos de passe de Araceli Fuentes. Desses relatos, foi possível extrair alguns elementos que pareceram demonstrar como essa amarração *sinthomática* pode se dar no final de uma análise. Particularmente interessante, para nós, foi o fato de essa resposta não se apresentar como uma revolução na vida e nem como uma erradicação do sintoma, mas como uma mudança pontual que se imprime na voz. O resíduo da voz, nesse caso, é o que fica de uma análise percorrida

do início ao fim e é com isso que, segundo Fuentes, ela trata de “saber fazer” (2012, p. 26). Aventamos a hipótese de que o empuxo a dizer, que passa a atravessar o sujeito de tempos em tempos, parece apontar para um arranjo, ou entrelace possível, que inclui esse resíduo e o alça a um uso antes inexistente.

6

Conclusão

O nosso percurso começou com uma pergunta: o que é o sintoma para a psicanálise e como ele difere do sintoma no campo do discurso médico? Essa pergunta serviu como base para melhor delimitarmos o nosso campo de investigação.

Qual a particularidade da abordagem do sintoma na psicanálise e quais destinos o sintoma pode tomar ao final de uma análise atravessada de ponta a ponta? No nosso horizonte esteve sempre uma proposição do final do ensino de Jacques Lacan, segundo a qual, o melhor que se pode esperar de uma análise concluída é que o sujeito possa virar-se com seu sintoma.

E o que significa isso? Uma formulação aparentemente simples, como não raramente ocorre no ensino de Lacan, desdobrou-se por caminhos sinuosos. Enveredamos pelos trilhos da mensagem e da verdade, depois pelos do gozo e da letra, para, então, chegarmos ao *sinthoma* e à gambiarra. Retomamos, nessas considerações finais, o fio que alinhavou esse caminho, em uma tentativa de amarrar os pontos de partida e de chegada. É interessante poder verificar, ao final deste percurso, que o próprio sintoma é o que amarra as duas pontas de uma análise: é com ele que se começa e é com ele que se termina.

Iniciamos por investigar a maneira como um discurso mais amplo, o da ciência médica, aborda o sintoma, para, então, destacar os pontos nos quais esta abordagem difere daquela da psicanálise. No discurso médico, especialmente antes do advento e difusão da anatomia patológica na medicina ocidental, o sintoma é tomado como signo ou sinal de uma patologia. Desse modo, a doença é a verdade oculta para a qual o sintoma aponta. Basta saber ler o conjunto de sintomas para que se elucide o seu sentido. Aqui, a possibilidade de leitura está estreitamente ligada ao saber médico. O saber é a chave para a leitura dos sintomas e a mesma chave pode ser usada para abrir muitas portas, independentemente das singularidades apresentadas pelo sujeito que padece. Não é, afinal, o sujeito que está em questão, mas o corpo-organismo em sua relação com a saúde e a doença.

Com o advento da anatomia patológica, o sintoma é deslocado de seu lugar de cifra: o que se lê, nesse momento, são as lesões e alterações na anatomia dos corpos. Quando o olhar médico passa a penetrar as profundezas do corpo, são as estruturas anatômicas e suas alterações que contam a história da doença. A verdade da doença, composta por suas causas e caminhos, é procurada na geografia dos corpos. Aqui, também, a chave para a leitura está no saber médico. Embora cada corpo seja diferente, o saber, que torna possível a leitura do que se passa em um corpo, serve para todos, ou quase todos. Trata-se de um saber universalizável, e que precisa sê-lo para considerar-se ciência. Aqui, embora existam histórias individuais, diferentes cursos e prognósticos para uma dada patologia, a verdade da doença, a sua essência, indefere de um paciente para o outro.

O enfoque localizacionista da anatomia patológica tem suas limitações, mas a medicina parece carregar algo desta herança até hoje. Quando se busca atribuir uma origem à patologia, essa origem está quase sempre atrelada à alteração ou disfunção de algum sistema ou estrutura do corpo.

Isso se apresenta como um impasse para o campo da psicopatologia. Como é o caso em grande parte das ditas patologias psíquicas, na falta de evidências concretas (consenso) de uma alteração orgânica que possa ser claramente correlacionada à origem da patologia, o único acesso que se tem a elas é o sintoma. Na psiquiatria, os “porquês” e as causas, geralmente, não estão em primeiro plano de discussão e, sim, o diagnóstico, os sintomas, seu tratamento ou manejo. Seria novamente o saber médico que permitiria a leitura dos sintomas e o seu enquadramento em um diagnóstico, a partir do qual propõe-se um tratamento.

Talvez a grande diferença entre o discurso da psicanálise e o discurso da medicina (que podemos colocar sob o escopo do discurso do mestre) seja o lugar ocupado pelo saber. Enquanto no discurso médico o saber ocupa o lugar de agente – ou seja, pratica-se a medicina a partir de um corpo de saber consolidado, que permite que o particular possa passar ao universal –, o discurso analítico opera a partir de um saber *suposto*, cujo agente é esse objeto, o *a*, que resiste, precisamente, ao domínio do saber.

