

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Isa Gontijo Moreira

LER UM SINTOMA, ESCREVER UM CASO:

O invariante da contingência na Construção do Caso Clínico

Belo Horizonte

2023

Isa Gontijo Moreira

LER UM SINTOMA, ESCREVER UM CASO:

O invariante da contingência na Construção do Caso Clínico

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor (a) em Psicologia.

Área de Concentração: Estudos Psicanalíticos.

Orientador: Prof.Dr. Antônio Márcio Ribeiro
Teixeira

Belo Horizonte

2023

150
M8381
2023

Moreira, Isa Gontijo.
Ler um sintoma, escrever um caso [manuscrito] : o invariante da contingência na construção do caso clínico / Isa Gontijo Moreira. - 2023.
189 f. : il.
Orientador: Antônio Márcio Ribeiro Teixeira.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
Inclui bibliografia.

1. Psicologia – Teses . 2. Psicanálise – Teses
3. Psicodiagnóstico – Teses. 4. Lacan, Jacques, 1901-1981.
I. Teixeira, Antônio Márcio Ribeiro. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ATA DE DEFESA DE TESE DE ISA GONTIJO MOREIRA

Realizou-se, no dia 18 de agosto de 2023, às 14:00 horas, Sala 2060 FAFICH UFMG, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de tese, intitulada *LER UM SINTOMA, ESCREVER UM CASO: O invariante da contingência na Construção do Caso Clínico*, apresentada por ISA GONTIJO MOREIRA, número de registro 2019657028, graduada no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em PSICOLOGIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Antônio Márcio Ribeiro Teixeira - Orientador (UFMG), Prof(a). Maria Josefina Sota Fuentes (Consultório), Prof(a). Cleyton Sidney de Andrade (Universidade Federal de Alagoas), Prof(a). Marcia Maria Rosa Vieira Luchina (UFMG).

A Comissão considerou a tese:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.



Documento assinado eletronicamente por **Antonio Marcio Ribeiro Teixeira, Coordenador(a)**, em 28/08/2023, às 15:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marcia Maria Rosa Vieira Luchina, Professora do Magistério Superior**, em 28/08/2023, às 16:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Josefina Sota Fuentes, Usuário Externo**, em 28/08/2023, às 16:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Gilson de Paulo Moreira Iannini, Professor do Magistério Superior**, em 01/09/2023, às 10:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cleyton Sidney de Andrade, Usuário Externo**, em 14/09/2023, às 14:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2579360** e o código CRC **359030F9**.

AGRADECIMENTOS

Apreendi com Lacan que documentos escritos são exigidos porque eles carregam coisas já inscritas em um outro lugar. Por isso, se em algum momento fiz este agradecimento de forma geral para não soar enfadonha, desta vez vou agradecer nominalmente cada uma das pessoas que se fizeram presentes no percurso desta tese.

Agradeço meus pais, Ítalo José Moreira e Soraia Vani Gontijo Moreira, por terem apostado comigo no projeto de construção da carreira acadêmica e em tantos outros em que me atrevi sem nem saber se teria pernas pra alcançar. Meu pai é um otimista incorrigível, um sujeito de uma alegria e de uma fé quase inabalável na vida que em mim acabou por se traduzir como coragem. Minha mãe é dona de uma sensibilidade ímpar, de uma escuta que em mim tornou-se acurácia e perspicácia. Das muitas marcas que me deixaram, estas foram cruciais para a escrita desta tese e especialmente a elas hoje eu sou muito grata.

Agradeço a Igor Gontijo Moreira por me ensinar o valor do cuidado ético para com o outro desde sempre, como meu irmão, e agora também enquanto profissional de saúde. Meu irmão foi o primeiro e valioso amigo que a vida me deu, e a isto sou muito grata.

Agradeço à minha vovó, Conceição Gontijo Fernandes, que sempre carregou um mundo de amor e carinho literalmente de bandeja para mim. Pelas tardes de pandemia que passamos trancadas juntas, em que eu trabalhava e ela fazia pão de queijo e me trazia frutas picadinhas no pote, eu também sou muito grata (não precisava, vó).

Agradeço a Antônio Teixeira pela orientação que desde o Ambulatório Bias Fortes foi gentil e atenta. Antônio sempre ouviu com respeito tudo o que eu tivesse a dizer, especialmente as perguntas que eu tivesse a fazer, não importando a imprudência acadêmica que em alguns muitos momentos deste percurso eu tenha tido. Descobri que na epígrafe da sua dissertação e agora na da minha tese constam as palavras de Guimarães Rosa. Pela transmissão que no Grande Sertão se aporta, sou muito grata.

Agradeço a Márcia Rosa pela leitura da tese pela transmissão singular. Pelos seminários sempre lotados que, tal como um em um show de Diva, eu me espremia para arrumar um lugar para assistir (e ali muito aprendi), também sou grata.

Agradeço a Gilson Iannini pela participação imprescindível na qualificação do projeto e pela leitura da tese. Pela parceria de trabalho que possibilitou atravessar o pior da pandemia fazendo laço com a vida, também sou grata.

Agradeço a Cleyton Andrade pela leitura da tese e pelas colocações importantíssimas na ocasião da defesa da dissertação. Pela inovação com as letras que nos apresentou e com ela também muito aprendi, também sou grata.

Agradeço a Maria Josefina Fuentes pela leitura da tese e pelo aceite de pronto. Te conheci como Pepita através da sua escrita que me arrebatou. Só quando li seu relato de passe eu pude verdadeiramente entender qual tese eu havia feito e por isso sou muito grata.

Agradeço a Andrea Guerra pela generosidade de sempre. Por ter me apresentado a universidade da forma mais viva e potente possível, quando fui sua iniciação científica e com você muito aprendi, também sou muito grata.

Agradeço a David Moreno, Julianne Gomes e Keilah Gerber pela inspiração diária e pelo apoio imprescindível. A Marina Otoni e Patrícia Gomes pela troca afetuosa. Foi uma sorte poder contar com colegas tão decididamente competentes também no lugar de amigos. Pelo companheirismo, dedicação e alegrias divididas ao longo destes anos de doutorado também sou muito grata.

Agradeço a Cecília Lana, Clara Lins e Pâmella Freitas pela parceria. Pams e Clarinha por terem lido comigo os casos clínicos de Freud que suscitaram várias questões que acabaram por desembocar nesta pesquisa, Ciça pela interlocução desde o mestrado. Por todo carinho e troca, também sou grata.

Agradeço a Rafael Bessa pela paciência e pela ajuda com o impossível acadêmico. Pelas conversas intermináveis que, do outro lado do *front*, me fizeram ver com clareza a importância do meu trabalho, também sou muito grata.

Agradeço a Frederico Feu pela presença na ausência e pela ausência na presença. Pelo que acabei por descobrir ser um objeto próximo de pesquisa também sou grata – há quem acredite em coincidências, há quem acredite no inconsciente.

Agradeço aos meus amigos: Allan de Oliveira Mota, Alicita Joana Guimarães, Eduarda Xavier Carreira, Ewerton Neves, Filipe Arêdes, Gabriela Martins, João Bacelo, João Otávio Costa, Júlia Roberta de Oliveira Carvalho Caetano, Kamila Silva Freitas,

Laís Oliveira Borges, Leandro Martins, Letícia Cristelli de Souza Silva, Luciana Nunes Ribeiro, Luciana Oliveira Borges, Ludmilla Fonseca Teixeira, Luís Felipe Estevam, Maria Tereza Diniz, Marina Brandão Rodrigues, Maria Mello Couto, Marina Pádua Reis, Marcelo Augusto Costa, Max Emiliano Mathias da Costa, Paulo Eduardo Stella, Raíssa Fonseca Teixeira, Thiago Melo Santos, Valéria Silveira Coelho, Vanessa Cristina Silva, Vitor Araújo Xavier. Aos meus familiares: Maísa Raíssa Gontijo Pontes, Sandra Gontijo Fernandes, Rodrigo Ferreira, Rócion Gontijo Pontes e Tamyres Rodrigues Moreira. Sou muito grata aos gestos de amor e acolhimento de vocês, essenciais em muitos momentos deste percurso. Obrigada, de todo coração.

Agradeço a FAFICH/UFMG e a toda comunidade de funcionários, colegas e professores em torno dela pelo amparo ao longo destes 13 anos de vivência. Fafs, por ter tido aí uma casa quando eu deixei a minha, eu sou muito grata.

Agradeço a Cecília Ferreira Leite, minha ex-dentista que, em nome da ficção da fada do dente, na minha mais tenra idade me ofereceu uma lousa mágica em troca de um precioso objeto que era minha mamadeira. Vidrada por aquilo que se tornou meu brinquedo favorito eu me apaixonei pelas letras que, apesar de naquela altura desconhecer, eu descobri que podiam ser desenhadas e juntas formar palavras inventadas, palavras que na mágica da lousa apareciam e se apagavam. Entendi que as palavras eram puro gozo antes de saber que elas podiam ter significado, ali me tornei uma lacanianazinha e a este acontecimento contingente eu sou muito grata.

Esta pesquisa contou com financiamento CAPES o qual eu também gostaria de agradecer.

Essas coisas todas se passaram tempos depois. Talhei de avanço, em minha história. O senhor tolere minhas más devassas no contar. É ignorância. Eu não converso com ninguém de fora, quase. Não sei contar direito. Aprendi um pouco foi com o compadre meu Quelemém; mas ele quer saber tudo diverso: quer não é o caso inteirado em si, mas a sobre-coisa, a *outra-coisa*. Agora, neste dia nosso, com o senhor mesmo – me escutando com devoção assim – é que aos poucos vou indo aprendendo a contar corrigido. E para o dito volto.

Grande sertão: Veredas
João Guimarães Rosa

RESUMO

A pesquisa surgiu de um trabalho anterior que tinha como propósito uma investigação acerca do diagnóstico diferencial no contexto da prática de orientação psicanalítica, uma perspectiva na qual a orientação do manejo clínico perpassava não pelo rigor classificatório preestabelecido pela clínica estrutural, mas factualmente pela questão singular do sujeito na sua relação com o Outro, sua posição de discurso. O que os resultados nos informaram é que, em se tratando de diagnóstico em Psicanálise, é possível obter em casos classificados claramente sob uma mesma insígnia conduções clínicas completamente díspares – o que nos lança, como psicanalistas, no ineditismo do caso único. Restaram perguntas: como a psicanálise metodologicamente apreende esse elemento único de cada sujeito em sua *práxis*, uma vez que ele não é prescritível? Como é possível, em Psicanálise, chegar a uma redução dessa posição do sujeito a uma espécie de fórmula do sintoma, que se permite ser *lida* para ser *escrita* em um caso? Entendemos que o que sustenta a *leitura* do sintoma e dá a ele seu caráter da unicidade é sua marca contingente, encontro do corpo com a linguagem. Eis a nossa hipótese. Se no corte dialético da linguagem no qual o sujeito emerge, uma letra faz o litoral da pulsão e instaura ali uma posição, é justamente o recolhimento deste caráter inerente à posição do sujeito em seu sintoma, necessário a partir de sua contingência, que aprendemos a *ler* como psicanalistas. Neste ponto a facticidade da estrutura nos abandona porque não considera que o significante tem uma ressonância corpórea, uma positividade material. Retomamos, portanto, Freud, em sua metáfora energética, o que nos permitiu tratar a materialidade corpórea do significante pelo impacto de sua ressonância, não pela via do sentido. Tomamos o *signo oco* de Meillassoux (2012) para ler o sintoma a partir de seu caráter de *letra*, fora do sentido, e propomos a escrita do caso clínico, via articulação das letras, como um matema Lacaniano.

Palavras-Chave: construção do caso clínico; diagnóstico; ler o sintoma; contingência; signo oco; letra; matema Lacaniano.

ABSTRACT

The research arose from a previous work whose purpose was an investigation into the differential diagnosis in the context of psychoanalytic practice, a perspective in which the orientation of clinical management permeated not by the classification rigor pre-established by the structural clinic, but factually by the singular issue of subject in his relationship with the Other, your position in discourse. What the results informed us is that when it comes to a diagnosis in Psychoanalysis, it is possible to obtain, in cases clearly classified under the same insignia, completely different clinical conducts – which launches us, as psychoanalysts, into the originality of the unique case. Questions remained: how does psychoanalysis methodologically apprehend this unique element of each subject in its *praxis*, since it cannot be prescribed? How is it possible, in Psychoanalysis, to reduce this position of the subject to a kind of symptom formula, which allows itself to be read in order to be written in a case? We understand that what sustains the *reading of the symptom* and gives it its character of uniqueness is its contingent mark, the meeting of the body with language. Here is our hypothesis. If in the dialectical cut of language in which the subject emerges, a letter forms the coast of the drive and establishes a position there, it is precisely from the recollection of this inherent character to the position of the subject in his symptom as necessary from his contingency that we learn to read like psychoanalysts. At this point, the facticity of the structure abandons us because it does not consider that the signifier has a corporeal resonance, a material positivity. We return, therefore, to Freud in his energetic metaphor, which allowed us to treat the corporeal materiality of the signifier by the impact of its resonance, not by way of meaning. We take Meillassoux's *meaningless sign* (2012) to read the symptom from its character as a letter, outside of meaning, and we propose the writing of the clinical case, via the articulation of the letters, as a Lacanian matheme.

Keywords: construction of the clinical case; diagnosis; read symptom; contingency; meaningless sign; letter; Lacanian mathema.

RÉSUMÉ

La recherche est née d'un travail antérieur qui visait à enquêter sur le diagnostic différentiel dans le contexte de la pratique psychanalytique, une perspective dans laquelle l'orientation de la prise en charge clinique n'est pas imprégnée par la rigueur de classification préétablie par la clinique structurale, mais factuellement par la question singulière du sujet dans son rapport à l'Autre, sa position de discours. Ce que les résultats nous ont appris, c'est que lorsqu'il s'agit d'un diagnostic en psychanalyse, il est possible d'obtenir, dans des cas clairement classés sous le même insigne, des conduites cliniques complètement différentes – ce qui nous lance, en tant que psychanalystes, dans l'originalité du cas unique. Des questions subsistaient : comment la psychanalyse appréhende-t-elle méthodologiquement cet élément unique de chaque sujet dans sa praxis, puisqu'il ne se prescrit pas ? Comment est-il possible, en psychanalyse, de réduire cette position du sujet à une sorte de formule symptôme, qui se laisse lire pour être écrite dans un cas ? On comprend que ce qui soutient la lecture du symptôme et lui donne son caractère d'unicité, c'est sa marque contingente, la rencontre du corps avec le langage. Voici notre hypothèse. Si dans la coupe dialectique du langage où surgit le sujet, une lettre forme la rive de la pulsion et y instaure une position, c'est précisément du rappel de ce caractère inhérent à la position du sujet dans son symptôme comme nécessaire de sa contingence que nous apprenions à lire comme des psychanalystes. A ce point, la facticité de la structure nous abandonne parce qu'elle ne considère pas que le signifiant ait une résonance corporelle, une positivité matérielle. Nous revenons donc à Freud dans sa métaphore énergétique, qui permettait de traiter la matérialité corporelle du signifiant par l'impact de sa résonance, non par le sens. Nous prenons le signe creux de Meillassoux (2012) pour lire le symptôme à partir de son caractère de lettre, hors sens, et nous proposons l'écriture du cas clinique, via l'articulation des lettres, comme un mathème Lacanien.

Mots clés : construction du cas clinique ; diagnostic ; lire symptôme ; contingence ; signe creux ; lettre ; mathéma lacanien.

RESUMEN

La investigación surgió de un trabajo previo cuyo propósito fue la indagación sobre el diagnóstico diferencial en el contexto de la práctica de orientación psicoanalítica, una perspectiva en la cual el manejo clínico era permeado, no por el rigor clasificatorio preestablecido por la clínica estructural, sino por la cuestión singular del sujeto en su relación con el Otro, su posición de discurso. Lo que los resultados señalaron es que cuando se trata de un diagnóstico en Psicoanálisis, es posible obtener, en casos claramente clasificados bajo la misma insignia, conductas clínicas completamente diferentes - lo que nos lanza, como psicoanalistas, al carácter inédito del caso único. Quedaban interrogantes: ¿Cómo aprehende metodológicamente el psicoanálisis este elemento único de cada sujeto en su *praxis*, ya que no puede prescribirse? ¿Cómo es posible, en psicoanálisis, llegar a una reducción de esta posición del sujeto a una especie de fórmula del síntoma, que se deje *leer* para ser *escrita* en un caso? Entendemos que lo que sustenta la *lectura del síntoma* en ese encuentro del cuerpo con el lenguaje y le da su carácter de unicidad es su marca contingencial. Esa es nuestra hipótesis. Si en el corte dialéctico del lenguaje en el que emerge el sujeto, una letra forma es litoral de la pulsión y establece allí una posición, es precisamente a partir de su contingencia que aprendemos a *leer* como psicoanalistas. En este punto, la facticidad de la estructura nos abandona porque no considera que el significante tenga una resonancia corpórea, una positividad material. Volvemos, pues, a Freud en su metáfora energética, que nos permite tratar la materialidad corpórea del significante por el impacto de su resonancia, no por la vía del sentido. Tomamos el *signo hueco* de Meillassoux (2012) para *leer el síntoma* a partir de su carácter de *letra*, fuera del sentido, y proponemos la escritura del caso clínico, a través de la articulación de las letras, como un matema Lacaniano.

Palabras clave: construcción del caso clínico; diagnóstico; leer el síntoma; contingencia; signo hueco; letra.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Comentários do Twitter pt.1	43
Figura 2: Comentários do Twitter pt.2	44
Figura 3: Corpus Hippocraticum	48
Figura 4: Rede de intercomunicação neuronal	88
Figura 5: O Caso Emma	90
Figura 6: O aparelho tradutivo da Carta 52	93
Figura 7: O chiste familionário - parte 1	101
Figura 8: O chiste familionário - parte 2	102
Figura 9: Primeiro esquema geral do aparelho psíquico – parte 1	114
Figura 10: Primeiro esquema geral do aparelho psíquico – parte 2	114
Figura 11: Segundo esquema geral do aparelho psíquico	115
Figura 12: O sinthoma de Lacan	132
Figura 13: O Eu singular de Joyce.....	133
Figura 14: O aparelho psíquico como o Eu e o Isso.....	138
Figura 15: O aparelho psíquico como o Eu, Isso e Super-Eu	141
Figura 16: Fala de Rejane Cantoni e Leonardo Crescenti.....	153
Figura 17: Função algébrica	161

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
I) ESTADO DO PROBLEMA	18
II) SOBRE A HIPÓTESE	29
III) SOBRE O PERCURSO DA TESE.....	38
CAPÍTULO 1 - A CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO COMO SOLUÇÃO	40
1.1 O NASCIMENTO DA CLÍNICA.....	45
1.1.1 Da Grécia Antiga à Modernidade, passagem da arte (<i>ars curandi</i>) à técnica (<i>iatrikè tékhne</i>).....	45
1.1.2 Nasce uma clínica sob o paradigma do olhar	52
1.2 FREUD, UM MÉDICO MODERNO	55
1.3 ESCRITA DO CASO, FICÇÃO DO REAL DO SINTOMA	65
CAPÍTULO 2 - O SINTOMA EM FREUD: DO QUE SE ESCUTA AO QUE SE LÊ	70
2.1 O SINTOMA COMO FORMAÇÃO DE COMPROMISSO (1893-1899).....	75
2.1.1 O sintoma no <i>Projeto</i> : marca singular da memória.....	84
2.1.2 O sintoma no <i>Projeto</i> : marca singular do trauma	87
2.1.3 O sintoma no <i>Projeto</i> : Caso Emma.....	89
2.1.4 Carta 52: O aparelho psíquico tradutivo.....	91
2.2 O SINTOMA COMO MENSAGEM CIFRADA (1900-1919).....	95
2.2.1 Sintoma, mensagem cifrada: condensação, deslocamento, representação pelo oposto e representação indireta.....	100
2.2.2 Sintoma, mensagem cifrada: a interpretação e a inflação do sentido.....	105
2.2.3 Sintoma, mensagem cifrada: O aparelho psíquico como aparelho de linguagem a partir da <i>Interpretação dos Sonhos</i>	111
2.2.4 Sintoma, mensagem cifrada: O sonho de Freud.....	120
2.3 O SINTOMA ALÉM DO PRINCÍPIO DE PRAZER (1920-1940).....	122
2.3.1 O aparelho psíquico <i>Além do Princípio de Prazer</i>	135
CAPÍTULO 3 – O SINTOMA, DO QUE SE LÊ AO QUE SE ESCREVE	143
3.1 Sintoma, marca da contingência.....	146
3.1.1 Efeito de contingência: Ler o sintoma a partir do <i>signo oco</i>	155
3.2 Sintoma, o que se escreve é a letra.....	164
CONSIDERAÇÕES FINAIS	174
Mais, ainda.....	179
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	182

INTRODUÇÃO

Tal como a formiga que percorre a Banda de *Moebius* sem poder dizer de forma definitiva onde inicia e onde termina seu trajeto, o que é ponto de partida e o que é ponto final, este parágrafo, supostamente introdutório, é a última coisa que escrevo nesta tese. Decidi deixar a escrita se escrever para que em um outro momento eu pudesse vir aqui dizer do que trata esta tese. Que tese é essa? Essa é uma tese epistemológica? Eu diria que sim, partindo do fato de que ela vem tentar responder a uma pergunta sobre o método. Essa é uma tese clínica? Eu também diria que sim, tendo em vista que o problema do qual ela partiu e o campo sobre o qual ela versa só pode ser o clínico. Essa é uma tese política? Sem dúvidas, uma vez que ela marca de forma clara a posição de uma psicopatologia lacaniana em sua radicalidade, especialmente em um momento de ameaça dentro da universidade e fora dela. Essa é uma tese matemática? Quem diria, mas a resposta também pode ser sim, uma vez que Meillassoux me transportou de volta aos meus horrores do ensino médio e eu tive que re-aprender o que é uma função linear, função quadrática, função logarítmica... com a topologia de Lacan, devo dizer, eu já estava acostumada e já posso acha-la inclusive divertida. Essa é uma tese literária? Dessa vez com um pouco mais de prazer eu também diria que sim, pois em diversos momentos só Clarice, Carlos Drummond, Oswald de Andrade, Barthes e Guimarães Rosa conseguiram me salvar para tornar inteligíveis certas coisas que parecem se perder nos labirintos da linguagem (e, confessando um pouco de inveja, acho que só eles mesmos são capazes de ali se encontrar). Essa é uma tese neurofísica? Eu usei tantas vezes as metáforas energéticas de Freud, tantas vezes uma visão mecanicista do aparelho psíquico, e fiz um trabalho tão árduo de mapeamento da tese econômica do sintoma, que seria impossível negar isso também como uma possibilidade. Uma tese antropológica? Dessa vez, com um pouco mais de firmeza, eu diria que não, mas juro que quando me vi revirando os escombros de *lalíngua* essa hipótese também me ocorreu. Uma tese cibernética? Bem, acho que estou chegando nos limites dessa pergunta, mas a verdade é que eu interpretei algoritmos do *Twitter* atrás de respostas, tive longas horas de conversas bizarras com o *ChatGPT* para entender seu funcionamento de máquina, e fui até exposições de arte futuristas pra entender que inteligência seria esta a artificial. Outras perguntas ainda caberiam: Linguística? Epigenética? Neurocientífica? Historiográfica...?

Uma vez que esta tese se tornar pública, acredito que cada leitor poderá formular, a partir do que dela recolher, uma resposta para essa pergunta inicial: que tese é essa? Eu, Isa, depois que a li completa pela primeira vez, hoje responderia: essa é uma tese em Psicanálise. Isso porque, depois de escrevê-la, por fim entendi que tomar uma pergunta em Psicanálise, para respondê-la com a Psicanálise, nos convoca a caminhar mesmo até os confins de tudo aquilo que há de mais humano: epistemologia, clínica, política, matemática, literatura, neurociências, epigenética, antropologia, linguística, cibernética... o próprio processo de análise. E aqui Descartes e toda a coisa que dele adveio da neutralidade do sujeito da ciência que me perdoem, mas essa tese só pôde ser escrita porque quem a escreveu tem uma relação própria com o inconsciente. Quem a escreveu tem um corpo marcado pela Psicanálise. Coloco minha escuta no lugar de analista atrás de um divã nessa cidade e coloco nele meu corpo na condição de analisante há alguns bons anos. A materialidade do inconsciente me é tão clara quanto os cinco dedos que agora apertam este teclado para digitar este texto, talvez porque o inconsciente também seja estes dedos: vinte e sete ossos, trinta e cinco músculos, mais de duas mil células nervosas em cada ponta dos meus cinco dedos... e nada disso seria suficiente sem desejo – convenhamos, *haja* desejo para escrever uma tese. No fim das contas, ter uma clareza despótica do inconsciente e de sua forma de operar foi o que tornou esta tese possível, e é por isso que tenho a advogar que essa é uma tese em Psicanálise. Pura e simples. Psicanálise radicalmente lacaniana, e, digo mais, freudiana, se a tomarmos ao pé da letra. Isso também poderia ser uma resposta àqueles que dizem que lacanianos não sabem ou não querem ler Freud, mas fica como uma conversa para uma outra hora...

Agora vamos lá. A língua portuguesa nos deu um maravilhoso subterfúgio, subterfúgio especialmente caro a nós acadêmicos, que é sacar mão do sujeito oculto na oração. Nem todas as línguas permitem tal proeza, em algumas é obrigatório que o sujeito praticante do verbo apareça (no inglês, por exemplo). Apesar de ser falante em português e poder sacar mão dessa sutileza, resolvi escrever os primeiros parágrafos desta tese na primeira pessoa do singular porque é de fato como gostaria de introduzi-la. A partir daqui, em muitos momentos esta tese será escrita na primeira pessoa do plural, não por mera formalidade acadêmica, mas porque, também de fato, foi assim que em muitos momentos ela foi projetada. Eu, Isa, escrevi as páginas que se seguem, mas, nós, Isa e Antônio, delimitamos um problema e formulamos uma hipótese de pesquisa durante um trabalho de mais de dez anos de orientação. Orientação, pesquisa, clínica, extensão... e ensino.

“A Psicanálise, o que ela nos ensina...

Como ensiná-lo?” (Lacan, 1998a)

Esta pergunta, posta por Lacan em uma comunicação apresentada à Sociedade Francesa de Filosofia, *A Psicanálise e Seu Ensino*, de 1957, toca no cerne da problemática do que uma tese, como já dito, escrita por alguém que tem uma relação própria com o inconsciente, pode transmitir da ordem desta experiência e, ao mesmo tempo, da ordem da institucionalização acadêmica de um saber. O ensino da Psicanálise na Universidade coloca na pauta do dia o paradoxo da transmissão do discurso analítico, avesso ao próprio discurso universitário. Como pode ser possível formalizar e entregar em páginas corridas algo que do saber não é senão seu próprio furo, não captável? Nos importa tal pergunta sobretudo porque nosso objeto, a escrita do caso clínico, encarna este paradoxo de forma paradigmática. Se a Psicanálise fosse um saber fechado e não um discurso, seu fazer poderia ser aprendido integralmente através do ensino, o que sabemos, não é verdade. E isso quer dizer que quando escrevemos um caso, se é possível algo dele formalizar na disposição da escrita, algo dele é também da ordem do impossível de se capturar pelo método. Quando escrevemos uma tese em Psicanálise, *idem*. Porque é isso que a *letra* suporta: um ponto vivo, de abertura e furo, enquanto captura um saber morto e cristalizado de algo que não está mais lá, mas foi lançado como necessário. Trata-se do impossível do ato de transmitir uma escrita que é viva e de, ao mesmo tempo, fazer um saber que não seja morto: *ler um sintoma* legível na língua singular, ilegível na língua comum, e *escrever um caso* sem pretensão de esgotar o que não cessa de não se inscrever. Um paradoxo insolúvel. Por isso, ao privilegiarmos na tentativa de transmissão a qual uma tese se propõe o aspecto da *letra*, o fazemos sabendo que ela é capaz de cristalizar um saber, não sem a advertência de que algo dessa *letra* escapa na escrita do próprio caso e no nosso esforço de transmissão: é irreduzível, vivo, e uma experiência de corpo.

Fazer uma tese em Psicanálise é, portanto, um exercício de humildade. O analista sabe que a escrita é sempre falha, algo que não chega a se realizar, que vai na direção oposta à noção de um determinismo fatal, apesar de circunstancialmente se configurar em uma lei etérea que se pode transmitir. Se isso parece contrair a expectativa do que se espera de uma tese, sabemos que é exatamente isso que nos dá a chance do movimento, pois, assim sendo, o trabalho de leitura e escrita em Psicanálise (e em análise) se aproximam ao da escrita do inconsciente ele mesmo – a ponto de se confundirem. Ler um sintoma como analista pode ser escrever continuamente uma vida sempre em aberto.

Escrever uma tese – ou construir um caso, nos coloca a necessidade de formalizar uma escrita que feche sob uma marca. Esta última é a tentativa deste trabalho.

Temos, assim: a leitura, a escrita... a construção do caso clínico. Os três termos chave do título dessa tese sustentam nossa escolha de esforço de transmissão do que faz o analista diante do singular do sujeito, uma vez que adotar a construção do caso clínico foi exatamente o que fez Freud como proposta metodológica em Psicanálise. Isto posto, a proposta deste trabalho, no entanto, não busca abarcar a temática da direção do tratamento de forma extensa ou explorar outros pontos tangenciais à Construção do Caso Clínico. Centramos esforços sobre o que podemos chamar de um certo objeto de interesse nessa construção: o diagnóstico. E acredito que seja importante começar por aí.

I) ESTADO DO PROBLEMA

É preciso dizer, pois, logo de partida, que o projeto desta pesquisa surgiu de um trabalho anterior – trabalho que tinha como propósito uma investigação acerca da questão do diagnóstico diferencial no contexto da prática de orientação psicanalítica. Tratou-se de uma dissertação de mestrado (Moreira & Teixeira, 2018) construída diante de uma constatação clínica referente à operacionalidade do diagnóstico em Psicanálise, um apontamento de uma perspectiva na qual a orientação do manejo clínico perpassava não pelo rigor classificatório preestabelecido pela noção inaugurada pela clínica estrutural, mas factualmente pela questão singular do sujeito na sua relação com o Outro, sua *posição de discurso* (Viganó, 1999).

Se ali a pergunta sobre o diagnóstico se sustentou, foi, em primeiro lugar, indicando a importância do mesmo para uma prática clínica que não poderia ser flutuante: tal saber, advindo de um acumulado teórico, constitui-se como uma ancoragem necessária para estabelecer parâmetros que têm função de orientar o modo da clínica operar. Não se tratou, portanto, de questionar se nos cabe ou não a tarefa de diagnosticar. Tendo claro que do diagnóstico um analista não pode abrir mão, o problema que na ocasião se apresentou diante de nós também não tratava, como comumente acontece nas pesquisas em Psicanálise, de casos limítrofes em que a localização diagnóstica se apresenta como um enigma. Não são raras as pesquisas que se propõem a interrogar nossa clínica a partir de nomeações diagnósticas como *limítrofes*, *transestruturais*, *borderline*, entre outras. Indo na contramão desta perspectiva, nosso ponto foi tomar o diagnóstico claro, certo e

clássico como insuficiente para determinar o que viria a orientar a condução clínica dos nossos casos.

A questão nosológica sobre a qual nos debruçamos como um problema foi a de que o nosso modo “protocolar” de diagnosticar em psicanálise (pela via do fenômeno ou da estrutura) não gerava rédeas de previsibilidade de forma rigorosa, ou pelo menos satisfatória. O argumento apresentado pela pesquisa discorreu sobre o fato de que um diagnóstico estrutural ou um diagnóstico fenomenológico não geram enunciados que nos orientam suficientemente, como um protocolo clínico a ser seguido – o que quer dizer que não é possível, em psicanálise, estabelecer um estrito prognóstico a partir de um diagnóstico. A adoção irrestrita do diagnóstico como um cálculo de precisão sobre o qual se espera um resultado presumido se iguala, em nossa prática, a abrir mão da clínica ela mesma, abrir mão da escuta que constitui nosso modo de clinicar. Como a psicanálise pode então arquitetar sua nosologia?

Com fins de elucidar a questão, no referido trabalho foram discutidos casos cujos encaminhamentos mostravam de forma exemplar a distância entre o estabelecimento da categorização e a materialidade da práxis: foram apresentados casos com diagnósticos idênticos que operavam a partir de conduções clínicas absolutamente distintas. Em que pesasse o perfeito encaixe dos casos discutidos em critérios preestabelecidos pela estrutura ou pelo fenômeno, a orientação do tratamento encontrada não foi retirada das prescrições nosológicas em que, vale lembrar, eles figuravam de forma representativa. As histórias clínicas foram escritas seguindo o mapeamento das escutas feitas literalmente por mais de uma década por alunos do projeto de extensão “A Construção do Caso Clínico”, no Ambulatório Bias Fortes da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Os casos de Marcelo e Valéria¹, retomados na ocasião da dissertação a partir de trabalhos anteriores², serão aqui apresentados na forma de breves vinhetas para dar corpo ao problema.

Marcelo foi encaminhado ao serviço do Ambulatório para acompanhamento psiquiátrico no ano de 2008, quando apresentava fenômenos de alucinação verbal, sentimentos persecutórios, medo de sair às ruas, sensações de conspirações e pânico de policiais. Nasceu em uma família de sete irmãos e viveu com sua mãe até antes de se

¹ Nomes fictícios.

² (Santos & Teixeira, 2012) e (Sant’Anna & Teixeira, 2016)

casar. Quando a dissertação foi publicada, Marcelo estava com 53 anos e era há muitos anos divorciado – separou-se de sua esposa depois de oito anos de união, por uma decisão dela que ele dizia até hoje não compreender. Tinha uma filha de então 23 anos, fruto desse relacionamento, filha que morava com ele em um apartamento alugado. Antes do desencadeamento, Marcelo já apresentava alguns fenômenos de caráter psicótico, embora discretos. Relatou que seus problemas começaram quando trabalhava como contador em uma empresa e passou a não conseguir mais se concentrar, perdia a atenção, não era mais capaz de fazer cálculos. Nessa época, no ano de 2004, já separado, passou a receber investidas sexuais da namorada de um colega de trabalho. Depois de recolher esse desejo da colega, Marcelo declarou ouvir dela, “em tom de ameaça” (sic.), que ela contaria a seu namorado sobre o envolvimento. Ele decidiu, então, falar ele mesmo sobre a situação com o namorado de sua pretendente, que, por sua vez, respondeu que não se importava, que “os dois podiam ficar” (sic). Quando Marcelo “ficou” com a garota, foi avisado de que o colega queria vê-lo. Sentindo-se perseguido, teve muito medo e passou a se esconder em casa sem de lá sair para nada, até que o colega de fato o procurou, mas para dizer que tal história de perseguição era infundada e que, na verdade, tinha por ele simpatia.

Além disso, Marcelo trouxe relatos de muitas agressões verbais em seu núcleo familiar, principalmente por parte de uma irmã. À época, relatou que mesmo se afastando dela para não ouvir as agressões, “as vozes continuam entrando no ouvido e repetindo na cabeça” (sic). O franco surto psicótico foi desencadeado após uma viagem para ver a ex-esposa e a filha, que até então moravam em outra cidade. No trajeto, feito de ônibus, duas garotas acusaram Marcelo de dirigir-se a elas por meio de gestos obscenos, fato que resultou em uma abordagem policial e em uma passagem na delegacia da cidade, onde ele ficou detido por horas em uma cela sob a acusação de abuso e assédio. O paciente marcou o fato como um episódio de extrema “humilhação” e “injustiça” (sic).

O diagnóstico de Marcelo se pautou, então, em fenômenos elementares clássicos revelados no momento de seu desencadeamento: automatismo mental, dissociação da realidade factual, alucinações auditivas e fenômenos ligados à imposição do pensamento. A partir da sintomatologia apresentada, o caso foi diagnosticado como Esquizofrenia Paranoide (F.20), e, para o paciente, foi recomendado o uso de psicofármacos antidepressivos e antipsicóticos. O elemento da *inocência paranoica* (Soler, 2007), segundo a fórmula que Lacan ditou em 1965, foi destacado como fundamental para o diagnóstico estrutural.

No decorrer do tratamento, foi preciso, todavia, identificar de que forma a posição de Marcelo poderia apontar para uma estabilização dos sintomas. O paciente passava meses, por vezes anos, preso a uma queixa incessante de maus-tratos advindos de seus familiares, relatava explorações em situações de trabalho e abusos financeiros que eram perpetuados primeiramente pela mãe, depois pela esposa e então passaram a ser da filha. Durante esses períodos de queixa, não manifestava nenhum tipo de confusão psíquica ou sintomatologia psicótica. Entretanto, bastava que recebesse uma ligação do banco ou da imobiliária acusando-o de algum débito pendente para que Marcelo se mostrasse completamente desorganizado e desestabilizado do ponto de vista clínico.

A noção de *função do sintoma*, posta por Morel (1999), permitiu uma chave de leitura para verificar os muitos episódios em que era possível reconhecer essa construção nomeatória como um elemento invariante. Segundo Santos & Teixeira (2012), o que estava como ponto nodal utilizado na construção deste caso era o apoio de Marcelo em identificações nas quais invariavelmente ele precisava ocupar uma posição de ser um objeto, (x), que sofre injustiça de um Outro, (y). Marcelo vendeu a casa construída para a família por um valor muito abaixo do real, fato que o deixava com uma sensação insuportável de ter sido *injustiçado*, embora a oferta tivesse partido dele próprio. Foi trabalhar com a tia e descobriu estar sendo roubado por ela, como se não bastasse, a tia o expulsou de casa cometendo contra ele uma “grande injustiça” (sic.). Quando decidiu morar com o irmão, este o levou para morar com a mãe, enganando Marcelo, que se viu sem alternativas diante desse fato – como de costume, ele dizia ter sido ali vítima de uma grande injustiça.

Dessa forma, *injustiçado*, significante presente no episódio de desencadeamento da psicose como tal e nos abusos que relatava sofrer cotidianamente da filha, era o representante de Marcelo em seu sintoma, a localização de um gozo que permitia certo apaziguamento e, sobretudo, sustentava esse sujeito em suas relações sem que houvesse uma desestabilização do ponto de vista clínico. Santos & Teixeira (2012) formalizaram a aparente ordenação do mundo para Marcelo, baseada sob a insígnia da *injustiça*, da seguinte forma:

Ser o (x) que é injustiçado por um (y)	
Empregado	Patrões
Marido	Esposa
Filho / Irmão	Mãe / Irmãos

Tal operação permitiu, a partir do sistema de ordenação significativa construída pelo próprio paciente, identificar uma posição de gozo capaz de sustentar certa estabilização ao modo do sujeito, circunscrevendo o invariante na construção deste caso na função proposicional do sintoma, conforme apontou Morel (1999).