Se, na medicina, a doença é a verdade do sintoma, essa verdade extrapola o particular. Na psicanálise, parte do sintoma também aponta para uma verdade, mas

esta não é universalizável. O saber que se extrai de uma análise só funciona para um. Não há um saber prévio, apenas um saber suposto, que não está do lado do analista e, sim, do lado do sujeito do inconsciente. Eis o ponto ao qual chegamos no final do primeiro capítulo: o sintoma psicanalítico inclui o sujeito do inconsciente - sendo, ele próprio, um furo na estrutura do saber. Essa foi a ponte para o nosso segundo capítulo, que abordou o sintoma em sua face interpretável.

É porque Freud entendeu que o sintoma “fala”, diz algo sobre as marcas que determinam o sujeito, que ele se pôs a escutá-lo. Propôs escutá-lo, tal como escutava os relatos dos sonhos: como uma formação do inconsciente, regida por suas leis. O sintoma, assim como o sonho, é via de acesso para os complexos inconscientes. Nessa perspectiva, o sintoma está articulado à verdade inconsciente. Ele porta uma “mensagem”, por assim dizer, que localiza o sujeito na trama das marcas que o constituem. A relação entre o sintoma e a verdade é, contudo, uma *construção feita em análise*; não lhe é anterior. Se o sintoma, de certa maneira, localiza o sujeito, esse sujeito, no final das contas, sempre escapa. Nunca há um sentido último ou uma verdade absoluta à qual se possa chegar em relação ao sintoma, em uma análise. Essencialmente, em relação à verdade, o que se constrói em uma análise é uma espécie de costura em torno de um furo.

Por isso, pudemos dizer, com Lacan, que o sintoma é um “nó de significantes” (1974/1993, p. 25), mas é um nó no centro do qual não está algo a ser revelado e, sim, um furo, correlato ao próprio sujeito do inconsciente – lacuna na cadeia significante. Diferentemente do Eu, o sujeito não tem nenhuma consistência que lhe permita dizer, por exemplo, “eu sou”. O sujeito não é agente e sim *efeito* da cadeia significante; efeito das marcas que o constituem no campo do Outro do discurso. Dizer que ele é lacuna ou intervalo é, precisamente, apontar que ele carece de substância. O correlato do sujeito é o objeto *a* – este sim dotado de substância; substância de gozo.

Nosso terceiro capítulo buscou abordar a relação entre sintoma e gozo, a partir da indicação de que o sintoma é, fundamentalmente, gozo, e não pede para ser interpretado. Nessa dimensão, ele se desarticula do sentido e até da verdade. Aqui, temos o sintoma tomado na vertente libidinal, como caminho pelo qual a libido busca satisfazer-se.

A libido não pede interpretação, mas satisfação. Essa satisfação, em geral, não é vivida como prazer e, sim, como gozo, que conjuga também o desprazer. Trata-se de um gozo que, em alguma medida, transborda e excede os limites do princípio do prazer. O sintoma desafia a mestria do saber sobre como um corpo deve fazer para viver.

Se o sintoma pode ser considerado um desvio da libido, rumo a uma certa satisfação, é porque há, desde sempre, uma parcela de satisfação interdita. Para Lacan, é a própria constituição do sujeito na linguagem que acarreta a perda de uma parcela de gozo. O que cai como resto dessa operação constitutiva do sujeito na linguagem é o objeto *a*. O objeto, aqui, condensa um *mais-de-gozar*, correlato à perda de gozo. Diante de um corpo mortificado pela entrada na linguagem e pela interdição de uma parcela de satisfação, é o objeto que advém, para o sujeito, como parceiro elusivo de gozo.

Surge, nesse ponto, outro conceito que demarca a relação de conjunção e disjunção entre o sujeito e o objeto: a fantasia. Dentro das coordenadas da fantasia fundamental, é o objeto que situa o lugar da repetição. O falante tende a repetir, no sintoma e na vida, a sua relação singular com o objeto. Ao mesmo tempo em que os enredos da fantasia enquadram um núcleo real de fixação da libido – núcleo no qual o sintoma se reduz à repetição –, ela também o encobre.

Se estamos sempre mexendo com o mesmo objeto, e se esse objeto é produto real e inextinguível da operação constitutiva do sujeito na linguagem, o que é possível fazer com ele em uma análise? Não há como nos livrarmos desse objeto que, quando aparece na cena da fantasia, tende a perturbar a vida. Há, contudo, a possibilidade de que a relação rígida com o objeto ganhe alguma maleabilidade, para que seja possível encontrar formas de trabalhar com ele. Isso implica que o gozo sem lugar, condensado no *a*, não fique negativado, mas seja incluído nos circuitos da vida. Podemos dizer que, para explicitar a maneira como essa nova inclusão poderia acontecer, Lacan tenha postulado a travessia da fantasia, em 1964, como primeiro paradigma do final de análise.