A segunda paciente cujo caso foi trabalhado na dissertação, Valéria, à época da dissertação com 44 anos, iniciou seu acompanhamento no Ambulatório Bias Fortes no ano de 1999, a partir do encaminhamento da equipe de psicologia do Hospital das Clínicas da UFMG. Durante a anamnese, Valéria queixava-se das alucinações auditivas de conteúdo persecutório – relatou que se sentia observada e que percebia ser o alvo da conspiração de pessoas como vizinhos e familiares. Segundo a paciente, esses sintomas tiveram início em decorrência de uma situação de estresse no trabalho, em 1995. Relatou que, ao trabalhar como operadora de caixa, havia sido acusada de roubo pelo chefe, situação que, estranhamente próxima à de Marcelo, chegou também a envolver a emissão de um boletim policial. A paciente disse ainda que trabalhava muito e não descansava, sobrecarregando-se com horas extras, até que começou a errar, a atrasar as tarefas e a chorar muito no trabalho. Foi nessa ocasião, a pedido de seu empregador, que procurou ajuda médica, sendo, então, encaminhada para um hospital psiquiátrico onde ficou internada por um breve período.

Na ocasião da anamnese, Valéria queixava-se também de não conseguir ficar “em lugares cheios e apertados” (sic), de estar ouvindo vozes e de se sentir observada, alegando que todas as pessoas “falavam dela” (sic.). Dizia estar “se sentindo estranha” (sic), como se suas roupas não fossem suas. Sentia-se perseguida em sua vizinhança, que ela julgava hostil e invejosa. Declarava estar mais agressiva e irritada e referiu-se, ainda, a um enorme incômodo que a atordoava que era o ganho de 25 kg de peso advindo de um tratamento psiquiátrico anterior.

Valéria relatou ter tido uma infância simples e tranquila, entremeadada de desentendimentos com os colegas de escola que faziam com que ela chorasse constantemente – por isso, até hoje, ela dizia evitar contatos com pessoas. Finalizou o ensino médio profissionalizando-se em segurança do trabalho, e iniciou sua vida laboral em 1988 como operadora de caixa. Permaneceu nessa função até o desencadeamento de seus sintomas e sua posterior demissão em 1999. Após a demissão, tinha o interesse de buscar outra atividade para exercer: pensou em estudar para um concurso dos Correios, matriculou-se também em um curso pré-vestibular, visando cursar administração de

empresas. Entretanto, seus planos não foram postos em prática. Relatou que não conseguia passar na fase das entrevistas quando buscava emprego e a partir daí, mostrou-se desanimada e incapaz de fazer qualquer coisa, permanecendo inativa e tendo como única renda o “auxílio-doença” (sic).

À época da escrita da dissertação, a paciente residia com a mãe e com a irmã, sendo suas relações interpessoais basicamente exclusivas à família. Valéria relatava não ter amigos, não mencionava envolvimento amoroso. Justificava-se, dizendo que tem uma “desconfiança” (sic) para com as pessoas, além de sentir muita dificuldade para frequentar lugares movimentados e barulhentos. Passava a maioria de seus dias em casa, no sofá, sendo que, esporadicamente e por tempo limitado, buscava praticar alguma atividade física visando a perda de peso.

Ali também o diagnóstico feito a partir da sintomatologia foi o de esquizofrenia paranoide (F.20). Estruturalmente, localizamos o caso sob o traço da mesma estrutura da *inocência paranoica* (Soler, 2007), pautado na posição da paciente e nos fenômenos elementares descritos.

A construção do caso indicou, contudo, que o ponto central do funcionamento desta paciente era a marca de uma queda da intencionalidade, uma volatilização da intenção que não lhe permitia se lançar no âmbito discursivo. Refratária a qualquer possibilidade de laço social, apresentava notória inquietação e desestabilização em períodos nos quais um certo simbólico compartilhado era exigido como, por exemplo, em festas natalinas, aniversários, casamentos ou velórios. Por vezes, Valéria queixava-se de um vazio que a acometia, condenando-a à inércia, ainda que houvesse um investimento aplicado à determinada circunstância. Esse vazio foi por ela nomeado como uma “agitação” (sic) sobre a qual não conseguia falar, e quando anunciou o desejo de colocar fim à própria vida, esse vazio apareceu ainda, em sua fala, marcado como “vida sem sentido” (sic).

Segundo Sant’Anna & Teixeira (2016), essa inércia mortificante, que impossibilita Valéria de se ancorar minimamente no campo do Outro, surge como uma insígnia de um gozo não domesticado pela ação discursiva, de forma que ela permanece imersa em um constante e ininterrupto sentimento de estranheza em relação às condutas codificadas socialmente. Os discursos, como essas condutas codificadas, têm em comum o fato de sempre sustentarem uma virtualidade intrínseca nas relações, um ponto de ancoragem para o desejo. A vontade fugaz de Valéria nada mais é que um efeito lógico

do colapso de um sistema que, para ela, não é representativo. Ciente da inconsistência do Outro, resta a ela passar os dias deitada no sofá (Sant'Anna & Teixeira, 2016). A marca da queda da intencionalidade ou, dito em outros termos, a dificuldade de engajamento em qualquer laço social, aparecia todas as vezes em que ela se propunha alguma atividade que obrigatoriamente deveria passar por um laço com o Outro: aulas de ginástica, cursos profissionalizantes, busca de emprego. Esse certo exílio do laço social era a posição que Valéria costumava ocupar, e ali se mostrava estabilizada em seu sintoma.

A apresentação destes dois casos na ocasião da pesquisa de mestrado evidenciou, portanto, a possibilidade de encontrar, para uma mesma estrutura e para um mesmo diagnóstico subestrutural, estratégias de condução clínica muito distintas. Enquanto para Valéria a solução encontrada passava por um certo exílio do laço social, para Marcelo era necessário constantemente estar nesse laço repetindo a marca da injustiça. Depois de muitos anos de acompanhamento, não havia dúvidas sobre o diagnóstico em questão, os fenômenos elementares também não o desmentiam, e estes episódios de estabilização-desestabilização foram cuidadosamente recolhidos em anos de prontuários. Tratou-se de uma pesquisa que não se justificou, portanto, pela clara limitação de um manual psiquiátrico de validade contestável como o DSM (Association et al., 2014): ali o diagnóstico estrutural da psicanálise mostrou-se também insuficiente. A estratégia de tratamento dos casos só pôde ser localizada quando referenciada em pontos muito particulares da vida de cada um dos sujeitos – interessou, portanto, o ponto de resgate da singularidade relativa ao aspecto libidinal, o modo único de satisfação do sintoma através do qual, inclusive costumeiramente, buscamos nos localizar para nomear os casos ao escrevê-los. Chegaremos até aí. Por hora, é importante ainda dizer que não se tratou de uma especificidade diagnóstica localizada em uma única estrutura. Na ocasião do trabalho de dissertação também foram tratados casos em um outro diagnóstico estrutural, na neurose, em que a direção do tratamento era construída sobretudo a partir de indícios recolhidos na transferência de cada caso e não no marcador Nome-do-Pai. Optamos, para além disso, também por abordar a questão do diagnóstico pela via do fenômeno. Elegemos para tanto três casos de Schejtman (2013) em que um mesmo fenômeno – a saber, a anorexia – se apresentava em três estruturas diferentes, e também ali se verificou a facticidade de conduções clínicas claramente díspares.

Como mencionado anteriormente, o que obtivemos como resultado da pesquisa foi, deste modo, que não obstante o perfeito encaixe de casos clínicos nos critérios

diagnósticos preestabelecidos pela estrutura ou pelo fenômeno, a orientação do manejo em nossa prática mostra uma divergência fundamental entre eles. A abordagem apresentada para lidar com a disparidade ali recolhida foi a de primordialmente destacar a perspectiva singular do sujeito ao definir a estratégia clínica. Por qual via? A pesquisa se concentrou, naquele momento, na relação entre o sujeito com o Outro da linguagem, relação que chamamos oportunamente de *posição de discurso* fazendo uso da expressão que nos foi apresentada por Carlo Viganó (1999). Para compreender o que chamamos de posição de discurso e como esta ferramenta foi útil para elucidar a problemática do diagnóstico em psicanálise, começamos, então, a interrogar o que é esse Outro para o sujeito e como o sujeito interage com esse Outro, tendo em vista a teoria lacaniana da linguagem: “Há dois outros que se devem distinguir, pelo menos dois – outro com ‘A’ maiúsculo e um outro com ‘a’ minúsculo” (Lacan, 1985, p.297).

Lacan distinguiu pequeno e grande outro para falar da entrada do sujeito no campo simbólico, do assujeitamento à cadeia simbólica que a ele preexiste. Todos nós, ao nascermos, temos que nos haver com o fato de que somos seres falantes, seres que habitam um código simbólico. O pequeno outro (a) é, então, o igual, o semelhante humano, já o grande Outro (A), funciona na teoria lacaniana como a representação deste campo simbólico, da linguagem em última instância. Logo, o sujeito advém é deste elo entre discurso do Outro maiúsculo, como sistema simbólico, e da realidade do inconsciente, que se configura numa realidade fantasmática construída a partir do outro minúsculo. Esta constituição psíquica foi largamente trabalhada por Lacan na explanação do movimento dialético por ele nomeado como *alienação e separação* (Lacan, 1985c). A empreitada lacaniana foi a de pensar o sujeito não como dado, não como um significado decorrente de um significante qualquer, mas, sobretudo, como um ser (ou, melhor dizendo, um falta-a-ser) advindo de um investimento libidinal em uma determinada significação – um resultado de um investimento particular na cadeia dos significantes. Ou seja: existe a linguagem, que é a mesma para todos, e existe a forma do sujeito falar e a forma como ele é falado, o que adquire o caráter de uma investida significante particular... uma posição de discurso.

O que apareceu, então, na problemática do diagnóstico apresentada na dissertação, foi que o modelo classificatório preestabelecido aos modos cientificistas do experimento que presume resultados não abarca esse modo único de inserção de um sujeito na cadeia discursiva por centrar-se na estrutura da linguagem como unívoca, e não no sujeito como

uma resposta singular diante do Outro na cadeia dos significantes. Os termos eleitos pela nosografia psicanalítica – neurose, psicose e perversão – também são elencados em função do assujeitamento do ser falante à estrutura da linguagem, e seguem o modelo da estrutura tal como um sistema proposto por Lévi-Strauss (2021). Não podem, portanto, também se ofertar como chave de resposta definitiva para a questão.

Logo, o que verificamos ao avaliar os casos de nossa prática clínica do Ambulatório foi que o preenchimento de critérios diagnósticos a partir de fenômenos estruturais orientou certos manejos, mas não se apresentou como centro da problemática clínica, já que esta abarcou uma série de especificidades dos casos e dos modos de vida únicos do sujeito. O próprio Lacan (2003) já apontava que a nosologia estrutural deveria ser ressituada no âmbito do sujeito, uma vez que não existe um senso comum do sintoma, e sim a análise do particular:

Com o que indico que o que decorre da mesma estrutura não tem forçosamente o mesmo sentido. É por isso que só existe análise do particular: não é de um sentido único, em absoluto, que provém uma mesma estrutura, sobretudo não quando ela atinge o discurso. (p.554)

O que a classificação nosológica formal nos fornece é que, por se tratar de uma prática que mensura e calcula direções sobre modos de vida específicos alocados em uma certa ordenação, há de se supor uma previsibilidade no comportamento destes objetos. Se tomamos como exemplo uma classe dentro do reino animal, é possível inferir, a partir do nome “mamíferos”, informações sobre modos de reprodução, nascimento, alimentação, dentre outros dados que, de modo prévio, fornecem diretivas de comportamento. O que os resultados da última pesquisa nos informaram, entretanto, é que, em se tratando de diagnóstico em Psicanálise, é possível obter em casos classificados claramente sob uma mesma insígnia comportamentos completamente díspares - o que nos lança, como psicanalistas, no ineditismo do caso único. Logo, restou perguntar: qual a validade de uma classificação nosológica em psicanálise, se, na concretude da clínica, cada caso se apresenta como *um* caso? Que sentido faz a psicanálise se valer de uma classificação?

Milner (2006) conduz a questão a partir da noção de *classes paradoxais* (p.89) para localizar os nomes usados pela psicanálise ao tratar de propriedades que fundam as classes diagnósticas, classes estas que nos orientam no ponto da formalização e transmissão de sua clínica. Para o autor, as nomeações diagnósticas em psicanálise são classes essencialmente paradoxais, uma vez que as propriedades que parecem ser em cada

uma delas a representação do princípio e do laço que mantém uma suposta coesão grupal, é justamente o nome que extrai do anel a impossibilidade de fazer laço, o Um real que na medida em que tendo as propriedades que tem, é necessariamente igual apenas a si mesmo. Essa vacilação característica presente no nosso diagnóstico está para a psicanálise como um paradoxo insolúvel da representação dada nos nomes, assim por ele descrita:

Estenogramas de um acúmulo de casos, eles parecem jogar esses casos do lado de sua comunidade de propriedades, mas, em contrapartida, supostamente apreendem, no acúmulo, aquilo justamente que faz caso, isto é, aquilo que resiste a toda comunidade. Quem diz o neurótico, o perverso, a histérica, o obsessivo dá a entender, sob as espécies do singular genérico, a unicidade de um sujeito, que lhe é homônimo: literalmente, ninguém pode dizer se, por esses nomes, é um gênero, ou um indivíduo, ou um arquétipo que é designado. (Milner, 2006, p.89)

Trata-se, por princípio, da impossibilidade de que um determinado nome, ao tratar, pela linguagem, de um encontro Real, possa oferecer mais que um semblante, já que, por ser Real, é dado que o que essa figura incessantemente vai imaginarizar só pode ser uma representação: o grupo dos inagrupáveis. A representação posta na classe, ao traduzir um Um (um neurótico, por exemplo) não discerne se esse Um é definido ou indefinido, singular ou plural: trata-se de um Um imaginário, que enoda e é enodado, uma vez que concorda com as propriedades, “e funda, no mesmo movimento, a identidade de si, a unidade de si e a unicidade” (Milner, 2006, p.26). Ser o Mesmo é, aqui, portanto, igual a ser Um, é estar unido, formando unidade, pelo que se tem de igual no campo das propriedades e que, por conseguinte, se opõe a um complementar de propriedades distintas, a um Outro. Logo, as classes são paradoxais porque o Um como representante aqui concorda com o Mesmo, e, em justaposição, só pode representar o sujeito como Um que não concorda com nenhum outro. Se há, por uma via, um ponto no qual nenhum sujeito pode se confundir ao outro, é porque é ali que ele reside factualmente enquanto Um sujeito Real, há, por outra via um ponto no qual cada Um, tendo as propriedades que tem, é o Mesmo do ponto de vista dessa propriedade, que funda uma espécie de união, ou classe. No Um essas duas posições coexistem. E, para além disso, uma vez fundado o Um nas propriedades, que nada mais é além de uma maneira de construir semelhante, é por óbvio que exista um Outro, um dessemelhante, que surge colocando em suspensão o Todo. Assim,

“agrupar vários termos numa única classe, tomando por base uma propriedade, só pode ser feito pelas vias do Mesmo e do Outro: todos os membros da classe devem ter uma propriedade comum e passar por mesmos desse ponto de vista” (Milner, 2006, p.81).

Se aqui nos interessa esse paradoxo descrito por Milner (2006), é porque a noção posta no cerne da apreensão da psicanálise sobre as classes diagnósticas a deixa sempre em uma oscilação entre a vertente nominalista e uma vertente por ele chamada de realista. Trata-se de uma dialética infundável que vai do caso ao diagnóstico e do diagnóstico ao caso, do Um ao Mesmo e do Mesmo ao Um, sem que haja uma espécie de síntese capaz de separar a representação imaginária do que existe como Real e que não deva como tal se escrever pelo simbólico. É, pois, aí que reside, como um paradoxo, a impossibilidade da psicanálise se localizar ou na vertente nominalista, que desestabiliza as codificações, ou na vertente realista, que pergunta como relativizar o código sem cair em um pluralismo de nomeações privadas.

Entendemos que há, então, logo de saída, essa espécie de paradoxo posto à teoria psicanalítica na medida em que ela não responde à categorização normativa dos transtornos mentais, já que a própria noção de categoria ou classe subverte seu axioma da unicidade do caso clínico. Ela se autoriza a utilizar as classes diagnósticas como semblantes, já que isso orienta no ponto da formalização de sua clínica, mas avisada de que isso não é suficiente para recobrir seu objeto.

O ponto, sumariamente clínico, nos colocou então diante de questões epistêmicas, diante de perguntas sobre a episteme da nossa clínica, sobre o nosso método de fazer clínica a partir do diagnóstico. Decantamos destas questões o que aqui apresentamos como o problema a ser trabalhado nesta tese: como a psicanálise apreende, do ponto de vista clínico, esse elemento único de cada sujeito em sua práxis, uma vez que ele não é prescritível? Como é possível estabelecer uma espécie de metodologia diagnóstica dessa posição única do sujeito? A partir de quê? Qual o caráter dessa unicidade?

Por entendermos, logo de início, que se faz necessário estabelecer parâmetros para nossa clínica que não pode estar ao largo de subjetivismos, entendemos que se faz também necessário um esclarecimento acerca do método de apreensão desse material que escapa ao regime nosológico formal e que, antes de ser um resto, é, ao contrário, o ponto central de um tratamento em psicanálise: o aspecto sempre singular da posição do sujeito e de seu sintoma.

II) SOBRE A HIPÓTESE

Nem sempre fui psicoterapeuta. Como outros neuropatologistas, fui formado na prática dos diagnósticos locais e do eletrodiagnóstico, e a mim mesmo ainda impressiona singularmente que as histórias clínicas que escrevo possam ser lidas como novelas e, por assim dizer, careçam do cunho austero da cientificidade. Devo me consolar com o fato de que evidentemente a responsabilidade por tal efeito deve ser atribuída à natureza da matéria, e não à minha predileção: o diagnóstico local e as reações elétricas não se mostram eficazes no estudo da histeria, enquanto uma exposição minuciosa dos processos psíquicos, como estamos acostumados a obter do escritor, me permite adquirir, pelo emprego de algumas poucas fórmulas psicológicas, uma espécie de compreensão do desenvolvimento de uma histeria. Tais histórias clínicas devem ser apreciadas como psiquiátricas, mas apresentam relativamente a estas últimas uma vantagem, a saber, a íntima relação entre a história do padecimento e os sintomas da doença, que ainda buscamos em vão nas biografias de outras psicoses. (Freud & Breuer, 2016, p.231)

A citação de Freud é a epígrafe do caso de Elisabeth Von R., minuciosamente narrado nos *Estudos sobre a histeria* (Freud & Breuer, 2016), e refere-se, nas palavras do próprio autor, à “primeira análise completa de uma histeria” (p.200). Não que a tarefa tenha sido fácil. Segundo Freud, o trabalho clínico com a paciente foi um dos mais árduos que até então lhe coubera, e o método adotado para demonstrá-lo, ou seja, a escrita de sua história clínica, foi fruto de grande esforço: “a dificuldade de fazer seu relato está à altura das dificuldades vencidas então” (p.199). Por um longo tempo, Freud teve dificuldades para se localizar no caso, pois “não soube encontrar a conexão entre a história do padecimento e o próprio padecimento” (ibid), entendendo que o sintoma fora causado e determinado por uma série de vivências da paciente. Tal fato tornou difícil para Freud construir aquele caso, pois ele entendia que o analista, ao empreender o que até ali ele chamara de “empreendimento catártico”, deveria, em primeiro lugar, responder à seguinte questão: “a doença conhece a origem e o ensejo de sua enfermidade?” (p.199). O fundador da Psicanálise, herdeiro da tradição médica, não perdera de vista o procedimento de determinação de um quadro nosográfico mediante o qual o clínico estaria munido de elementos para estabelecer um diagnóstico, ou seja, para classificar e para circunscrever o acontecimento patológico, dando então a esse acontecimento o devido encaminhamento no processo de cura.