Entendemos o sintoma como consequência lógica da perda de uma parcela de satisfação da libido e da pulsão. Isso significa que não há pulsão sem sintoma. Se a libido e a pulsão não se extinguem, tampouco o sintoma se erradica. Não há,

portanto, como nos curarmos do gozo que se apresenta como núcleo do sintoma. Cabe-nos, tão somente, atravessar a fantasia. Atravessar tem consequências para a forma como o sujeito poderá “viver a pulsão” (Lacan, 1964/2008, p. 264). Podemos dizer que tais consequências são tributárias da possibilidade da inclusão desse núcleo de gozo na vida e dos novos arranjos pulsionais que isso acarreta.

Para entendermos como a travessia da fantasia pode apresentar-se em uma análise, recorreremos, no final do terceiro capítulo, ao relato de passe de Ram Mandil. Esse relato mostrou como a travessia da fantasia, no final de uma análise, permitiu que o sujeito pudesse dar novos destinos e encontrasse novas possibilidades de uso para “o saco vazio” que parasitava sua vida. Tal travessia deu lugar a um novo arranjo *com* o saco vazio, não mais parasita e lugar de mortificação, mas condição viva, e até mesmo “prazerosa”, da vida.

Ao longo do terceiro capítulo, buscamos circunscrever a dimensão do sintoma, que não se apresenta como verdade articulável na cadeia significante, mas como gozo. Chegamos ao ponto no qual o sintoma não pede para ser decifrado. Vimos que, nessa dimensão, ele não se configura como “mensagem” e, sim, como repetição.

Isso nos levou a uma pergunta que se mostrou essencial para o andamento da nossa pesquisa: se, em sua face de gozo, o sintoma não pode ser interpretado, como abordá-lo em uma análise? Essa questão nos levou a interrogar, no início do quarto capítulo, a função da interpretação.

Quando o sintoma se apresenta em sua vertente de gozo, não é com o sentido que ele opera, mas com a letra como escrita que toca o real. É por essa razão que Miller propõe, em relação à interpretação, uma passagem da “escuta do sentido à leitura do fora do sentido” (2011, p. 12). Nessa passagem, a interpretação vai em direção àquilo que se escreve sobre o corpo e não fala. Ela não visa ao deciframento de uma verdade articulada na cadeia significante e, sim, à redução do sintoma a um elemento – elemento de gozo. Por isso, podemos dizer que um nome dado por Miller à interpretação é a redução – redução do sintoma ao gozo.

Esse elemento de gozo configuraria o próprio osso de uma análise. O abordamos, no quarto capítulo, como uma coisa desencaixada, cuja única qualidade é a de ser idêntica a si mesma. Diferentemente do significante, ela não faz série –

não chama outro significante e mais outro; não aciona uma cadeia. Podemos chamar esse elemento solto e heteróclito de *letra*.

Nesse ponto, lançamos uma pergunta que toca ao sintoma como fio que percorre uma análise de ponta a ponta: trata-se do mesmo sintoma no início e no final de uma análise? A resposta parece ser sim e não. Há algo no bilhete de entrada que já antecipa o da saída.

A entrada em análise (raramente correlata ao momento em que se atravessa a porta do consultório de um analista pela primeira vez) implica que o sintoma seja endereçado ao Outro do discurso e entre na articulação significante. É, nesse momento, um sintoma que ganha volume, carne, corpo. Não porque seja injetado de sentido pelo analista, mas, porque, na transferência, o sintoma fala e é falado. É preciso bordar coisas em torno do sintoma, transmutado em questão. Bordar é perpassar seus fios, associações e, sim, os seus sentidos. Mas é também preciso ir além.

A verdade do sintoma não se reduz a um sentido, pela simples razão de que a verdade é, sempre, ao mesmo tempo, múltipla e *semi-dita*. Há algo no sintoma que escapa ao que, dele, podemos dizer. Aqui, não falamos de uma verdade sempre em fuga, mas de um impossível de se dizer, presente na própria estrutura do discurso. O impossível não é algo que está fora do discurso, mas um ponto duro que insiste nele. O sintoma, no final de análise, é um sintoma reduzido a esse ponto duro – reduzido ao osso, que podemos chamar de letra.

E o que é possível fazer com o osso de uma análise, no seu final? O que propõe uma análise, em relação ao sintoma, quando não há mais o que se possa costurar em torno dele? Lacan propõe que se possa “fazer com” o sintoma (*savoir-y-faire avec*). Aqui, não estamos na dimensão da cura, mas do *uso*. É preciso, de certa forma, trazer o osso para dentro da vida. Isso significa encontrar formas de enlaçar esses elementos soltos que não se encaixam em lugar nenhum na vida que levamos. Nessa perspectiva, a direção de uma análise não é propriamente a da cura, mas a do *entrelace*.