Em medicina, a definição do que é uma determinada doença passa por uma disposição epistemológica praticamente consensual: é preciso que inicialmente se estabeleça um quadro descritivo a partir de características fenomênicas, resultado da observação clínica. Em seguida, essa fenomenologia é reconhecida em algum elemento anatomofisiológico específico que dá a ela uma localização para, por fim, ser elencado um agente etiológico – o que viria a ser a causa da doença (Kammerer & Wartel, 1989). O que mudou, então, para Freud, no encontro com a histeria, com a especificidade daquelas patologias e na subsequente fundação da Psicanálise como proposta de tratamento, foi, portanto, sua visada sobre o *método*.

Se Freud foi do emprego do eletrodiagnóstico à escrita dos casos clínicos, fica claro, em suas próprias palavras, que a eleição do método não se deu por predileção individual, mas por imposição de seu objeto que não permitia ser tratado sem uma espécie de junção entre os sintomas da doença e a história do padecimento. O que é por ele trazido no caso de Elisabeth Von R., é que a Psicanálise, de forma inaugural, ao narrar como que em enredos novelescos a forma como essa paciente teria adoecido, foi capaz de apresentar uma capilaridade do sintoma que a Psiquiatria de sua época buscava, em vão, na enumeração de pontos tratados como fenômenos patogênicos localizados em termos anatomofisiológicos. Para Freud, a causa do adoecimento estava no *sentido* do sintoma – sentido este que o analista deveria se empregar a decodificar no ínterim do enredo da história clínica para por fim *Construir* um caso.

Também no Ambulatório Bias Fortes, o serviço de extensão em psiquiatria e psicanálise da UFMG que alavancou a pesquisa de mestrado outrora citada, o tratamento dado à questão já há 20 anos aposta na *Construção do Caso Clínico* como um norteador para abarcar as questões de ordem prática da condução clínica de viés psicanalítico. A *Construção do Caso Clínico em Saúde Mental* é uma metodologia proposta por Viganó (2010) que se apresenta como um método democrático de discussão de casos: cada um dos protagonistas do enredo (os pacientes, os operadores, os familiares, as instituições) contribui do ponto de vista do seu saber. Na realidade, trata-se de juntar as narrativas dos protagonistas dessa rede e de localizar o ponto cego do sujeito e da doença que o acometeu, a fim de localizar um elemento de caráter nodal ou invariante do caso. No Ambulatório, especificamente, um outro viés atravessa essa junção de vários enredos: durante anos os pacientes são acompanhados por mais de uma referência, o caso transita entre diversos estagiários que iniciam e terminam seu período letivo, alternando assim a

condução do caso. Essa transição de referências do caso é feita não sem uma costura, não sem uma articulação daquilo que vai passar de mãos em mãos: trata-se de uma transmissão de um elemento que entendemos estar além do disposto no prontuário, de uma transmissão do que junto a Miller (2011) chamamos de *ler o sintoma*.

Ler o sintoma, nos dizeres de Miller (2011), é dar um passo além do programa inicial que Freud havia formalizado, como já apontamos aqui, de uma interpretação voltada para o sentido ou para a decifração. Certamente, muitas vezes, para tratar o sintoma, assim como Freud o fez, é preciso “passar pela dialética móvel do desejo” (Miller, 2011, p.14), reconstruir o sentido oculto na cadeia associativa que engendra o sofrimento do paciente e dispô-lo em uma narrativa. Mas, assim como o fundador da psicanálise precisou entender quando o retorno sintomático se fez inevitável, para *ler o sintoma* também é necessário desprender-se das miragens da verdade que essa decifração traz e apontar para um mais além, além daquilo que comporta um sentido para uma redução do sentido até sua fórmula mínima. Trabalhamos a partir de uma *leitura* que:

“visa reduzir o sintoma à sua fórmula inicial, quer dizer, ao encontro material de um significante e do corpo, ao choque puro da linguagem com o corpo” (Miller, 2011, p.14).

Trata-se, portanto, de uma direção que aponta, para além dos caminhos que percorre o sentido, para a fixação de um gozo, para a opacidade do Real, cristalizada no “umbigo” do sintoma de cada um. Na prática do Ambulatório e nos casos apresentados na dissertação, tal achado se mostra de forma exemplar: pacientes acompanhados há mais de 20 anos a partir dessa *leitura do sintoma* que nos orienta não para um movimento dialético de decifração, mas para a localização de uma estabilização a partir do que foi ao longo dos anos decantado como um modo de gozo singular. O que na ocasião da dissertação chamamos de *posição de discurso* como um orientador diagnóstico nos diz muito mais de uma *leitura do sintoma* enquanto fora do sentido, uma espécie de *nomeação* privada de sentido, do que uma leitura do sintoma com uma visada para alçar horizontes narrativos ou explicativos. Não há resolução semântica nessa nomeação a que chamamos *posição de discurso* e que acabou por fim nos orientando em nosso diagnóstico, o que há, pelo contrário, é um ponto refratário à significação quando chegamos a essa fórmula mínima, marca do caso, da localização e da estabilização do sujeito.

Voltemos agora, então, para a problemática que o diagnóstico nos apresentou através da colocação do caso único. O que sustenta essa *leitura do sintoma* no encontro do corpo com a linguagem, que é o que a ele confere seu caráter da unicidade? Por que é possível, pela psicanálise, chegar a uma redução dessa posição do sujeito a uma fórmula mínima, que permite ser *lida*? Porque a marca dessa posição é uma marca contingente. Eis a nossa hipótese. Se no corte dialético da linguagem no qual o sujeito emerge, ele ali se coloca através de uma letra que faz margem ao *traumatisme*, é esse caráter da fixação traumática, contingente, que nos diz que i) não há nenhuma razão que justifique o porquê dessa marca ter adquirido um determinado valor e não outro e ii) uma vez posta, essa marca adquire o valor de uma necessidade, de uma lei que organiza o sujeito em torno de uma invariância estabilizadora. É justamente esse caráter inerente à posição do sujeito como necessária a partir de sua contingência que aprendemos a *ler* como psicanalistas em um sintoma. A psicanálise nos dá acesso a um método de orientação pelo caso único sem cair no pluralismo das nomeações privadas porque ela estabelece na contingência a sua aliança com a necessidade do sintoma. No invariante do caso único, aspecto que a estrutura não permite prever, o que se revela como fórmula mínima dessa decantação de cada caso é o ponto onde o sintoma adquire o caráter de uma lei, de uma repetição que associa, mas não é associada, engendra, mas não é engendrada, não exprime porquê e condensa um núcleo desse Real do choque entre corpo e linguagem. O que a psicanálise faz, então, para recolher o invariante do caso único, é uma *leitura* que, como atesta o sintoma, traz a amarração do necessário ao contingente.

Acerca dessa amarração, que é própria do sintoma, Milner (1996) a diz a partir da necessidade material que é a *cicatriz* da contingência mesma, inaugurada pela captação da *letra*. A necessidade material que um sintoma adquire está atrelada diretamente ao momento em que a letra o fixou como ele é, não podendo ser outro que é, e está para o sujeito como uma cicatriz de seu núcleo Real:

“Daí decorre que a captação do diverso pela letra lhe dá, na medida em que ele pode ser outro que é, os traços imaginários do que não pode ser outro que é. É o que chamamos de a necessidade das leis da ciência. Ela se parece em tudo com a necessidade do Ser supremo, mas se parece com ela ainda mais porque nada tem a ver com ela. A estrutura da ciência moderna repousa inteiramente na contingência. A necessidade material que é dada às leis é a cicatriz dessa contingência mesma. Durante um ínfimo momento, cada ponto de cada referente de cada proposição da ciência surge como podendo ser infinitamente outro que

é, numa infinidade de pontos de vista; no momento ulterior a letra o fixou como ele é e como não podendo ser outro que é, a não ser mudando de letra, isto é, de partida. Mas a condição do momento ulterior é de fato o momento anterior. Manifestar que um ponto do universo é como é requer que sejam lançados os dados de um universo possível onde esse ponto seria outro que é. Ao intervalo de tempo em que os dados turbilhonam antes de cair, a doutrina deu um nome: emergência do sujeito, o qual não é o lançador (o lançador não existe), mas os próprios dados enquanto estão em suspensão. Na vertigem desses possíveis mutuamente exclusivos, espoca enfim, no momento ulterior em que os dados caem, o flash do impossível: impossível, uma vez caídos, que eles tenham outro número sobre sua face lisível. Onde vemos que o impossível não está disjunto da contingência, mas dela constitui o núcleo Real.” (Milner, 1996, p.52)

A citação de Milner (1996) dificilmente poderia ser mais clara sobre a hipótese que aqui apresentamos. O que entendemos por invariante do caso clínico que se constrói, pelo elemento contingente que localiza o sujeito em psicanálise, está justamente nesse lançar de dados enquanto suspensão, enquanto um turbilhonar de possibilidades. Uma vez caídos, sobre a face lisível do dado está marcada uma posição que constitui ela própria o núcleo Real da contingência: poderia ser outra, mas não foi, e uma vez que assim se constituiu, ela se instaura e se repete com a necessidade de uma lei. Essa posição do sujeito que aparece sobre a face lisível do dado uma vez caído é o que aprendemos a *ler* no sintoma em nossa práxis clínica, é ela própria que configura esse caráter único do modo de gozar do sujeito, e parece ser uma nomeação que aponta para uma estabilização do caso – é o que fica claro nos casos aqui supracitados recolhidos da dissertação.

Faz-se agora necessário, então, um debruçar sobre a perspectiva que se abre a partir da noção de *contingência* tal qual a entendemos para sistematizar essa noção de sujeito em Psicanálise. É necessário, primeiramente, distingui-la da referência comum que aponta o *contingente* como caráter daquilo que é acidental, aleatório, casual, eventual, fortuito ou incerto. Trata-se aqui, mais especificamente, de uma noção atrelada ao surgimento da ciência moderna enquanto um discurso, uma noção que caracteriza tal discurso ele mesmo já que também o condensa e que, indubitavelmente, foi um orientador vitalício de Freud que deixou marcas na disciplina por ele criada. Partimos da perspectiva que o autor mesmo abre em seu sonho da injeção de Irma (Freud, 2019b), a saber, a localização da determinação do sintoma no não-sentido, no Real do encontro do significante com a carne expressa. O discurso de Freud está sempre amarrado a um ponto que não pode ser decifrado, apenas lido, e é justamente este aspecto que evidencia a

diferença deste autor para outros que o seguiram também nos caminhos abertos pela psicanálise. Adler, Jung, Groddeck, Reich, Ferenczi, Abraham: todos foram, em algum momento, levados pelo convite sedutor do sentido, da hermenêutica ou até do místico, convite que Freud solenemente recusou. A esse respeito, parece importante destacar a recusa de Freud, já que a psicanálise parecia ter tudo para se constituir como mais uma teoria do sentido (André, 1987, p.43), já que seu material de trabalho é o próprio discurso, e ela vem atuar através de operações interpretativas nas quais a trama da narrativa é não raro soberana em relação ao fato narrado – suas proposições são de difícil verificação empírica e não se pode negligenciar o efeito semântico de seus enunciados (Teixeira, 2010, p.5). O que permitiu, então, que Freud pudesse acessar o determinismo da contingência sem se enveredar de modo indefinido pelo trilhamento do sentido? A marca que Freud imprimiu na construção de seus casos clínicos é nítida: Freud era um homem da ciência. Trata-se aqui de um ponto no qual convergem epistemologicamente psicanalistas e cientistas: o ponto da opacidade do Real, da ausência de porquê. Não nos parece uma conclusão fortuita. Parece, pelo contrário, que a psicanálise só consegue *ler* essa posição singular do sujeito em seu diagnóstico uma vez que é legatária do discurso científico. O discurso da ciência é o que abre a possibilidade de Freud associar o necessário ao contingente presente em sua leitura do sintoma, porque a ele interessava mais uma sintaxe do que uma semântica, mais a mecânica pulsional do significante que o significado em si. Partimos, portanto, da colocação de que essa marca é freudiana de origem. E que se expressa em sua própria construção de casos.

Badiou (2005), quando se debruça em *O Século sobre Cinq psychanalyses*, as cinco grandes narrativas de casos clínicos escritas por Freud entre 1905 e 1918, expõe, através das construções de casos clínicos de Freud, que a coragem inaugural do autor e seu carimbo no século XX é justamente sua ruptura no Real do sexo, sua clareza acerca da materialidade da contingência no sexual, para além da transgressão de alguns tabus morais ou religiosos (p.111). É por isso que aqui as histórias clínicas freudianas sustentam nossa hipótese: para Badiou “Freud manifesta consciência aguda das modificações que introduz na questão do sexo e do sexual” (2005, p.114) ao retirar a questão do campo do saber, da apreensão puramente cognitiva, e por consequência de toda subordinação ao poder da norma. Ao se debruçar sobre a histeria de Dora (1905), sobre a obsessão do Homem dos Ratos (1909), sobre a fobia do pequeno Hans (1909), sobre a paranóia do presidente Schreber (1911) ou sobre as fronteiras da neurose e da psicose do Homem dos

Lobos (1918), o que Freud fez foi explicitar no cerne daquelas formas de organização psíquicas um elemento absolutamente contingente que adquire, no sintoma de cada um deles, um caráter de lei, de necessidade – uma nomeação, conforme explicitou Miller (2010) no *Comentario del seminario inexistente*. Nos casos clínicos de Freud o sexo não toma a forma da inquisição moral, da causação orgânica ou do sentido embaciado, o que se abre quando se debruça sobre estas histórias é o exame do poder determinante dos avatares Reais do sexo sobre a constituição psíquica dos sujeitos (Badiou, 2005, p.113). Já nas notas preliminares do caso Dora, em 1905, Freud localiza a que viria:

“Neste caso clínico, o único que até o momento pude subtrair às limitações da discricção médica e ao desfavor das circunstâncias, questões sexuais serão discutidas com toda a franqueza, os órgãos e funções da vida sexual serão designados por seus verdadeiros nomes, e o leitor pudico terá oportunidade de convencer-se de que não hesitei em tratar desses temas com uma jovem mulher, usando tal linguagem. Por acaso deverei defender-me também dessa recriminação? Eu reivindico simplesmente os direitos do ginecologista.” (Freud, 2016, p.176)

Trata-se de uma distância claramente demarcada entre a clínica que ele iniciava e a moral religiosa, com a inflação discursiva que a norma sobre o sexo, mais ainda sobre o sexo feminino, colocava àquela época. Ao requisitar para si os direitos de um ginecologista, ou seja, ao declarar que nada mais daria acerca do sexo que demonstrações do saber de uma técnica, ele requer pra si o lugar de quem fala em nome do discurso da ciência, exigindo a neutralidade necessária para se afastar da ordem do discurso um enquadramento narrativo moralizante que se prestasse a outros fins. O que o Real do feminino de Dora apontava como marca que se repetia e se inscrevia de diversas formas no caso foi o que interessou a Freud tomar, o lugar do trauma e da fixação d’A Mulher, lugar que a ele mesmo escapou como escapa de fato a um ginecologista. Não obstante a sua cegueira naquele continente, este foi sem dúvidas o ponto invariante que o interessou na localização e na construção de todo o caso: a trama entre Sr. e Sra.K está ali para trazer em diversas roupagens a questão sobre o sexo com a qual Dora estava às voltas, desde suas tosses, passando pelos sonhos com as caixas de joias até a bolsinha que ela insistia em inserir o dedo nas sessões para abrir – sem abri-la *toda*. Retomando o esforço de nomeação de Miller (2010), poderíamos chamar Dora de *A senhorita K*, tomando-a por sua fantasia? *A pequena chupadora*, tomando-a por seu modo de gozo?

Na análise do caso do pequeno Hans, texto de 1909, Freud (2015) mais uma vez rompe com o enquadramento discursivo de sua época, que representava a criança como desprovida de sexualidade, e responde que a infância, pelo contrário, é uma cena privilegiada que dita o contexto do sexual diante do qual toda a constituição do sujeito se desenha, colocando, através daquele caso, a infância bem longe de qualquer inocência angelical. A infância apresentada através de Hans é ali vista como um período de abertura para a experimentação sexual e de tomada de posição do pequeno sujeito diante do fora de sentido de seu romance familiar: o Real sexual no próprio corpo do menino e o enlaçamento impossível se ser solucionado ilustrado na relação dos pais – o sexo também do outro (conforme Badiou, 2005), constitui o cerne do caso e das elaborações teóricas de Freud. Poderíamos chamar Hans, a partir de seu sintoma, de *O menino dos cavalos*?

No caso do Homem dos Ratos, de 1909, Freud nos poupou o trabalho de imaginar uma nomeação clínica e o fez ele mesmo. É importante ressaltar a forma como o dispositivo criado por Freud (2013) para tratar aquela neurose começa a operar tendo o sentido no ponto de partida, agindo a partir do motor da interpretação, para abrir via de acesso em direção a um não-sentido, a uma nomeação a partir de seu invariante, de seu núcleo de gozo: *Ratten*. Ao longo da tese vamos explorar este caso de forma particular, mas, por hora, é importante dizer que a necessidade paulatina demonstrada no sintoma, marca da contingência ela mesma (Milner, 1996), foi o que permitiu, como uma bússola, que Freud não se perdesse nos diversos caminhos abertos pelo sentido, pela significação, dentre um emaranhado de elementos tipicamente obsessivo.

Na quarta história clínica eleita por Badiou (2005), o fragmento de análise do caso do presidente Schreber (texto de 1911), a hipótese que aqui colocamos está precisa: Freud (2010) mostra, de forma fulgente, que o que configurou naquele caso uma patologia grave, e o próprio desenrolar daquela psicose, poderia ter simplesmente se apresentado de outra forma, ou, uma vez que estivesse posto o embrólio de Schreber quanto a sua homossexualidade, nada neste fato carregaria em si o caráter que ele ali toma na construção do delírio. A despeito da sofisticação com que Freud demonstra o funcionamento daquela paranoia, ele diz que, sobre sua causa, sobre as condições que a determinaram, o que está posto em sua origem é de caráter contingente. Para Badiou:

“Pode-se notar que o que conduz ao delírio não é de forma alguma, no caso de Schreber, a pulsão homossexual, mas as condições do conflito para o qual o sujeito é arrastado pelo recalque dessa pulsão. O fantasma de Schreber é um

desejo "feminino", não por sua pura forma passiva, mas realmente porque se trata, como mostram as metamorfoses finais desse fantasma, de conquistar o lugar da mulher do Pai (de tornar-se o objeto sexual de Deus). Nele próprio, esse fantasma apenas faz testemunhar a ambivalência universal das pulsões, de sua versatilidade quanto ao objeto no qual elas se fixam.” (2005, p.123)

Em outras palavras, Freud (2010c) deixa claro que a solução encontrada por Schreber entre o fantasma homossexual e o delírio, embora pudesse ser logicamente explicada, também é completamente desprovida de sentido ao assim se fixar:

“Não continuaremos a nos opor, creio, à suposição de que a doença foi ocasionada pelo surgimento de uma fantasia de desejo feminina (homossexual passiva) que tomava por objeto a pessoa do médico. Uma forte resistência a essa fantasia ergueu-se do lado da personalidade de Schreber, e a luta defensiva, que talvez pudesse igualmente realizar-se de outras formas, escolheu, por razões que desconhecemos, a forma do delírio de perseguição. O indivíduo ansioso tornou-se o perseguidor, o conteúdo da fantasia de desejo tornou-se o conteúdo da perseguição. Presumimos que essa concepção esquemática também será aplicável em outros casos de delírio persecutório. *O que distingue o caso Schreber de outros, contudo, é a evolução que toma e as mudanças que no curso dela experimenta.*” (p.63-64, grifo nosso)

Nada no cerne da fantasia de Schreber era em si determinante até que passou a determinar o jogo das forças libidinais, o que, fica claro, teria podido “ajustar-se de outra forma” (Badiou, 2005, p.124). A posição feminina é, portanto, assumida por Freud como uma possibilidade entre outras, um recurso para o encaminhamento da pulsão e formação do circuito patológico naquele caso. Aquela psicopatologia foi, segundo ele, “resultado de longa e aleatória construção” (Badiou, 2005, p.123).

Por fim, em *O Homem dos Lobos* (Freud, 2010a), texto publicado em 1918, também há uma decantação no trabalho analítico de um ponto nodal do caso para Freud: um sonho do paciente que opera como o núcleo do sintoma que põe toda a circuitaria pulsional em movimento. Trata-se de um sonho infantil com uma janela, onde o menino deitado avista, com grande pavor, alguns lobos brancos sentados na árvore o olhando fixamente de uma grande noqueira. É ali, mais uma vez, um elemento representante do Real – a janela que se abre para o horror – que marca a constituição psíquica do sujeito e põe em movimento todo um circuito da pulsão que aparece reiteradamente ao longo do enredo clínico. Como no caso do *Homem dos Ratos* supracitado, há uma cena primordial posta no núcleo do caso que o nomeia – é também a partir dela que todo direcionamento

dado ao caso se constrói, figurando, a partir de uma fórmula mínima, seu elemento invariante.

Tem-se, portanto, que sintoma é o que podemos ler da pulsão porque ele é o núcleo invariante de uma inscrição contingente da mesma no corpo do ser falante. E é a partir dessa leitura que vamos escrever o caso. Tomamos a escrita não pela via da narrativa, mas pela via da pura articulação das letras que podemos verificar, por exemplo, no uso que a matemática faz dela. Lacan o fez na forma de matemas. Tomar a letra como um signo oco (Meillassoux, 2012) para escrever um caso clínico é nossa hipótese para uma leitura do sintoma aportado na contingência.

III) SOBRE O PERCURSO DA TESE

Vamos, agora, descrever o percurso da tese tomando-o pelos objetivos, já que, uma vez que entendemos que o objetivo geral da tese é responder à pergunta do problema, os capítulos desenhados são, em última instância, correspondências dos objetivos específicos que incorporam a hipótese.

Temos como objetivo geral da tese o apontamento de uma metodologia clínica capaz de localizar o ponto único e invariante de um sujeito para a Construção do Caso Clínico em Psicanálise.

O que nos levou, por conseguinte, ao primeiro objetivo específico: distinguir o que configura um caso clínico em Psicanálise, o que diferencia um caso como propriamente psicanalítico. Entendemos, no Capítulo 1, que o que usualmente delimita um caso clínico é a concatenação lógica dos marcadores evolutivos do prontuário ou a localização da patologia circunscrita em um elemento anatomofisiológico – balizas da medicina moderna conforme descrito por Foucault (2011). Um caso clínico em Psicanálise, por sua vez, se sustenta na *ficção* do sujeito em seu sintoma. Elencamos elementos para circunscrever o que confere o caráter desta *ficção* do sintoma em Psicanálise tomada nos termos de Certeau (2016).

O segundo objetivo específico desta tese foi dar consistência ao que chamamos, junto a Miller (2011), de *ler um sintoma*. No Capítulo 2 percorremos, em prol desta tarefa, a tese econômica do sintoma em Freud porque entendemos que, se buscamos *ler o sintoma* para além do sentido, precisávamos localizá-lo em seu aspecto corpóreo, pulsional,

quantitativamente demarcado. A teoria da *fixação traumática* foi um guia para ler Freud desde os escritos com Breuer em 1893 até os derradeiros textos publicados após a sua morte, em 1940, buscando localizar tanto nas formulações sobre o sintoma quanto nas tentativas de delimitação do aparelho psíquico, o que poderia ser tomado como insígnia da invariância da contingência do sexual em jogo.

Como nos propomos a dizer de um método de construção de casos, para além de ter como um objetivo específico a instrumentalização de uma *leitura* do sintoma, era preciso também dizer como ele poderia, uma vez lido, ser *escrito*. Este foi nosso último objetivo específico e tema do Capítulo 3. Entendemos que o movimento chamado *Realismo Especulativo* tem muito a contribuir para nossos modelos epistemológicos pós-modernos e, nos referenciando em um de seus precursores, Quentin Meillassoux, propomos uma via de acesso ao funcionamento de uma realidade avessa ao sentido via escrita matemática. Tomamos a noção de *signo oco* (Meillassoux, 2012) para entender como a letra lacaniana, desprovida de sentido, pode ser um articulador para pensar a contingência em termos matemáticos, via matema.

Uma vez posta a letra como forma do escrito matemático capaz de localizar o elemento contingente pulsional, um último giro ainda foi proposto: o que a literalização da letra é capaz de resolver? Se o sintoma pode ser lido porque o inconsciente é uma escrita, aqui se trabalha com uma ideia de que há uma marca inicial do significante sobre o corpo, uma espécie de matriz, língua própria, sob a qual vai se construir o elemento invariante do gozo e o nome do modo de gozo. Schetjman (2007) formulou a questão colocando que o *sinthoma*, oportunamente lido ao final da análise, na realidade já está dado desde o início – a análise é demandada quando algo dessa amarração vacilou e fez a questão entrar no circuito, como um novo lançar dos dados. Partimos deste novo “lançar dos dados” que representa a entrada em análise para explorar a letra em seu viés fora de uma memória escrita no inconsciente, fora de sua dimensão como impressão de um traço, para discorrer sobre seu caráter de ausência, furo no que é a inscrição da matéria da língua. Retomar a matéria da língua, *lalangue*, é cumprir a função da letra de cavar onde o gozo pode ser acolhido em sua singularidade.

Sem mais delongas, a tese.

CAPÍTULO 1 - A CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO COMO SOLUÇÃO

A escolha do nome deste capítulo é uma anedota referenciada à célebre noção que se tem em Psicanálise do *sintoma como solução*. Se entendemos, em Psicanálise, que um sintoma é capaz de se ofertar como uma solução, no sentido freudiano do termo, é porque o entendemos como uma *formação de compromisso*: “correto quanto ao afeto e à categoria, mas falso devido ao deslocamento cronológico e à substituição por analogia” (Freud, 1996i, p.271). É preciso dizer então que a Construção do Caso Clínico como solução para nosso imbróglio epistemológico, como toda solução sintomática, é capenga. Mas algo resolve. E resolve porque se o diagnóstico se apresentou, como demonstramos na Introdução, como um problema na clínica com os casos também ordinários, além dos conhecidos e interrogativos casos extraordinários, a solução que a Psicanálise ofertou à questão passou, como demonstrado em nossa hipótese, pelo estabelecimento de um método de leitura do sintoma capaz de captar sua escrita contingente. Aqui chamamos esse método de leitura de Construção do Caso Clínico. Se entendemos, nesta esteira da solução, que há um ganho na forma da instauração de um método capaz de cotejar o elemento único do sujeito dentro de uma formalização passível de transmissão, o “falso”, a perda implicada, pode ser a do sujeito, por essência inapreensível, neste esforço de tradução, na substituição pela analogia. Partimos, portanto, neste primeiro capítulo, da ideia de que a descoberta original de Freud repousa sobre a formalização de um método clínico chave de leitura para um objeto indecifrável e, mais que isso, em uma metodologia que capturou e formalizou esse objeto de forma a oferecer não só uma forma de tratamento, mas uma forma de transmissão daquilo que até então se mostrava como o impossível do diagnóstico psiquiátrico. Começou com as histéricas.

A Histeria era uma patologia que intrigava toda sorte de médicos no século XIX: uma vez que o quadro onde se desenhava o adoecimento não era representado por uma sintomatologia específica e poderia acometer desde grupo musculares, paralisações de membros, perdas de sentido e memória até funções da visão, de neurologistas a psiquiatras, passando por ortopedistas e oftalmologistas, não havia sido possível para nenhum lugar no saber médico circunscrever aquele tipo de acontecimento patológico em uma descrição clara e delimitada. Não era possível descrever o quadro histórico aferindo agente etiológico, desenhar curso de desenvolvimento e estabelecer prognóstico. A Histeria, antes de ser o objeto de interesse diante do qual surgiu a Psicanálise, era sobretudo um enigma médico. O que nos leva a pensar que a Histeria como acontecimento

pode aqui nos interessar menos como caso a ser interpretado dentro daquele modo de clinicar, mas como caso interpretante da clínica médica ela mesma: era uma doença capaz de revelar como se estruturava (ou se estrutura?) a clínica desinteressada pelo sujeito adoecido. Em termos epistêmicos, a Histeria também se mostrava subversiva enquanto doença questionadora da nosologia médica assentada no pensamento lógico que vai da integração de um caso a uma classe – do particular ao universal ou do universal ao particular. A histeria era fonte de uma provocação que residia em convocar o médico a ter que se debruçar no curso da doença como um curso necessariamente singular de cada paciente, do particular ao particular, já que a operação descritiva da doença, que, lembramos, não tinha descrição universal, era indissociável da figura do doente e da história de seu adoecimento. A doença nervosa era uma perturbação que colocava em cena o paradoxo fundamental do doente resto da regra semântica da doença, regra dominante da clínica médica, como Foucault (2021) assim descreveu:

“A principal perturbação é trazida com e pelo próprio doente. À pura essência nosológica, que fixa e esgota, sem deixar resíduo, o seu lugar na ordem das espécies, o doente acrescenta, como perturbações, suas disposições, sua idade, seu modo de vida e toda uma série de acontecimentos que figuram como acidentes em relação ao núcleo essencial. Para conhecer a verdade do fato patológico, o médico deve abstrair o doente: ‘É preciso que quem descreve uma doença tenha o cuidado de distribuir os sintomas que a acompanham necessariamente, e que lhe são próprios, dos que são apenas acidentais e fortuitos, como os que dependem do temperamento e da idade do doente’. Paradoxalmente, o paciente é apenas um fato exterior em relação àquilo de que sofre; a leitura médica só deve tomá-lo em consideração para colocá-lo entre parênteses.” (Foucault, 2021, p.7)

A impossibilidade de localizar o objeto sob o qual se debruçavam os médicos-cientistas no tratamento da Histeria em um elemento anatomofisiológico e estabelecer a taxonomia do adoecimento histórico entre famílias, gêneros e espécies, como veremos adiante, colocou a doença nervosa como um dos centros da problemática diagnóstica no século XIX. Não era possível ali abstrair a figura do doente em prol de um corpo universal onde habita a doença - o corpo da Histeria parecia obedecer a um outro tipo de ressonância. E sem corpo, como tratar? Todo adoecimento, à revelia do doente, era localizado e tratado pelo e no corpo como se este fosse despido de vida enquanto movimento orgânico e particular de um sujeito, o corpo era repositório da doença sob um aspecto passivo. Como a Histeria não se deixava apreender pela chave de respostas

unívoca que o corpo teria a oferecer, ela permanecia enquanto pergunta, enquanto enigma sem regra que poderia ser descrita em quadro:

“A doença, referenciável no quadro, aparece através do corpo. Neste ela encontra um espaço cuja configuração é inteiramente diferente: espaço dos volumes e das massas. Suas regras definem as formas visíveis que o mal assume em um organismo doente: o modo como ele aí se reparte, se manifesta, progride alterando os sólidos, os movimentos ou as funções, provoca lesões visíveis na autópsia, desencadeia, em um ponto ou outro, o jogo dos sintomas, provoca reações e, com isso, se orienta para uma saída fatal ou favorável. Trata-se de figuras complexas e derivadas pelas quais a essência da doença, com sua estrutura de quadro, se articula com o volume espesso e denso do organismo e nele toma *corpo*.” (Foucault, 2021, p.9)

A busca incessante pelo corpo da Histeria não raro colocava toda uma plateia médica perplexa sem saber por onde começar a procurar, fadada ao fracasso do mapeamento. E pior: os mais de 100 anos que nos separam das apresentações de histéricas de Charcot não representam exatamente uma reviravolta no que tange à tentativa médica de localização exclusivamente anatômica do adoecimento psíquico. No exato momento em que escrevo, 20 de julho de 2022, por exemplo, viralizou nas redes sociais uma reportagem do jornal *Folha de São Paulo* com a seguinte manchete: “Depressão não tem relação direta com baixos níveis de serotonina, diz pesquisa” (Fernandes, 2022). A reportagem trazia informações ultra recentes, do mesmo dia 20 de julho, publicadas na respeitada revista *Molecular Psychiatry*, de uma revisão sistemática de 17 pesquisas que haviam sido realizadas acerca da recaptação de serotonina como marco etiológico da depressão. A conclusão do artigo *The serotonin theory of depression: A systematic umbrella review of the evidence* (2022), foi a de que associar depressão a recaptação de serotonina é uma explicação simplista sobre o que poderia estar na causa da doença: não foram localizadas evidências suficientes para confirmar a associação direta entre baixos níveis do neurotransmissor e o desenvolvimento da enfermidade. Os autores obtiveram, a partir da análise sistemática, duas principais conclusões: i) não se trata de uma regra unânime que todos os pacientes com depressão apresentem baixo nível de serotonina, ii) a utilização de métodos para reduzir a serotonina em indivíduos sem a condição não resultou em um quadro depressivo (Moncrieff et al., 2022). A associação, portanto, do adoecimento ao biomarcador precisa ser lida como frágil, mesmo que tenha sido até então o que se pôde evidenciar como mais promissor no que tange a localização de um fator

etiológico para depressão. Além de demonstrar a conclusão de que as evidências de relação causal entre serotonina e depressão são insuficientes, a pesquisa acrescenta que ainda é necessário explicitar de forma robusta os mecanismos dos inibidores de recaptação dessa substância, já que, se o desenvolvimento da depressão não necessariamente decorre dos baixos níveis do neurotransmissor, os inibidores não estariam agindo diretamente na causa da doença. Isso implica diretamente no mecanismo farmacológico, hoje usado em larga escala, dos antidepressivos e de como eles agem no organismo humano. Naturalmente, os pontos levantados pelo estudo ainda são teses em aberto, sujeitas à revisão. Mas, tal estudo – que não pareceu uma revelação apoteótica diante de qualquer profissional de saúde ou pesquisador um pouco mais próximo da questão, gerou grande polêmica e foi parar entre os temas mais comentados do dia no *Twitter*, rede social onde os usuários manifestam suas opiniões³:

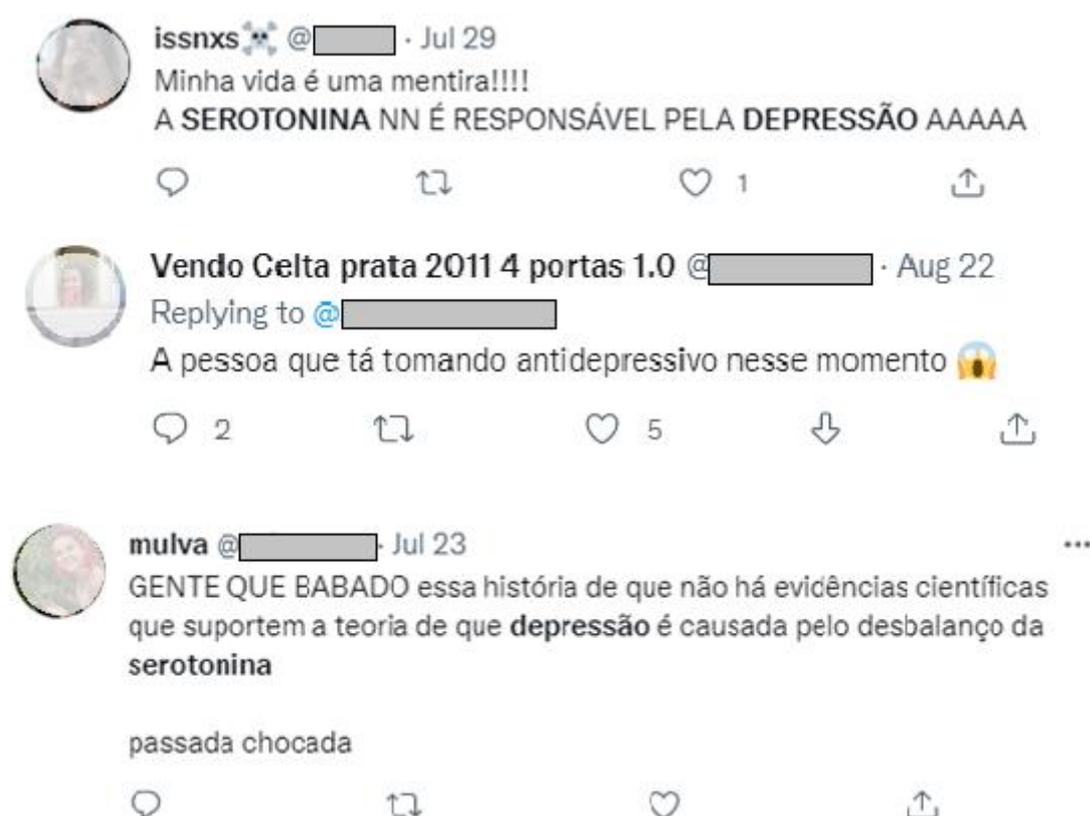


Figura 1: Comentários do Twitter pt.1

³ Apesar dos comentários estarem expostos em uma rede social de acesso público, entendemos que seria importante preservar a identidade dos *twitteiros*: deletamos o *username* e borramos a foto do perfil de cada um deles. As imagens estão aqui com mera finalidade ilustrativa e não tem pretensão de serem dados validados em pesquisa.



Figura 2: Comentários do Twitter pt.2

Se o assunto mobiliza, até os dias presentes, uma espécie de indignação popular sobre a impossibilidade de correlacionar direta e indubitavelmente o adoecimento psíquico a um biomarcador patológico, isso diz, sobretudo, acerca de como a medicina se apresentou socialmente como disciplina clínico-científica: se apresentou sob a promessa que ela poderia localizar, em um elemento anatomofisiológico, ou em uma circuitaria bioquímica, como é o caso, qualquer patologia. Nenhuma doença escaparia a essa forma nominativa de localizar sua etiologia se quisesse se prestar ao trabalho do apuramento científico e se ofertar como objeto do tratamento clínico. E este foi, em suma, o problema sob o qual Freud se lançou a resolver quando se colocou, inicialmente, diante da Histeria. Eis a sua intransigência: Freud entendeu que nosologia psicanalítica não poderia ter a pretensão de buscar direção na nosologia clássica que integrava o caso a uma classe a partir de um biomarcador comum no corpo, sua solução foi encontrada na interrogação do ponto singular do sujeito no qual o corpo se mostrava dessemelhante de si mesmo, não responsivo à biologia ou representante de uma função orgânica. Ideias incongruentes com a acepção moral do paciente que se tornavam parasitárias, acontecimentos disruptivos que não se integravam na linearidade física da história de vida do paciente, fenômenos de

corpo inexplicáveis pela racionalidade da lesão, e daí por diante. A Construção do Caso Clínico, como solução ao problema diagnóstico até então histórico, não pôde mais ignorar a histórica que habitava o corpo da Histeria, a resposta ao enigma só poderia ser encontrada no singular da narrativa do adoecimento: desde quando você está assim? O que mudou no seu corpo? O que estava em curso em sua vida no momento em que isso aconteceu? Como você se relaciona com esse adoecimento? O que ele alterou em sua vida? O que isso significa?

Não que escrever histórias clínicas tenha sido novidade freudiana. Narrar ‘a história do sofrimento’ não é exatamente ato clínico inédito da Psicanálise. Remontam ao próprio nascimento da escrita as primeiras tentativas de organização do desenvolvimento dos sintomas nos registros médicos na forma da história do adoecimento, há cerca de 2.500 anos, desde Hipócrates. Desde os primórdios da medicina se tem notícia do narrar, do contar a história da doença, como ato médico de investigação e transmissão. O que muda, portanto, na forma da escrita do sintoma ao longo do tempo? E o que muda especificamente na escrita da clínica freudiana do sintoma? Para responder a estas perguntas faz-se necessário, por conseguinte, um retorno ao *Nascimento da Clínica* para daí em diante localizar o ato inaugural de Freud.