A clínica dos nós, dos últimos anos do ensino de Lacan, parece ser uma clínica dos entrelaces. Isso significa que não é uma clínica das oposições (por exemplo, entre real e simbólico) e, sim, dos *arranjos*. Em seu trabalho com os nós,

Lacan parece tratar de compreender como coisas que não se agrupam podem manter-se unidas. Isso nos interessa por sugerir um caminho para pensarmos a maneira como se daria o entrelace dessas coisas soltas que se pode recolher em uma análise.

Nesse fio, fomos procurar, no *Seminário, livro 23: O sinthoma* (Lacan, 1975-1976/2007), as pistas que pudessem nos ajudar a sustentar a nossa hipótese de que o *sinthoma* é uma forma de entrelaçar esses elementos desencaixados. O *sinthoma* seria, ele próprio, feito a partir da costura desses elementos que não fazem série e não se reúnem.

Em uma passagem do *Seminário, livro 23*, encontramos uma aproximação feita por Lacan entre o *sinthoma* e a invenção. Como vimos no quarto capítulo, a invenção é sempre feita a partir de materiais já existentes, o que nos permitiu pensar que o arranjo feito com os materiais e restos irreduzíveis, recolhidos de uma análise, poderia configurar-se como uma espécie de invenção. Contudo, o termo “invenção” pode nos remeter a algo extravagante e um pouco além do alcance. Preferimos, por esta razão, tomar a via indicada por Teixeira, associando o *sinthoma* à gambiarra.

O termo gambiarra nos permite retirar a invenção do *sinthoma* do plano transcendente e incluí-la no cotidiano. Que ela possa integrar o cotidiano, isso não a torna menos engenhosa. Fazer gambiarra é trabalhar com elementos, dando-lhes formas e funções, antes inexistentes. A gambiarra desafia o uso pré-estabelecido para as coisas que temos ao alcance. Dessa maneira, podemos mesmo dizer que a gambiarra prescinde do universal e da série, e é nisso que ela mostra a sua engenhosidade.

Para melhor alcançarmos a maneira como esse enlace de elementos soltos poderia dar-se como resposta *sinthomática*, no final de uma análise, trabalhamos dois relatos de passe de Araceli Fuentes. Escolhemos esse passe porque parece trazer à tona a possibilidade de um “fazer com” o sintoma, para além da travessia da fantasia, no final de análise. Nos relatos, o caminho dessa análise desemboca em um efeito inesperado, que se verifica só depois do seu testemunho de passe: uma mudança na voz e um empuxo a dizer. Fuentes circunscreve tal mudança como “um resíduo da voz” e o relacionará à uma “resposta *sinthomática* ao silêncio imposto pelo trauma” (2012, p. 26).

Nesse caso, o relato elucidava que a análise permitiu a separação de dois elementos que, para o sujeito, sempre estiveram colados: o olhar e a morte. O descolamento do que estava soldado parece abrir, para o sujeito, a possibilidade de haver-se com aquilo que, do sintoma, invadia o corpo e se apresentava como cifra fora de sentido – gozo mudo inscrito em um corpo demasiadamente real. Para Fuentes, no final de análise, parece ter ocorrido algo como uma metabolização do gozo que parasitava a voz. Aventamos a hipótese de que a mudança na voz e o empuxo a dizer sejam indícios de todo um rearranjo – ou seja, da possibilidade de fazer novas amarrações com aquilo que o sujeito pôde recolher, circunscrever e separar no percurso dessa análise.

A conclusão à qual chegamos, no final desse percurso, já ecoava desde o princípio – desde Freud, inclusive, quando afirma que há sempre fenômenos residuais em uma análise. Uma análise não erradica o sintoma. Todavia, pode abrir o caminho para uma “fazer com” o sintoma, através da redução desse nó de significantes ao osso, a seus elementos heteróclitos. Virar-se com o sintoma é encontrar um novo uso para esse material, sempre desencaxado.

Pudemos entender o *sinthoma* como uma forma singular de entrelace com o material que não faz série e não se reúne. Para o sintoma reduzido ao osso, resta encontrar arranjos, entrelaces. Nesse sentido, podemos dizer que o caminho do sintoma, em uma análise, vai da verdade ao *sinthoma*; vai do que pede interpretação ao que se apresenta como material reduzido ao elementar, com o qual, na melhor das hipóteses, pode-se fazer gambiarra.

Em nossa perspectiva, a derradeira proposta de Lacan sobre o destino do sintoma, no final de uma análise, carrega uma dimensão ética. Se ele propõe que o melhor que se pode fazer com o sintoma é virar-se com isso, é porque entende que o sintoma não é curável, mas fato incontornável na vida do falante. Onde estaria a dimensão ética nisso?

Em geral, busca-se uma análise para tratar daquilo que não anda bem, ou seja, daquilo que está em descompasso com as possibilidades de existência, abertas pelos discursos vigentes. Busca-se uma análise, precisamente, onde se “tropeça”. Quando, para um sujeito, esse tropeço se dá, sempre, mais ou menos no mesmo lugar, podemos chamá-lo de *sinthoma*.

A psicanálise, diferentemente da terapêutica, não é uma orientação que busca fazer uma ortopedia do sintoma. Quer dizer, a psicanálise não visa a reintegrar o sujeito ao discurso vigente; aquele que sabe o que é preciso para que se viva “bem” (de acordo com as engrenagens da sociedade). Tampouco propõe que o sujeito fique fora do mundo. O discurso analítico opera nessa linha tênue, no fio da navalha, entre o que o discurso ordena e o que fica fora dessa ordem. Talvez, nesse sentido, aquilo que se pode esperar de uma análise não é tanto que o falante se cure para que possa viver bem mas, antes, que esteja no mundo com seus “tropeços” e possa servir-se daquilo que, nele, está sempre sem lugar.

Lacan, em “A Terceira” (1974/2022), adverte que o futuro da psicanálise depende de que a psicanálise *não* tenha êxito em atender à demanda que lhe é endereçada: de livrar o sujeito do real e de seu sintoma. Para Lacan, se a psicanálise é bem sucedida em atender a essa demanda, não terá outro destino a não ser tornar-se uma religião.

Evidentemente, é impossível livrar o sujeito do real, uma vez que, sem o real, não há sujeito. Todavia, é possível escamoteá-lo. Propor escamotear o real poderia esbarrar na via prescritiva: um caminho regido pelo saber pré-ordenado que tende a excluir aquilo que incomoda por não ter lugar. Se fosse por essa via, a psicanálise não passaria da sugestão. O saber em jogo não seria mais um saber *suposto* do lado do sujeito do inconsciente e, sim, um saber firmemente situado do lado do analista. O problema é que o real faz furo no saber.

Brousse, seguindo os passos de Lacan em “A Terceira” (1974/2022), ressalta que o futuro da psicanálise está ligado “ao fracasso do atendimento à demanda terapêutica, na medida em que damos à terapêutica o sentido da satisfação do mestre em sua relação com o sintoma” (2003, p. 74). Se a psicanálise não pode curar o falante de seu sintoma – e, assim, reintegrá-lo ao bom funcionamento, segundo a lógica do sistema vigente – o que ela pode propor?

O *sinthoma*, feito do entrelaçamento de letras soltas, foi a resposta que pudemos, ao longo deste percurso, encontrar para a questão sobre o destino do sintoma no final de uma análise. Fica a pergunta, contudo, se uma análise é a única via por meio da qual o falante pode haver-se com o sintoma.

Lacan apontou para o exemplo de James Joyce que, pela via da escrita, pôde colocar em prática uma espécie de amarração *sinthomática*, mesmo sem ter trilhado os caminhos de uma análise. O exemplo de Joyce indica que a análise não é a única via de abertura para um fazer *sinthomático*, mas que alguns artistas também podem dar notícias disso.

A articulação entre a letra e o *sinthoma*, no âmbito específico da escrita literária, não pôde ser abordada no escopo desta pesquisa. Trata-se, para nós, de um tema de grande interesse, mas que exigiria uma investigação à parte e se situa, agora, como um próximo passo a ser dado em nossas investigações. Em uma pesquisa, há sempre algo que fica guardado no horizonte e, felizmente. Há sempre restos. Por ora, ficamos com a largura do passo que o nosso percurso nos permitiu dar: do sintoma ao *sinthoma*, da verdade à gambiarra.

7

Referências bibliográficas

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III.** (3ª ed.). 1980.

_____. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.** (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed, 2014.

BASSOLS, M. The self-made sinthome. In: **Freudiana n. 19.** Catalunya: Escuela Europea de Psicoanálisis, 1997.

_____. **Lituratierra.** Cuadernos del INES, Venezuela, n.9, Nueva Escuela Lacaniana, 2015.

_____. (2016). **Lo femenino, entre centro y ausencia.** Disponível em: <<http://mujeres.jornadaselp.com/textos-de-orientacion/textos-de-orientacion-lo-femenino-entre-centro-y-ausencia/>>. Acesso em: 18 junho de 2017.

BENVENISTE, E. Catégories de pensée et catégories de langue. In: **Les études philosophiques**, 4 (oct.-déc., 1958). Paris: P.U.F. Disponível em: <http://lecompte.al.free.fr/ressources/PARIS8_LSL/benveniste.pdf>. Acesso em: 19 de agosto de 2018.

BEZZERRIL, C. et al. Imagens da Letra. In: **Opção Lacaniana**, n. 41, São Paulo, EBP, dez. 2004.

BIRMAN, J. Clínica e poder na pesquisa psicanalítica. In: **Modalidades de pesquisa em psicanálise: métodos e objetivos.** FULGENCIO, L., BIRMAN, J. KUPERMANN, D., CUNHA, E.L. (Orgs.). São Paulo: Zagodoni, 2018.

BLOCH, O.; WARTBURG, W.V. **Dictionnaire étymologique de la langue Française.** (6ª ed.). Paris: Presses Universitaires de France, 1975.

BROUSSE, M.-H. A pulsão I. In: FELDSTEIN, R., FINK, B., JAANUS, M. (Orgs.). **Para ler o Seminário 11 de Lacan.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.