1.1 O NASCIMENTO DA CLÍNICA

1.1.1 Da Grécia Antiga à Modernidade, passagem da arte (*ars curandi*) à técnica (*iatrikè tékhne*)

Os primeiros registros clínicos de que se tem notícia datam da Grécia Antiga (289 a.C.), época em que a medicina se configurava como uma prática de origem mítico-religiosa oriunda dos templos de *Asclépio*, o deus-herói da cura. Os *Aclepidae*, sacerdotes-médicos que exerciam o saber da época, estabeleciam suas diretrizes terapêuticas a partir de sonhos epifânicos em que os segredos da cura lhes eram revelados. O ensino da técnica passava, portanto, por processos de iniciação nos templos, e o contrato médico-paciente era estabelecido a partir do recebimento de donativos destinados aos deuses. A conduta diante da doença era ditada na forma de oráculo e em conformidade com as doações recebidas. No templo de *Asclépio* estão localizadas as primeiras lápides onde aparecem, respectivamente, uma inscrição que comportava o nome do doente, o mal que o acometia

e seu respectivo donativo religioso. Tais lápides são consideradas as primeiras “pré-histórias clínicas” (Fombella Posada & Cereijo Quinteiro, 2012).

Outras culturas, como a egípcia, também adicionavam ao exercício da prática médica um caráter mágico-religioso. De acordo com Fombella Posada & Cereijo (2012), os papiros de Edwin Smith e Ebers são exemplares dos documentos médicos mais antigos conhecidos, sendo estes documentos referências deste cenário onde o mítico ordenava a prática clínica. À diferença dos gregos, no entanto, os papiros egípcios da mesma época surpreendem pela precisão das descrições e prescrições. Foram descobertos, por exemplo, papiros de Ebers de cunho cirúrgico onde estavam descritos dados de 48 pacientes feridos de guerra, papiros onde são detalhadamente descritos os ferimentos, suas características, especificando de qual tipo e de qual gravidade, e o respectivo tratamento que receberam. A terapêutica incluía remédios ditos “mágicos” e, tal como a grega, poderia ser enquadrada em uma forma de expressão de saber humano delimitada pelo termo arte, mais especificamente, *ars curandi*.

Na fundação do que hoje conhecemos como medicina ocidental, no campo da técnica (*iatrikè tékhne*), está Hipócrates (460 a.C – 377 a.C), estudioso grego pertencente à 28ª geração de descendentes de *Asclépio*. Suas viagens o levaram a conhecer as ciências matemáticas com Pitágoras e a medicina praticada nos templos egípcios. Calcado neste conhecimento, Hipócrates fundou a escola que revolucionou o tratamento do adoecimento humano da Grécia Antiga, estabelecendo a medicina como uma disciplina cujo campo deveria ser circunscrito através de parâmetros próprios, dissociando-a da mítica com a qual tinha sido tradicionalmente equiparada, e tornando-a um campo de exploração cujo exercício tornou-se uma profissão autêntica.

O *Corpus Hippocraticum* é uma coletânea de livros que representa a origem do que estabelecemos hoje como conhecimento médico-científico, compilado triditivo do espírito da escola de Hipócrates. Os primeiros 42 registros médicos completos e bem caracterizados estão ali registrados em "*Epidemias I e III*": com eles nasce o documento elementar da experiência médica que mais tarde representaria também o documento fundamental da clínica médica, a saber, o prontuário. Naquela ocasião, o registro médico tinha duas funções básicas: demonstrar através de hipóteses as causas naturais da doença e descrever o curso do adoecimento por meio da transcrição das observações dos sintomas dos pacientes. (Fombella Posada & Cereijo Quinteiro, 2012). O formato de registro do

caso era estritamente cronológico. A título de exemplo, extraímos o caso *Apollonius* (Reiser, 1991, tradução nossa), cuja descrição se inicia com os sintomas que o paciente apresentou antes de solicitar atendimento:

"Apolônio esteve doente por muito tempo sem ficar confinado à cama. Ele tinha o abdômen inchado e dor incessante na região do fígado, dor que havia sido presente por longo tempo; além do mais, ele se tornou durante este período icterico e flatulento, sua pele era esbranquiçada." (Reiser, 1991, tradução nossa)

Em seguida, passava-se a expor as razões pelas quais o paciente buscou atendimento médico:

"Um dia depois de comer e beber excessivamente, Apolônio ficou com febre e permaneceu de cama. Após ter bebido muito leite, fervido e cru, tanto de cabra quanto de ovelha, adotando uma dieta completamente ruim, passou a sofrer muito com isso." (Reiser, 1991, tradução nossa)

Os relatos sobre o progresso da doença seguem cronologicamente, pautados através da observação de mudanças potencialmente significativas dos sintomas, como marcos temporais do curso do adoecimento:

"Houveram picos de febre; os intestinos não processavam praticamente nenhum dos alimentos ingeridos, a urina era aguada e rala. O paciente não dormiu. Teve inchaço doloroso, muita sede, delirante... Após o décimo quarto dia de cama, depois de sentir calafrios, se tornou quente; extremamente confuso, gritava. Estava ansioso. Seguiu-se um período de calma; o coma se instaurou desta vez. Por volta do vigésimo quarto dia teve intervalos lúcidos. No trigésimo dia, voltou a ocorrer febre aguda; fezes abundantes e diarreicas; divagou, membros frios, ele estava sem palavras. Aos trinta quarto dias: morte." (Reiser, 1991, tradução nossa)

Este exemplo do que era um caso no *Corpus Hippocraticum* mostra que o registro médico era de cunho descritivo dos sinais e sintomas do paciente, sem pretensões de formação de uma história clínica pormenorizada ou de explorações científicas sobre a doença. Tal descrição tinha a importância de estimar achados prognósticos diante da localização, quanto mais precisa melhor, do adoecimento e de seu curso cronológico. Apesar de incluir descrições de modos de vida do paciente que poderiam servir de hipóteses etiológicas, não havia ali um espírito investigativo ou inferências de causalidade

entre, por exemplo, o paciente ter ingerido leite cru com sua disfunção intestinal. Tratavam-se de registros cronológicos e ilustrativos. Era um prontuário.

Acerca de como estes casos eram organizados na “junta de prontuários”, a solução encontrada passava pela hipótese de Hipócrates de que todos os doentes se pareceriam pelo fato de estarem doentes, entretanto, alguns se assemelhavam *na maneira* como estavam doentes. Partindo desse pressuposto, as formas de ser acometido por uma doença eram chamadas de "*Eidos*", sendo os *Eidos* processos análogos que em diferentes pacientes poderiam mostrar variantes individuais. Hipócrates analisou as semelhanças e diferenças destes estados de saúde chamando de "*Tropos*", sendo suas características dispostas no método de comparações para delimitação dos *Eidos*. Os *Tropos* poderiam ser: sintomáticos, patocrônicos (agudo, crônico), localizacionais, etiológicos, prognósticos ou constitucionais. Cada um desses caracteres diferenciais era passível de ser localizado sob dois pontos de vista: o do médico "*semion*" (sinal) e do paciente "*pathema*" (sintoma). O conjunto de "*Pathema*" e "*semion*" constituiriam o "*nousos*" (forma de adoecer de cada paciente) e o relato de sua descrição formaria o histórico médico disposto no prontuário. (Fombella Posada & Cereijo Quinteiro, 2012)

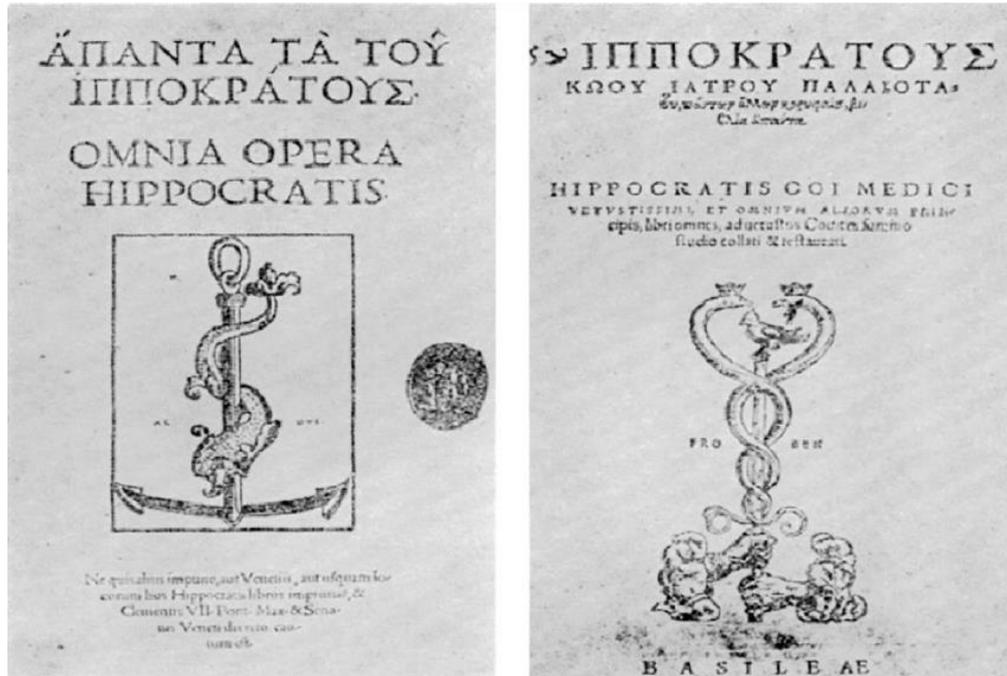


Figura 3: *Corpus Hippocraticum*: À esquerda, primeira página da primeira edição do texto grego do *Corpus Hippocraticum* (Asulanus, Venice, 1526). À direita, primeira página da segunda edição do texto grego do *Corpus Hippocraticum* (Janus Cornarius, Basel, 1538). (Fombella Posada & Cereijo Quinteiro, 2012)

Depois de Aristóteles (384 a.C – 322 a.C), todos os "*tekhnites*" da medicina aspiraram descrever bem as doenças de acordo com as características selecionadas

(*Tropos*), mas é só a partir de Galeno (129 d.C – 199 d.C) que a classificação das doenças em gêneros (*gênus*) e espécies (*eidos*) alcança sua verdadeira plenitude. Os seis pontos estabelecidos por Hipócrates para estabelecer semelhanças patológicas – os *tropos* – são cuidadosamente desenvolvidos por Galeno, mas este, já munido de certa mentalidade fisiopatológica de localização, visa conhecer as doenças como são em si mesmas e não como apareciam nos pacientes (Fombella Posada & Cereijo Quinteiro, 2012). Não obstante, durante séculos, a ficha médica continuou marcada pelo estilo Hipocrático: orientada cronologicamente e com ênfase em uma visão centrada na sintomatologia, no que se apresentava no paciente como queixa ou problema.

Só durante o século XV este tipo de observação sobre o adoecimento, seu curso e suas variações, passou a ser institucionalizado na transmissão da técnica nas Faculdades de Medicina, que passaram a exigir para obtenção do diploma médico que o candidato tivesse feito, com aproveitamento, treinamentos práticos por meio de visitas a pacientes sob supervisão técnica de profissionais mais experientes. Tal prática clínica, os *Observatio*, foram mantidos durante ao longo da Renascença e no início do século XVII (Fombella Posada & Cereijo Quinteiro, 2012). A exigência de comprovado repertório clínico não se traduziu, no entanto, no que hoje reconhecemos como “espírito científico”: a taxonomia das doenças, por exemplo, não teve grande evolução durante toda a Renascença, cujo panorama de conhecimento partia da orientação epistêmica de que o conhecimento já estava dado pelo plano divino, era completo e perfeito como tudo que fosse donativo de Deus. Se Deus tudo sabe e tudo ofereceu como saber aos homens, as doenças precisariam apenas ser descritas via marcas de aproximação com o plano da natureza divina. A medicina carrega ali, portanto, o DNA cristão da perfeição e da completude, já que naquele tempo fora colocado como condição da existência dos seres o desígnio de Deus como fonte acessível de todo o saber. No campo médico, portanto, restava apenas completar o quadro já fornecido pelo saber ofertado por Deus aos homens, trabalho feito via imaginário, via especular. Não havia espaço para a exploração no campo do saber:

“Era um saber do Semelhante, das *similitudes* ou *similaridades*, entre os quais está incluída a *analogia*. Nada está isolado. O homem é o microcosmos, modelo do universo, próximo de todos, visível, conhecido. O homem está em proporção com o céu, assim como com os animais e as plantas, assim como com a terra, os metais, as estalactites ou as tempestades. As sete aberturas formam, no seu rosto,

o que são os sete planetas do céu. O homem do século XVI não ordenava e não classificava: só bastava revelar as semelhanças de um mundo que Deus havia ordenado.” (Manço, 2004)

É de Foucault (2021) a descrição do imperativo que começou a significar uma mudança neste cenário: “Abram alguns cadáveres!” (p.136). No século XVII, a prática da autópsia é generalizada e o laudo anatomopatológico torna-se frequente como o ponto final da história clínica. A lesão patológica passa a figurar como um achado confirmatório ou achado retificador, em ambos os casos, tinha caráter explicativo, tornando-se assim a chave de diagnóstico *post-mortem*. O processo mórbido individual passou a ser denominado "*casus*" e a preocupação com a descrição de novas doenças levou à publicação de centenas de achados clínicos raros. Esta reflexão feita ao fim do processo do adoecimento comportava um apontamento de busca de respostas para uma pergunta que o corpo colocava no sentido de saída para a cura ou para a menção de morte – o *exitus letali* – do caso. Tal mudança de mentalidade no homem renascentista fez com que o prontuário médico se tornasse um relato mais preciso e isento de interpretação doutrinária, terminando comumente com a inserção de indicações diagnósticas e terapêuticas. Arelada de forma direta ao surgimento da História Natural, a necessidade de sistematizar as doenças de forma a conhecê-las, nomeá-las e classificá-las aparece como uma atividade científica verdadeira e segue os princípios lógicos do modelo natural de classificação das plantas e animais. É o que Foucault (2021) nomeia como a “Medicina das Espécies”, desenvolvida principalmente dentro do contexto das epidemias no século XVIII. Seguindo a tendência da época, uma visão estética clara é adicionada, realçando o estilo literário e adicionando coerência narrativa na descrição clínica.

Na segunda metade do século XVIII, anos de efervescentes mudanças sociais e políticas que antecederam a Revolução Francesa, discussões sobre a regulamentação da profissão médica, do lugar social da doença e das estruturas hospitalares fomentaram a necessidade de tornar o processo do adoecimento objeto de controle do Estado e, portanto, um saber sistematizado e organizado. A articulação da prática hospitalar com o ensino médico, apesar de existir desde os *Observatio*, não atendia a fins de pesquisa científica e não havia uma expectativa de que esse tipo de formação aperfeiçoada pela prática clínica tivesse o compromisso de assegurar comprovada expertise terapêutica. Ali, na reforma do ensino médico impulsionada pelas epidemias, o Hospital toma o protagonismo como ferramenta do Estado para validar duas propostas: controle social da doença e regulação

do exercício de transmissão do saber terapêutico. Tal projeto teve como consequência direta a colocação da experiência clínica como cerne do saber médico. Sobretudo, do saber sobre o patológico. (Foucault, 2021)

Junto ao lugar de protagonismo que a clínica toma nos hospitais no século XVIII, é então desenvolvido o *método anatomoclínico*. Trata-se de um ponto em que a lesão anatômica aparece como fundamento da doença e surge a necessidade de encontrar os dados explicativos *pre-mortem*. Técnicas de obtenção de tecido são descobertas e, assim, diagnosticar *intra-vitem* a existência, o lugar e as espécies da doença torna-se possível. Com o desenvolvimento do microscópio, a célula pôde ser descrita iniciando assim a pesquisa histológica, possibilitada também, é claro, pelo início da aplicação de anestésicos (Foucault, 2021) (Fombella Posada & Cereijo Quinteiro, 2012).

Não só a formalização do ensino da medicina, pautada agora na experiência e a consolidação do modelo hospitalar, representou uma mudança significativa no material sobre o qual dispunha o relato médico. Na aurora do século XIX sintomas e sinais também puderam ser medidos com mais precisão graças às técnicas de percussão (Corvisant) e ausculta (Laenec); invenções tecnológicas apareceram tal como o termômetro, o estetoscópio, o esfigmomanômetro. A inspeção dos órgãos internos começou a contar com ferramentas óticas, como o espéculo vaginal, o oftalmoscópio e o otoscópio. O laboratório é desenvolvido como um recurso clínico e no campo da microbiologia testes funcionais começam a operar. Munida a partir deste ponto de uma série de recursos de mapeamento fisiopatológicos, a história clínica ganhou riqueza descritiva, precisão e coerência interna. (Foucault, 2021) (Fombella Posada & Cereijo Quinteiro, 2012)

O sintoma passa a ser, portanto e cada vez mais, protagonista de uma clínica. Se nos primórdios o que interessava na escrita do caso eram as razões míticas do adoecimento ou as revelações epifânicas que a doença transportava em si, cada vez mais passa a interessar a forma do sintoma, sua apresentação. Em torno do sintoma passou a se organizar a narrativa clínica, e, como veremos adiante, é também sob este ponto que Freud ancora sua Construção de Casos Clínicos. O sintoma não era mais um ponto integralizado ao universo pela similitude com as obras divinas, pelo contrário, passou a saltar aos olhos como elemento estranho, parasitário ao corpo. Constituiu-se, deste modo, a necessidade insurgente de localizá-lo no corpo e mapear sua mecânica. Além disso, se

o que muda é o que salta aos olhos, logo, a inferência primeira é que há ali uma mudança no que se vê, ou como se vê. Uma mudança no olhar. De que tipo?

1.1.2 Nasce uma clínica sob o paradigma do olhar

Descritos de forma sistemática, os avanços tecnológicos parecem representar uma linha contínua de progresso que, incorporados à prática clínica, aperfeiçoaram o diagnóstico até torná-la o que vemos nos dias de hoje. Mas, se seguimos aqui o raciocínio de Foucault (2021), é claro dizer que não se trata de uma linha evolutiva diacrônica, mas de um movimento que desembocou em outro radicalmente diferente: o raciocínio diagnóstico como temos hoje se inaugurou através de uma ruptura marcante no modo de pensar a clínica entre o Renascimento e a Modernidade. Desde Hipócrates, que se debruçava sob o leito do doente munido apenas da inspeção e da palpação, e registrava nos papiros as afecções que lhe era possível recolher, até as máquinas tomográficas de diagnósticos localizacionais atuais, não há apenas uma transformação temporal e evolutiva de procedimentos técnicos através da tecnologia, há, segundo Foucault (2021), sobretudo uma mudança na episteme que foi determinante para leitura do que era recolhido como dado empírico:

“A medicina moderna fixou sua própria data de nascimento em torno dos últimos anos do século XVIII. Quando reflete sobre si própria, identifica a origem de sua positividade com um retorno, além de toda teoria, à modéstia eficaz do percebido. De fato, esse presumido empirismo repousa não em uma redescoberta dos valores absolutos do visível, nem no resolutivo abandono dos sistemas e suas quimeras, mas em uma reorganização do espaço manifesto e secreto que se abriu quando um olhar milenar se deteve no sofrimento dos homens.” (Foucault, 2021, p.X)

Têm-se, portanto, que o que caracteriza o conhecimento médico e sua prática a partir da nomeação da medicina como científica não é, propriamente dita, uma mudança apenas nos métodos, na linguagem e nos instrumentos, é, acima de tudo, segundo Foucault (2021), uma mudança no *olhar*. A ligação do saber médico com o corpo adoecido, cercada de imaginário como demonstramos na exemplificação da similaridade Renascentista, não era mais determinada pelo modo como o conhecimento se fazia explícito, mas pela explicitação do mundo dos objetos possíveis a conhecer: o que era fixável pelo olhar positivo? Qual objeto poderia ser marcado como alvo do saber médico? O que devia ser separado como acontecimento individual, portanto não fixável, e,

portanto, descartado? O recolhimento do dado empírico sob o leito do paciente agora serve a um outro tipo de referencial, a um campo aberto de exploração:

“O espaço da experiência parece identificar-se com o domínio do olhar atento, da vigilância empírica aberta apenas à evidência dos conteúdos visíveis. O olho torna-se o depositário e a fonte da clareza; tem o poder de trazer à luz uma verdade que ele só recebe à medida que lhe deu à luz; abrindo-se, abre a verdade de uma primeira abertura: flexão que marca, a partir do mundo da clareza clássica, a passagem do «Iluminismo» para o século XIX.” (Foucault, 2021, p. XII)

Esse lance de olhar, capaz de fixar um objeto extraído da empiria e torná-lo campo do saber médico, só podia ser, por conseguinte, a clínica. A experiência clínica foi tomada, nas palavras de Foucault (2021), como “um confronto simples, sem conceito, entre um olhar e um rosto, entre um golpe de vista e um corpo mudo” (p. XIII), em uma relação hierarquizada, vertical, tácita. Na passagem do século XVIII, não foram os instrumentos por si só que mudaram, houve uma mudança de paradigma na transposição da experiência clínica que partia do “o que é que você tem?” para o “onde lhe dói?” (Foucault, 2021):

“A clínica aparece para a experiência do médico como um novo perfil do perceptível e do enunciável: nova distribuição dos elementos descritos do espaço corporal (isolamento, por exemplo, do tecido, região funcional de duas dimensões, que se opõe à massa, em funcionamento, do órgão e constitui o paradoxo de uma «superfície interna»), reorganização dos elementos que constituem o fenômeno patológico (uma gramática dos signos substituiu uma botânica dos sintomas), definição das séries lineares de acontecimentos mórbidos (por oposição ao emaranhado das espécies nosológicas), articulação da doença com o organismo (desaparecimento das entidades mórbidas gerais que agrupavam os sintomas em uma figura lógica, em proveito de um estatuto local que situa o ser da doença, com suas causas e seus efeitos, em um espaço tridimensional). O aparecimento da clínica, como fato histórico, deve ser identificado com o sistema destas reorganizações.” (Foucault, 2021, p.XVII)

O sintoma, portanto, passa a ser protagonista de uma clínica cujo olhar debruçado sobre o corpo tem intenção de demonstrar, melhor dizendo, de *mostrar* o que falta ao doente na forma de um nome, o nome da doença. E este era justamente o ponto de convergência que faltava ao acontecimento histórico: a possibilidade de fixar, através de um olhar positivo, os elementos passíveis de se encontrarem em uma chave ideal de

leitura da doença. Tal chave de leitura, segundo Foucault (2021), desempenha quatro funções: um modo de designação, um princípio de coerência, uma lei de evolução e um corpo de preceitos (p.65). Essa tétade do olhar clínico inaugurado na modernidade foi o que tornou possível a leitura do sintoma histérico, por Freud, um representante da ciência de sua época, mesmo diante do impasse epistêmico da localização anatomofisiológica, mesmo diante do postulado corpo como enigma. Onde existia até então um problema médico-epistemológico parecia não mais existir: era possível tomar a chave de leitura da doença nervosa pela via do corpo se o corpo fosse pensado de *outra* forma.

O que Freud se viu obrigado a tratar já estava presente, de alguma forma, também desde a medicina hipocrática. Se tomamos como exemplo o *Peri tékhnes* - um dos mais valiosos tratados para a compreensão do que aqueles médicos entendiam pela sua arte e do que entendiam por *tékhne* – já no seu capítulo 11, um problema resta a ser resolvido: como o autor não crê que existam doenças que nunca mostrem sinais, fala-se de enfermidades menos manifestas, de doenças internas que habitariam algumas cavidades não passíveis de observação. A tese colocada ali diante da problemática é a de que essas cavidades são, naturalmente, cheias de ar quando se está são, e, quando se está doente, de “humor”. A drenagem desse humor consistiria em sua terapêutica, mas tal tarefa a ser feita era árdua se fosse desconhecido onde se formaria esse depósito humoral indevido antes que ele se torne consideravelmente manifesto. Por isso, segundo Cairus (2006), o autor do tratado faz questão de esclarecer um problema de nomenclatura: a *tékhne* considera essas doenças *ádela* (não-evidentes), em oposição às demais, que são *éudela* (evidentes). As doenças *ádela* seriam o desafio maior do médico, cuja *tékhne* está orientada necessariamente pela *phýsis* do paciente. Diante desta impossibilidade, no entanto, não estaria autorizada a demissão médica. Uma *phýsis* que não fosse propícia ao exame poderia retardar, mas não impossibilitar o diagnóstico, e o recurso do médico consistia em forçar a *phýsis* a externalizar a doença. O médico que conhecesse a *tékhne* saberia como fazê-lo. (Cairus, 2003).

Parece ter sido exatamente esta a insurgência que Freud foi capaz de fazer na esteira da associação livre, quando conheceu enfim sua *tékhne*: fazer demonstrar um adoecimento que não estava circunscrito pela *phýsis* – a neurose. O que tornou isto possível?

Lacan (2010) nos lembra, na ocasião do *Seminário 2*, que a Psicanálise epistemicamente o é como é, uma vez que foi fundada por Freud, e fundada por Freud na sua condição de médico: a constatação médica de que o homem *tem* um corpo e esse corpo é regulado por parâmetros que poderiam ser lidos e descritos, tal como apresentamos, tornou possível o surgimento da Psicanálise. A busca etiológica do adoecimento, o mapeamento do patológico, o engendramento causal do funcionamento do físico, todas estas marcas do caráter determinista do olhar clínico positivo descrito aqui através de Foucault (2021), foi o modo de pensar clínico no qual Freud se formou como médico, um médico moderno. É aí que Lacan localiza Freud e sua fundação episteme:

“O médico com relação ao corpo tem a atitude do homem que está desmontando uma máquina. Por mais que se façam declarações de princípio, esta atitude é radical. Foi disto que Freud partiu, e este era seu ideal – trabalhar em anatomia patológica, em fisiologia anatômica, descobrir para que serve este aparelhinho complicado que se acha aí encarnado no sistema nervoso.” (Lacan, 2010, p.103)

Não é difícil chegar a esse ponto de conclusão ao percorrer a biografia freudiana. Aqui seguimos na esteira de Assoun (1983) que localiza na Psicanálise uma “epistemologia rigorosamente nativa e imanente à *démarche* de conhecimento pertencente a Freud” (Assoun, 1983, p.9-10), uma vez que Freud, ao reivindicar o lugar de sua disciplina como um saber, postulava regras de funcionamento e referentes específicos operando na constituição e na produção deste saber até então inédito sobre o objeto patológico. Se, seguindo a hipótese de Assoun (1983), o que a psicanálise apresenta de novo está intrinsecamente ligado às particularidades da figura de seu fundador, Freud, é preciso também, antes de discorrer sobre a novidade de suas construções clínicas, responder à pergunta fundamental – quem foi Freud?

1.2 FREUD, UM MÉDICO MODERNO

“A senhora não conhece Freud?
O último grande romancista da burguesia?”
(O. de Andrade, 2017)

Sigmund Schlomo Freud nasceu em 6 de maio de 1856 em uma família judaica, em Freiberg in Mähren, localidade à época pertencente ao Império Austríaco. Filho

oriundo do segundo casamento de seu pai, um comerciante de lã, e de infância relativamente típica para a época, Freud ingressou na Universidade de Viena aos 17 anos, em 1873. Em sua *Autobiografia* escrita em 1925, discorreu sobre a escolha pelo curso de Medicina deixando a entender que nunca foi pelo cuidado terapêutico que pode advir do exercício da profissão que nele ingressou, mas sim em função de um desejo de saber mais amplo sobre o funcionamento humano. Este ímpeto curioso do jovem Freud acabou refletindo em seus estudos acadêmicos não muito tradicionais que incluíram filosofia, com o professor Franz Brentano, fisiologia, com o professor Ernst Brücke, e zoologia, com o professor darwinista Carl Friedrich Claus (Jones, 1981). Ele assim descreveu as circunstâncias de sua escolha pela profissão:

“Eu era enormemente atraído pela teoria de Darwin, então em voga, pois ela prometia um extraordinário avanço na compreensão do mundo, e sei que a apresentação do belo ensaio de Goethe sobre a natureza, numa das populares conferências do prof. Carl Brühl, pouco antes de eu concluir o curso, fez com que eu decidisse me matricular em medicina.” (Freud, 2011a, p.78).

Seguindo este desejo curioso de saber, o jovem Freud foi, durante seus estudos e depois de se graduar, também pesquisador na Universidade de Viena. Dentre seus trabalhos como estudante, estavam seu primeiro esforço em uma pesquisa científica, com o professor Carl Claus, chefe do Instituto de Anatomia Comparada, de mapeamento da estrutura gonádica das enguias – Freud dissecou cerca de quatrocentas enguias e descobriu o órgão anteriormente descrito por Syrski (1874) em várias delas. Figurou também entre seus trabalhos universitários a primeira empreitada em que Freud foi apresentado a um microscópio, por Ernst Brücke, em uma pesquisa sobre a histologia das células nervosas. Junto aos assistentes de Brücke, Sigmund Exner e Ernst von Fleischl-Marxow, Freud se debruçou sobre o problema das células nervosas, desenvolvendo uma pergunta sobre a possibilidade do sistema nervoso dos animais superiores – os humanos – ser composto de elementos diferentes dos do sistema nervoso dos animais inferiores – como os moluscos – ou de ambos serem compostos das mesmas unidades celulares apenas organizadas em quantidade e formas diferentes. Foi fruto deste trabalho o primeiro artigo científico assinado por Freud: Brücke apresentou o estudo na Academia de Ciências de Viena na reunião de 4 de janeiro de 1877. (Jones, 1981, p.59)

Brücke era um excelente exemplo do cientista disciplinado de sua época, e, nas palavras de Freud, era para ele inspiração do que deveria tornar-se profissionalmente:

“influenciou-me mais do que qualquer outro em minha vida” (Freud, 2014, p. 176). Na verdade, para além da figura humana de Brücke, o ideal de cientista que o fisiologista encarnava para Freud talvez esteja mais bem descrito por Ernest Jones (1981) através do movimento do qual Brücke era um ilustre representante:

“O Instituto de Brücke na verdade era parte importante desse movimento científico de dimensões mais amplas, mais conhecido como Escola de Medicina de Helmholtz. A surpreendente história dessa escola científica começou no início da década de 1840 a 1850, com a amizade de Emil Du Bois-Reymond (1818-1896) e Ernst Brücke (1819-1892), aos quais logo se juntaram Hermano Helmholtz (1821-1894) e Carl Ludwig (1816-1895). Desde o início, esse grupo foi impulsionado por um verdadeiro espírito de cruzada. Em 1842, Du Bois escreveu: ‘Brücke e eu fizemos um juramento solene de levarmos a efeito essa verdade: ‘Além das forças físico-químicas comuns, não há outras forças ativas dentro do organismo. Nos casos que no momento não podem ser explicados por essas forças, tem-se de encontrar o meio ou a forma específica de sua ação por intermédio do método físico-matemático ou pressupor novas forças com dignidade igual às forças químico-físicas inerentes à matéria, redutíveis à força de atração e repulsão.’” (p.53-54)

Foi calcado nestes pressupostos defendidos veementemente pela escola de Helmholtz, em seu espírito de cruzada encarnado por Brücke, que Freud desenvolveu a estrutura de sua formação fisiológica quando estudante e sob a qual, mais tarde, tentou modelar suas primeiras descobertas no campo da Histeria (fato importante que retomaremos em detalhe no próximo capítulo) (Jones, 1981). Trabalhou com afinco durante seis anos neste laboratório sob orientação de Brücke e só decidiu, por fim, clinicar como médico, em função de circunstâncias materiais que ele assim descreve na *Autobiografia*:

“O momento decisivo ocorreu em 1882, quando meu venerado mestre corrigiu a generosa leviandade de meu pai, ao recomendar vivamente que, tendo em conta minha situação material, eu abandonasse a carreira teórica. Segui seu conselho; deixei o laboratório de fisiologia e entrei no Hospital Geral de Viena como aspirante.” (Freud, 2011a, p.80)

No Hospital Geral, Freud trabalhou em diversos departamentos - cirurgia, dermatologia e oftalmologia. Ali se decidiu por de fato se aproximar da formação clínica sem, no entanto, nunca ter abandonado seus interesses de cunho acadêmico. O empenho em tratar e explicar o fenômeno histérico, questão que se apresentava basicamente para

qualquer neurologista de sua época, surgiu diante do intercâmbio com seu colega de profissão e então amigo Josef Breuer, em 1892, quando seu trabalho clínico em consultório particular era então incipiente. Data deste ano o tratamento da paciente que posteriormente ficou conhecida pelo caso Anna O. Notavelmente, seu interesse e sua expertise sobre a clínica da Histeria se escalonaram após viajar para a França, onde trabalhou, também na condição de neuropatologista, com Charcot, um respeitável psiquiatra do Hospital Salpêtrière. Freud permaneceu em Paris de 1885 a 1886, com o auxílio de recursos financeiros advindos de um concorrido concurso para bolsistas acadêmicos de sua época. Segundo Jones (1981):

“Charcot encontrava-se então no zênite da fama. Antes ou depois dele, ninguém dominava de tal forma o mundo da neurologia, e ser seu aluno constituía um passaporte para a notoriedade. O Salpêtrière podia muito bem ser tido como a Meca dos neurologistas” (p.215).

De fato, o arrebatamento provocado pelo professor não ficou apenas reservado ao senso comum que envolvia a atmosfera em torno do Salpêtrière; a figura de Charcot representou, para Freud, notável força no seu já antigo ensejo acadêmico. Nas palavras do mesmo:

"Como professor, Charcot era perfeitamente fascinante: cada uma de suas aulas era uma pequena obra-prima de construção e composição, perfeita em estilo, e tão impressionante que as palavras ditas ecoavam nos ouvidos das pessoas e o assunto demonstrado permanecia perante os olhos das pessoas pelo resto do dia." (Freud, 1886, apud. Jones, 1981, p.216).

O ponto que aqui nos interessa, para além dos aspectos pessoais que se referem à notável admiração de Freud para com este novo mestre, é, precisamente, o ponto de convergência de Charcot com o antigo professor-referência de Freud, Brücke: a predileção pela empiria em detrimento da especulação teórica. Ambos, o fisiologista e o médico, queriam saber do fato *em si*, não de sua teoria. É de Jones (1981) um exemplo paradigmático de como Charcot interpelava o fenômeno histérico:

“Quando alguém o interrompeu com a asserção: ‘Isso não pode ser assim; contradiz a teoria de Young-Helmholtz’, Charcot respondeu sucintamente: ‘A teoria é muito boa, mas não evita que os fatos existam’” (p.216).

A clara predileção de Charcot pelo dado empírico foi, mais uma vez, uma lição muito proveitosa para Freud ao longo dos anos em que realizou suas descobertas na aurora

de seu interesse pela psicopatologia. O encontro com Charcot propiciou uma guinada na carreira de Freud, que, já munido de seus conhecimentos acerca da histologia do sistema nervoso e da neuropatologia, encontrou-se naquele momento com toda a potência que o enigma da neurose representava. Para Assoun (1983), é dessa confluência que a Psicanálise pôde emergir:

“Compreendamos bem onde se encontra Freud: em Paris, ele introduz, em sua prática científica envelhecida de uns dez anos, um fermento destruidor. O banho clínico tomado no Salpêtrière torna bruscamente abstrato o modelo neuropatológico: abstrato, mas não caduco. Eis Freud munido de um duplo referente. Sua antiga identidade subsiste, mas nela se esboça uma fenda intransponível” (p.133)

Resta ainda acrescentar que, conforme destaca seu biógrafo, Freud era um grande observador, não necessariamente um grande experimentador. Jones (1981) salienta como as tentativas experimentais de Freud no laboratório eram marcadas por um certo fracasso, enquanto, munido de um microscópio, Freud tinha notável aptidão para localizar o divergente ou o inédito quando diante de seu objeto na condição de observador. Trata-se de um traço, herdado tanto de Brücke quanto de Charcot, de imensurável respeito pelo fato em si, de predileção da empiria em detrimento da especulação teórica, do entendimento de seu lugar de *leitor* do fenômeno. Assim Jones (1981) descreve o que chamou de estilo de Freud trabalhar:

“Sua grande força, embora às vezes também sua fraqueza, era o extraordinário respeito que tinha pelo *fato singular*. Esta é certamente uma qualidade muito rara. No trabalho científico, as pessoas continuamente preterem uma observação isolada quando esta não parece ter qualquer conexão com outros dados ou com o conhecimento geral. Freud não fazia isso. O fato isolado o fascinava e ele não podia afastá-lo de sua mente até que tivesse encontrado alguma explicação para ele. Essa é a maneira como a mente de Freud trabalhava. Quando pegava um fato simples, mas importante, sentia, e sabia, que se tratava de um exemplo de algo geral ou universal, sendo-lhe inteiramente estranha a ideia de coletar estatísticas sobre a questão. Essa é uma das coisas pelas quais foi reprovado por outros estudiosos, mais prosaicos; todavia, essa é a maneira como funciona a mente de um gênio.” (p.106-107)

Esta construção parece fundamental para nosso objetivo neste tópico, a saber, localizar as bases epistêmicas de Freud no surgimento da Psicanálise. Ora, não é do respeito pelo fato singular que se faz o psicanalista? Não é ele um grande observador – ou leitor – no seu fazer clínico? Este traço específico de Freud, que parece ter se formado a partir de uma herança de seus mestres, um cientista e um médico, é o que de alguma forma orienta Freud do microscópio às conversões histéricas. É o que também defende Assoun (1983):

“Notemos que a mais elementar tecnologia do procedimento científico apresenta, com esta outra *techné* que é a clínica, o seguinte requisito comum: a consideração radical e imanente do *factum* em sua asseidade bruta, a ponto de, no fundo, Freud parece apenas ter transferido para o *sintoma*, material da objetividade de clínica, esse fanatismo obstinado do fato enquanto tal, experimentado nas figuras precedentes de sua prática, da anatomia à farmacologia. Num certo sentido, há todo um mundo entre a elementaridade da materialidade anatômica e a riqueza da objetividade clínica. Mas é exatamente por aí que se anuncia a *démarche* freudiana em sua paradoxal mescla de continuidade e de inédito. É da manutenção desse imperativo elementar, aprendido no campo de uma prática arcaica, no campo novo da clínica, que brotará seu gênio próprio. Trata-se de nos perguntarmos, com uma obstinação um tanto obtusa, ‘*como isso funciona*’, reconstituindo a gênese do fato, em sua formalidade pura, sem desistir antes de termos compreendido. Consequentemente, Freud manterá *mordicus*, no campo da clínica, onde operam o simbolismo e o fantasma, a atitude positiva que se impusera na *prática das formas e dos procedimentos* anátomo-fisiológicos. Paradoxalmente, é dessa base que suas análises retirarão sua força, como se Freud tivesse transferido para seu objeto novo, dotado do modo ambíguo de realidade, que é o sintoma, o tipo de *positividade* inerente a seu antigo objeto anatômico.” (p.127-128)

Não por coincidência, tanto Jones (1981) quanto Assoun (1983) remontam a fundação da Psicanálise não apenas em relação ao período das intercessões de Freud com Charcot ou Breuer – a aquisição dos princípios sobre os quais Freud fundou sua teoria parecem reportar, ainda, à sua prática científica laboratorial, mais precisamente, à "época em que, estudante de Medicina, sofreu a influência de Brücke" (Assoun, 1983, p.117). Se foi possível, portanto, que no seu encontro com o fenômeno histérico Freud pudesse ler o sintoma para além do substrato anatômico, atrelando-o ao sentido, e, ainda, uma vez atrelado ao sentido, que Freud não se enveredasse nele de forma desordenada e infinita,

foi em função desta certa transferência epistêmica que reporta à sua iniciação no campo do conhecimento científico. Nas palavras do próprio Freud:

"Se escapei a essa influência, não foi renunciando aos princípios de Brücke, mas aplicando-os empiricamente aos fenômenos psíquicos, sem levar em conta, para tanto, a anatomia" (Freud apud. Assoun, 1983, p.117).