_____. **O inconsciente é a política.** São Paulo: Escola Brasileira de Psicanálise, 2018.

CABAS, A. G. **O sujeito na psicanálise de Freud a Lacan: da questão do sujeito ao sujeito em questão.** Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

CASSIN, B. Apresentação para 1ª Edição francesa do *Vocabulaire Européen des Philosophies*. In: **Dicionário dos intraduzíveis: um vocabulário das filosofias**, vol. 1. CASSIN, B. (Coord.), SANTORO, F., BUARQUE, L. (Orgs.). Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018.

CANGUILHEM, G. (1966). **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015.

CHECCHINATO, D. Introdução ao **Seminário: angústia-sintoma-inibição** de Moustapha Safouan. (2ª ed.). Campinas: Papirus, 1989.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed, 2008.

DUNAND, A. Término de análise II. In: FELDSTEIN, R., FINK, B., JAANUS, M. (Orgs.). **Para ler o Seminário 11 de Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.

FINK, B. A causa real da repetição. In: FELDSTEIN, R., FINK, B., JAANUS, M. (Orgs.). **Para ler o Seminário 11 de Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.

FOUCAULT, M. (1954). **Doença mental e psicologia**. Lisboa: Edições Texto & Grafia, 2008.

_____. (1963). **O nascimento da clínica**. (7ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2020.

FUENTES, A. Um corpo, duas escritas. In: **Opção Lacaniana**, n. 61, 2011.

_____. O resíduo de uma análise. In: **Opção Lacaniana**, n. 63, 2012.

FREUD, S. (1893-1895). Estudos sobre a histeria. In: **Obras Completas**, vol. 2. São Paulo: Companhia das letras, 2016.

_____. (1893-1899). Primeiros escritos psicanalíticos. In: **Obras Completas**, vol. 3. São Paulo: Companhia das letras, 2023.

_____. (1895). A crítica à neurose de angústia. In: **Obras Completas**, vol. 3. São Paulo: Companhia das letras, 2023.

_____. (1896a). A Etiologia da histeria. In: **Obras Completas**, vol. 3. São Paulo: Companhia das letras, 2023.

_____. (1896b). A hereditariedade e a etiologia das neuroses. In: **Obras Completas**, vol. 3. São Paulo: Companhia das letras, 2023.

_____. (1896c). Novas observações sobre as neuropsicoses de defesa. In: **Obras Completas**, vol. 3. São Paulo: Companhia das letras, 2023.

_____. (1900). Carta de 12 jun. 1900. In: MASSON, M.J. (ED). **A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess (1887-1904)**. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

_____. (1900). A interpretação dos sonhos. In: **Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**, vols. IV e V. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1901). Sobre os sonhos. In: **Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**, vol. V. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: **Obras Completas**, vol. 6. São Paulo: Companhia das letras, 2016.

_____. (1905). Fragmento da análise de um caso de histeria. In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**, vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1910a). Cinco lições de psicanálise. In: **Obras completas**, vol. 9. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

_____. (1910b). Concepção psicanalítica do transtorno psicogênico da visão. In: **Obras completas**, vol. 9. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

_____. (1911). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico. In: **Obras completas**, vol. 10. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. (1912). Algumas observações sobre o conceito de inconsciente na psicanálise. In: **Obras completas**, vol. 10. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. (1912). A dinâmica da transferência. In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**, vol. XII. Rio de Janeiro, Imago, 2006.

_____. (1913). Totem e Tabu. In: **Obras completas**, vol. 11. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

_____. (1914). Introdução ao narcisismo. In: **Obras completas**, vol. 12. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. (1915). Os instintos e seus destinos. In: **Obras completas**, vol. 12. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. (1916-1917) Conferências introdutórias à psicanálise. In: **Obras completas**, vol. 13. São Paulo: Companhia das letras, 2014.

_____. (1919). “Bate-se numa criança”: contribuições para o estudo da origem das perversões sexuais. In: **Obras incompletas de Sigmund**

Freud: neurose psicose, perversão. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2020.

_____. (1920). Além do princípio de prazer. In: **Obras incompletas de Sigmund Freud:** Além do princípio de prazer. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2020.

_____. (1921). Psicologia de grupo e análise do ego. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1926). Inibição, sintoma e angústia. In: **Obras completas**, vol. 17. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

_____. (1933). Novas conferências introdutórias à psicanálise. In: **Obras Completas**, Vol. 18. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. (1937). A análise finita e infinita. In: **Obras incompletas de Sigmund Freud:** Fundamentos da clínica psicanalítica. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018.

GELB, I.J. **A study of writing**. Chicago: The University of Chicago Press, 1952.

GUPTA, M. **Is Evidence-based Psychiatry Ethical?** Oxford: Oxford University Press, 2014.

HOLCK, A.L.L **Patu: a mulher abismada**. Rio de Janeiro: Subversos, 2008.

_____. Escrita, Psicanálise e testemunho. In: **A arte da escrita cega:** Jacques Lacan e a letra. VIEIRA, M.A., DE FELICE, T. (Orgs.). Rio de Janeiro: Subversos, 2018.

HULAK, F. **Logique du sinthome:** mise en pratique. Nîmes: Champ Social Éditeur, 2016.

JOYCE, J. (1916). **A portrait of the artist as a young man**. New York: Penguin Books, 2003.

_____. **Finnegans Wake**. New York: Viking Press, 1939.

LACAN, J. (1949). O estádio do espelho como formador da função do eu. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, Ed., 1998.

_____. (1952). **O mito individual do neurótico, ou, a poesia e a verdade na neurose**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

_____. (1953). O simbólico, o imaginário e o real. In: **Nomes-do-Pai**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

_____. (1953). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. (1954). Introdução ao comentário de Jean Hyppolite sobre a “Verneinung” de Freud. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. (1954-1955). **O Seminário, livro 2**: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise. (2ª ed.) Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

_____. (1956). O seminário sobre “A carta roubada”. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. (1957-1958). **O Seminário, livro 5**: As formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1999.

_____. (1957a). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. (1957b). A psicanálise e seu ensino. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. (1959-60). **O Seminário, Livro 7**: a ética da psicanálise. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 2008.

_____. (1960). Subversão do sujeito e a dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. **A identificação**. Lição de 10/01/1962. Inédito.

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

_____. (1964). Posição do inconsciente. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

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

_____. (1966). De nossos antecedentes. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. (1966-1967). **O Seminário, livro 14**: a lógica do fantasma. Rio de Janeiro: Zahar, 2024.

_____. (1967). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

_____. **O ato psicanalítico**. Lição de 29/11/1967. Inédito.

_____. (1969). O ato psicanalítico: resumo do Seminário de 1967-1968. In: **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

- _____. (1971). Lituraterra. In: **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.
- _____. (1971). **O Seminário, livro 18**: De um discurso que não fosse semblante. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.
- _____. (1971-1972). **O Seminário, livro 19**: ...ou pior. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.
- _____. (1972). O Aturdito. In: **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.
- _____. (1972-1973). **O Seminário, livro 20**: Mais, ainda. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.
- _____. (1973). Posfácio ao Seminário 11. In: **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.
- _____. (1974). **Televisão**. Rio de Janeiro: Zahar, 1993.
- _____. (1974). A Terceira. In: **A Terceira; Teoria de la língua**. Rio de Janeiro: 2022.
- _____. (1974-1975). **RSI**. Inédito.
- _____. **RSI**. Lição de 21/01/1975. Inédito.
- _____. **RSI**. Lição de 11/02/1975. Inédito.
- _____. **RSI**. Lição de 11/03/1975. Inédito.
- _____. (1975). Conférences et entretiens dans des universités nord-américaines. Massachusetts Institute of Technology. In: **Scilicet 6/7**. Paris: Éditions du Seuil, 1976.
- _____. (1975) “Conferência em Genebra sobre o sintoma”. In: **Opção Lacaniana**, n. 23, 1998.
- _____. (1975). Joyce, o sintoma. In: **O Seminário, livro 23**: O sintoma (1975-1976). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.
- _____. (1975-1976). **O Seminário, livro 23**: O sintoma. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.
- _____. (1976). L'insu que sait de l'une-bévue s'aile a mourre: séminaire du 16 novembre 1976. In: **Ornicar? Bulletin Périodique du Champ Freudien**, n. 12/13: sur la passe. Paris: Navarin, 1977.
- _____. (1976). Prefácio à edição inglesa dos Seminário 11. In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.
- _____. (1976-1977). **L'insu que sait de l'une-bévue s'aile a mourre**. Inédito.

_____. (1977). Rumo a um significante novo. In: **Opção Lacaniana**, n. 22, 1998.

_____. (1979). Joyce, o Sintoma. In: **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

LAURENT, E. A carta roubada e o voo sobre a letra. In: **Correio**, n. 65. São Paulo: EBP, 2010.

_____. **O avesso da biopolítica**: uma escrita para o gozo. Rio de Janeiro: Contracapa, 2016.

LÉVI-STRAUSS, C. (1962). **O pensamento selvagem**. (3ª ed.). Campinas: Papirus Editora, 1989.

MANDIL, R.A. **Os efeitos da letra**: Lacan leitor de Joyce. Rio de Janeiro: Contracapa, 2003.

_____. (2013). Conjunto vazio. In: **Aposta no passe**: seguido de 15 testemunhos de Analistas da Escola, membros da EBP. SANTIAGO, A. L. (Org.). **Opção Lacaniana**, v. 14. Rio de Janeiro: Contracapa, 2018.

MILLER, J.-A. (1980). A favor do passe ou dialética do desejo e fixidez da fantasia. In: SANTIAGO, A. L. (ORG.). **Aposta no passe**: seguido de 15 testemunhos de Analistas da Escola, membros da EBP. **Opção Lacaniana**, v. 14. Rio de Janeiro: 2018.

_____. (1982). Dos dimensiones de la experiencia analítica: síntoma y fantasma. In: **Introducción a la clínica lacaniana**: Conferencias en España. Barcelona: RBA Libros, 2006.

_____. (1985-1986). **Extimidad**. Buenos Aires: Paidós, 2010.

_____. Préface. In: AUBERT, J. (Org.). **Joyce avec Lacan**. Paris: Navarin Éditeur, 1987.

_____. **O percurso de Lacan**: uma introdução. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

_____. (1993). Sobre o desencadeamento da saída de análise (conjunturas freudianas). In: SANTIAGO, A. L. (ORG.). **Aposta no passe**: seguido de 15 testemunhos de Analistas da Escola, membros da EBP. **Opção Lacaniana**, v. 14. Rio de Janeiro: 2018.

_____. Seminario de Barcelona sobre *Die Wege der Symptombildung*. In: **Freudiana**, n. 19. Catalunya: Escuela Europea de Psicoanálisis, 1997.

_____. (1998). **O osso de uma análise + O inconsciente e o corpo falante**. Rio de Janeiro: Zahar, 2015.

_____. **A erótica do tempo**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2000a.

_____. A teoria do parceiro. In: **os circuitos do desejo na vida e na análise**. Escola Brasileira de Psicanálise (Org.). Rio de Janeiro: Contracapa Livraria, 2000b.

_____. A invenção psicótica. In: **Opção Lacaniana**, n. 36. São Paulo: Editora Eolia, maio/2003.

_____. Biologia lacaniana e acontecimentos de corpo. In: **Opção Lacaniana**, n. 41, 2004.

_____. (2004-2005). **Piezas sueltas**. Buenos Aires: Paidós, 2013.

_____. Introdução à leitura do Seminário da Angústia de Jacques Lacan. In: **Opção Lacaniana**, n. 43. São Paulo: Eolia, maio/2005.

_____. Nota passo a passo n.15 (Derrida e o nó). In: **O Seminário, livro 23: O sinthoma**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.

_____. **Perspectivas do Seminário 23: O sinthoma**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

_____. A palavra que fere. In: **Opção Lacaniana**, n. 56/57, jul. 2010.

_____. **O ser e o um**: curso de Orientação Lacaniana. Aula de 06/04/2011. Inédito.

_____. Ler um sintoma/lire un symptôme. In: **Afreudite: Revista lusófona de psicanálise pura e aplicada**, v. 7, n. 13/14, set. 2011. Disponível em: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/afreudite/article/view/2483>. Acesso em: 14 de agosto de 2019.

_____. **Os seis paradigmas do gozo**. In: **Opção Lacaniana Online** n. 7. São Paulo: EBP, 2012. Disponível em: http://opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_7/Os_seis_paradigmas_do_gozo.pdf. Acesso em: 10 de março de 2020.

_____. O escrito na fala. In: **Opção Lacaniana Online Nova Série**, ano 3, n. 8, jul. 2012. Disponível em: http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_8/O_escrito_na_fala.pdf. Acesso em: 09 de janeiro de 2020.

_____. Jacques Lacan: observações sobre seu conceito de passagem ao ato. In: **Opção Lacaniana Online Nova Série**, ano 5, n. 13, mar. 2014. Pp. 1-13. Disponível em: http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_13/passagem_ao_ato.pdf. Acesso em: 25 de junho de 2020.

_____. **El partenaire-síntoma**. Los cursos psicoanalíticos de J.-A. Miller (1997-1998). Buenos Aires: Paidós, 2020.

MILNER, J.-C. **La obra clara**: Lacan, la ciencia, la filosofía. Buenos Aires: Ediciones Manantial S.R.L., 1996.

POE, E. A. (1844). **The purloined letter**. Toronto: HarperCollins Publishers Ltd., e-pub. edition, 2013.

SAFATLE, V. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. **Scientiae Studia**, v. 9, n. 1. São Paulo: 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ss/a/VfqSSxvQ7WBQyrKKbJwjpWx/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 08 de junho de 2024.

SCHEJTMAN, F. **Sinthome, ensayos de la clínica psicoanalítica nodal**. Olivos: Grama Ediciones, 2015.

TEIXEIRA, A. A aura da gambiarra. In: **Mosaico: Estudos Em Psicologia**, v. 7, n. 1, 2019, p. 45-60. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/mosaico/article/view/24821>. Acesso em: 22 de outubro de 2021.

_____. **Le savoir pathologique: la psychanalyse entre le texte et le contexte**. Rennes: Presses Universitaires de Rennes, 2021.

VIEIRA, M. A. **Restos: uma introdução lacaniana ao objeto da psicanálise**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2008.

_____. **A escrita do silêncio** (voz e letra em uma análise). Rio de Janeiro: Subversos, 2018.

_____. Com que materiais se faz uma invenção? In: **Latusa**, n. 25. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Psicanálise Seção Rio, dez/2020.