Tratou-se de uma transposição, portanto, de uma racionalidade de um campo ao outro: se o objeto de Freud poderia ser interpretado, em alguma instância, como irracional, seu método nunca. Mesmo sem a *phýsis* considerada essencial pelos gregos para construção da história clínica, ao se desprender do substrato anatômico para *ler* o sintoma histórico, Freud o fez com a mesma disciplina e a mesma prática das formas e dos procedimentos nos quais havia sido instruído, no laboratório, para inteligibilidade de um fenômeno na histologia nervosa. A pergunta era a mesma: "como isso funciona?". Para Assoun (1983):

"Freud estudou o homem com a mesma objetividade, com a mesma devoção existencial ao objeto quanto a usada para estudar, no laboratório de Brücke, a medula do *amnocoetespretomyzon*: aqui, com a ajuda do olho aguçado pelo microscópio; lá, com a ajuda de seu ouvido aguçado por seu 'sentido' e seu 'gênio' infalíveis para as 'condições humanas'. Em lugar da comunicação recíproca, 'pessoal' na relação entre-nós, aparece a relação unilateral, isto é, não reversível do médico e do paciente; e a relação ainda mais impessoal do pesquisador com seu objeto teórico de pesquisa". (Assoun, 1983, p.23-24)

Podemos inferir daí que o que foi posto, então, como fundamento metodológico inaugural para a Psicanálise foi a recusa, por Freud, desde a página um, à fenomenologia hermenêutica, uma vez que esse método se mostrava comprometido com uma espécie de pensamento especular que, para o autor, não teria a aplicabilidade clínica necessária para o tratamento de seus pacientes neuróticos. Essa posição hierarquizada pesquisador-objeto foi, de alguma forma, transposta à sua clínica na forma de uma recusa ao tratamento pela via da empatia, pelo campo especular da identificação. Dada essa recusa, Freud foi, sem nenhuma surpresa, encontrar orientação para sua clínica na formação que recebeu em seus primórdios, na *Naturwissenschaft*, já que, na realidade, não havia, para ele, norma senão na *Naturwissenschaft* (Assoun, 1983, p. 50).

Ao nomear enfaticamente a Psicanálise como uma *Naturwissenschaft* (ciência da natureza), Freud estava, na verdade, respondendo às perguntas de um cenário epistêmico em plena revolução. O panorama que se presentificava era o da querela dos métodos

(*Methodenstreit*). Tratou-se, em suma, de uma disputa de marcação de fronteiras entre dois campos epistêmicos, o das *Naturwissenschaften* (ciências da natureza) e o das *Geisteswissenschaften* (ciências ditas do homem ou do espírito, ou, ainda, ciências morais). Duas palavras-chave se apresentam, então, para marcar a diferença da técnica entre os dois campos: o explicar (*erklären*) e o compreender (*verstehen*). (Assoun, 1983, p.45-46). O próprio nome que Freud deu a sua disciplina - *Psicanálise*, foi uma forma de localizá-la em um dos lados deste debate, uma vez que se tratou de um tributo ao trabalho dos químicos, à função de análise, decomposição e desagregação que ele imaginava estar como função para os psicanalistas tal qual estava para estes, que figuravam entre os ideais de sua época. É também por essa razão que Freud se serviu de metáforas energéticas e quantitativas inúmeras vezes, e em especial nos primórdios de seu trabalho, extraindo-as de sua leitura da termodinâmica e mecânica. Não se tratava de mera força de expressão. Para Assoun (1983):

“Quando Freud diz que a psicanálise encontra seu lugar na família das *Naturwissenschaft*, tal como a física e a química, na medida em que estuda a classe determinada de fenômenos psíquicos caracterizados como ‘inconscientes’, postula igualmente essa homogeneidade fenomenal”. (p.94)

Este tratamento dado ao objeto que trata do corpo e de seus fenômenos como todos os outros que podem ser encontrados na natureza, é o que outrora chamamos com Lacan (2010) do *corpo tomado como máquina*, como objeto disjunto de qualidades, diante do qual resta ao médico apenas o lugar de observador do fenômeno e descritor do trabalho de reconstruir de modo explicativo seu movimento:

“Ao interrogar-se, em 1936, sobre a concepção freudiana do homem à luz da antropologia, Binswanger situa seu eixo na ‘elaboração da ideia do *homo natura* numa teoria naturalista’. Em outras palavras, o homem seria apreendido em sua imanência pura, como ‘natureza’; e é isso que conduziria a psicanálise ao modelo das *Naturwissenschaften*: ‘O processo dialético de redução que Freud utiliza como instrumento metodológico para a construção teórica de sua ideia do homem é, até em seus últimos detalhes, o das ciências naturais’.” (Assoun, 1983, p.22)

O que daí advém é que, apesar de ter abandonado o laboratório *in loco*, é paulatino em sua obra que Freud jamais se esquivou do projeto de tornar os processos inconscientes que desvendava em objetos apreensíveis segundo a sequência física-fisiológica-

psicológica; com isso, buscava determinar a causa, reconstituir o processo e supor um encadeamento rigoroso das manifestações que mapeava como sintomáticas (Assoun, 1983, p. 75). Em sua psicopatologia – ponto caro para a questão desenvolvida nesta tese – a verificação deste método se faz clara. Trata-se, para Freud, de *explicar* o lapso, o sintoma ou o sonho através dos recursos metapsicológicos com a finalidade última de trilhar um caminho para encontrar o elemento determinante da neurose através da reconstituição de seu processo:

“Jamais a atenção sutil à idiosincrasia do lapso ou do sintoma neurótico se liberta da *démarche* tendendo a subsumir o particular sob seu *determinante*. Nunca o genial ‘senso clínico’ de Freud transgride seu imperativo explicativo exigindo que não se pare antes de ter detectado o *nexus* entre o acontecimento e o processo: é isto que sustenta o fato clínico num ‘objetivismo’ rigoroso, casando sentido e processo numa busca obstinada de uma espécie de *causalidade semiótica*.” (Assoun, 1983, p.50)

A impressão de sua marca pessoal em sua teoria é expressa e é dessa marca mesma que derivará o inédito da clínica freudiana, quer seja, na leitura-tratamento do sintoma. A partir das noções de determinação na causalidade, da neutralidade do objeto, e do caráter de lei de sua funcionalidade, o inédito de Freud é postular o inconsciente como um ciframento, cifra cuja falha retornaria na versão patológica do sintoma. É o que aponta Lacan, em 1973, no seu texto *Introdução à edição alemã de um primeiro volume dos Escritos*:

“A descoberta de Freud é de que o inconsciente trabalha sem pensar, nem calcular, nem tampouco julgar, e que, ainda assim, o fruto está aí: um saber que se trata apenas de decifrar, já que ele consiste num ciframento”. (Lacan, 2003, p.553)

E este é o caráter que, como demonstramos em nossa hipótese, Freud imprimiu claramente na escrita de suas histórias clínicas (*Krankengeschichten*). Seja calcado na noção de aparelho neuronal ou na noção de aparelho psíquico, os sintomas eram descritos por Freud em suas Construções de Casos Clínicos como uma forma de engendramento causal cujo trilhamento/ciframento inconsciente deveria ser remontado para explicar e tratar a neurose. Isso implica, necessariamente, que nenhuma de suas análises deveria comportar quaisquer aspectos moral ou identificatórios, e que o *sentido* ali não tinha função hermenêutica, mas energética: deveria ser lido dentro do enquadre da economia

psíquica. Como veremos mais adiante, este é o elemento central da leitura do sintoma freudiano. O inédito de seus excertos clínicos encontra-se em dar ao seu objeto patológico – que não podia ser localizado em nenhum substrato anatomopatológico, não podia ser auscultado, visto ou manipulado manualmente, que não podia ser circunscrito por nenhum instrumento laboratorial, e cuja manifestação era única em cada paciente -, o mesmo destino de um acontecimento fisiológico, por entender, em última instância, que ele também o era.

A condição então de Freud como médico que i) se formou no aparato da clínica moderna como experiência positiva do olhar, ii) era cientista-pesquisador capaz de questionar o método e não apenas adaptar seu objeto a ele, fato apreendido com seus mestres no respeito pela mostraçã do fato empírico, e, por fim, iii) em sua qualidade de naturalista que não se enveredava pelos labirintos do sentido de forma a perder de vista o engendramento causal, propiciou então que ele se pusesse diante do acontecimento psíquico de forma a renomeá-lo como patologia e inaugurar diante dele um novo método de tratamento. Tudo funcionou como se Freud tivesse sido capaz de encontrar o mesmo destino em um caminho de diferentes pegadas, com outro tipo de sinalização.

A subversão clínica promovida pelo método da Psicanálise constou ao descrever a *história da neurose* diante da impossibilidade de encontrar seu correspondente anatomopatológico: descrevendo *como* determinado paciente teria adoecido, *como* o sintoma adquiria, dentro de uma configuração psíquica, um sentido e *como* ele engendrava uma espécie de fixação no jogo de forças libidinais, Freud foi capaz de apresentar uma capilaridade do sintoma localizada não mais na anatomia, mas na veiculação significativa. Neste movimento de explicitar a maneira como o sintoma se atrelava intimamente às vivências de cada sujeito, Freud fez com que suas ‘histórias de pacientes’ (*Krankengeschichten*) se fizessem lidas como se fossem romances (*Novellen*) e ainda assim fossem, por assim dizer, marcadas pelo caráter de uma cientificidade (*Wissenschaftlichkeit*) ao promover a construção do caso clínico como método de investigação e tratamento.

As monografias freudianas explicitaram, portanto, a perspicácia de Freud em estabelecer “um modo de designação, um princípio de coerência, uma lei de evolução e um corpo de preceitos (p.65)”, como delimitou Foucault (2021), sem que para isso fosse preciso uma orientação pela *phýsis* do paciente. Não fortuitamente Freud foi acusado de

criar uma espécie de “conto de fadas científico” na Sociedade Psiquiátrica de Viena (Vieira, 2021): escrever casos clínicos como quem remonta a história do paciente e a história do sintoma, era muito científico para ser considerado a pura *Novellen* literária e muito literário para figurar no rol de respeitabilidade dos colegas médicos-cientistas. Seu método ocupava um entrelugar, um entre corpo-história, um entre doença-causo. Como anunciamos: uma solução sintomática. Que a partir deste ponto será melhor descrita.

1.3 ESCRITA DO CASO, FICÇÃO DO REAL DO SINTOMA

É Michel de Certeau (2016) quem localiza a escrita freudiana de suas ‘histórias de pacientes’ (*Krankengeschichten*) a partir da noção do movimento da ficcionalidade dos romances (*Novellen*), da guinada ao literário que Freud precisou imputar ao método clínico até então estritamente guiado pelo anatômico:

“o discurso freudiano é a ficção que retorna à seriedade científica, não só como objeto de análise, mas também como sua forma. A *maneira* do romance torna-se a escrita teórica” (Certeau, 2016, p.95)

A escrita inaugural de Freud sobre casos clínicos trata-se, para Certeau (2016), de uma espécie de *ficção do sintoma*: uma vez que qualquer narrativa que tenha pretensão de contar o que se passa ou o que se passou a um sujeito em um plano Real se apresenta como testemunha de uma realidade não material, inapreensível, ao escrever seus casos, Freud instituiu uma ficcionalidade do Real. Por que ficção do Real? Como vimos, parece ter sido justamente a localização da determinação do sintoma no Real da contingência que o encontro do significante ao corpo promove, que Freud parece fisgar para organizar em torno dela sua narrativa, o *Novellen* de cada caso. Como se trata, em última instância, de um choque impossível de ser capturado ou descrito porque não é localizável, localiza, não é marcável, é ele próprio o marcador, quando, por analogia ele é desenhado através da re-montagem da história do paciente, o que temos é uma espécie de *ficção*. O que Freud ensinou quando foi do caso do prontuário à escrita do caso clínico foi, portanto, que o Real do sintoma psíquico, que não podia ser determinado pelo marcador biológico, podia se prestar a uma espécie de ficcionalização na narrativa entre os dados científicos e a novela histórica de cada um. Como veremos nesta tese, o *Novellen* não é a única forma de *ficcionalizar* o Real. Lacan (2003a), por exemplo, também faz uso da noção de *ficção* em *O Aturdido*, justamente em uma de suas tentativas de versar sobre o caráter de *fixação* do sintoma, operando através de um jogo de palavras, como lhe era de costume, entre

ficção e fixação: *fixão*. Esta característica *fixão/ficção* do sintoma será detalhadamente trabalhada no Capítulo 2.

Importante aqui destacar que o uso que Certeau (2016) faz da palavra *ficção* não é aquele popularizado pelo senso comum. Ao contrário do que denomina o dicionário como ficção – 1. ato ou efeito de fingir; fingimento.; 2. elaboração, criação imaginária, fantasiosa ou fantástica; fantasia (Oxford Languages, 2022) – a *ficção* como o historiador apresenta trata-se de um correlato da ciência, de uma forma credencial erudita, distinta do pensamento ordinário, de explicação e remontagem do Real. A ficção nos termos de Certeau remonta

“ao discurso (metafísico e teológico) que decifra a ordem dos seres e as vontades de seu autor, uma lenta revolução instauradora de modernidade tomou o lugar das escritas capazes de instaurar coerências a partir das quais venha a produzir-se uma ordem, um progresso e uma história.” (Certeau, 2016, p.46-47)

Quando falamos que o que Freud fez quando instaurou, em suas *Krankengeschichten*, foi a Construção do Caso Clínico como método porque ali ele podia escrever uma *ficção do sintoma*, estamos localizando um método científico capaz de se fazer testemunha do acontecimento contingente corpo-linguagem que, por se tratar de obviamente um fato da ordem do Real, é impossível de ser capturado a não ser por algo que o “ficcionalize”. Na esteira deste entendimento, Certeau (2016) lembra a observação de Lacan (Le Séminaire VII, 1986), de que Freud foi um dos únicos autores modernos capazes de criar mitos, o que significa, no mínimo, *romances com função teórica*. O historiador destaca três aspectos particulares da narrativa freudiana que possibilitaram a constituição de sua escrita clínica como método privativo da Psicanálise. Como objetivo central deste tópico, destacaremos a seguir estes três enfoques e como eles acabaram por inaugurar um novo método no fazer clínico de Freud ao construir seus casos, radicalmente diferente de outras disciplinas. Primeiro ponto:

“Para Freud, a própria definição do ‘romance’ (*Novellen*) consiste em combinar no mesmo texto, por um lado, ‘os sintomas da doença’ (*Krankheitssymptome*), ou seja, uma semiologia baseada na identificação de estruturas patológicas e, por outro, ‘a história do sofrimento’ (*Leidensgeschichte*), ou seja, uma série de acontecimentos relacionais que surpreendem e alteram o modelo estrutural. Adotar o estilo do romance é, portanto, abandonar a ‘apresentação de casos’ tal como era praticada por Charcot em seus cursos da ‘terça-feira’ e que consistia

em ‘observações’, ou seja, em ‘quadros’ coerentes, compostos a partir da coleta de dados relativos ao modelo sincrônico de uma doença. Em Freud, a estrutura patológica torna-se o quadro em que se produzem acontecimentos que ela não integra, sem deixarem de ser menos decisivos do ponto de vista do ‘desenrolar’ da doença. Por esse fato, o ‘quadro’ de Charcot transforma-se em ‘romance’.” (Certeau, 2016, p.95-96)

O primeiro ponto que difere, portanto, a Construção do Caso Clínico em Psicanálise da descrição do prontuário ou da pura apresentação do quadro clínico como o é na clínica médica é um compromisso com um tempo que não é cronológico no desenvolver da doença, mas lógico, com o já referido caráter de *fixação*, e com um sentido que não é compartilhado, mas singular porque diz de uma apreensão individual da realidade. Não é, portanto, da noção Hipocrática que parte Freud ao narrar o acontecimento sintomático de seus pacientes, é da lógica inconsciente que obedece a noções próprias. Veremos no segundo capítulo desta tese de quais noções se tratam. Podemos adiantar, no entanto, a partir deste primeiro ponto elencado por Certeau (2016), que a história clínica em Psicanálise não é uma história que busca coerência integrativa por uma visada desenvolvimentista como o é na clínica médica, ela segue, pelo contrário, a lógica do elemento patológico como fora da cadeia, dissonante, e é a investigação acerca dele que aponta para um modo singular de funcionamento do sujeito inaugurado pelo adoecimento. Os casos em Psicanálise não têm a menor intenção de serem “‘quadros’ coerentes, compostos a partir da coleta de dados relativos ao modelo sincrônico de uma doença” (Certeau, 2016, p.95-96). Segundo ponto:

“O próprio Freud está implicado na relação com seu interlocutor. Enquanto parte mais rigorosa de sua obra, suas análises de casos relatam as surpresas que o ‘sofrimento’ dos pacientes traça em sua posição. A título de primeira aproximação, vamos admitir que a ‘posição’ de Freud é representada em seu texto pelo modelo que lhe serve de quadro teórico para selecionar e interpretar os dados fornecidos pelo (a) paciente. Trata-se de uma configuração patológica, o sistema de uma doença. O romance resulta da alteração que o sofrimento do outro introduz nesse quadro; no texto, tais diferenças marcam, ao mesmo tempo, déficits e acontecimentos da narração.

De fato, o distúrbio que o ‘sofrimento’ do outro insinua no sistema de sua ‘doença’ atinge algo que não é somente o saber do analista. Afetos e reminiscências de toda a espécie respondem aos clientes. Freud considera tais reações como ‘memoráveis’ (*denkwürdig*). Em seu discurso, elas marcam um

distanciamento entre seu lugar histórico (um inconsciente) e sua posição científica (um saber). O diálogo faz surgir no próprio analista uma ‘inquietante familiaridade’. A ‘confissão’ dessa alteração interna define, de forma bastante exata, o que separa o ‘romance’ psicanalítico do ‘quadro’ psiquiátrico. Ao retirar, assim, o cunho de seriedade ao modelo científico, a narrativa freudiana grava aí uma historicidade oculta do analista e uma mudança recíproca dos interlocutores; trata-se de uma escultura de acontecimentos – até então não conhecidos – no quadro estrutural de um saber.” (Certeau, 2016, p.96)

Podemos inferir, portanto, a partir deste segundo elemento elencado por Certeau (2016), que Freud, ao entender seu lugar de analista diante de um caso, tinha clareza de que era um lugar completamente divergente do de outros médicos em suas clínicas, uma vez que era figura diretamente implicada nas forças terapêuticas engendradas. Seu lugar na Construção do Caso afastava-se da clínica médica formada pelos moldes do olhar aqui já descrito através de Foucault (2021), como “um confronto simples, sem conceito, entre um olhar e um rosto, entre um golpe de vista e um corpo mudo”. O analista torna-se parte do caso quando passa a integrar a história do paciente, e eles são, em última instância, caso e analista, objetos indissociáveis. Ao operar a escrita do caso o analista também se inscreve, participa do sintoma e modifica seu engendramento escrevendo-o. Eis explícito outro marcador diferencial importante no que entendemos como um caso clínico em psicanálise. Terceiro ponto:

“Reciprocamente, a concepção de Freud a respeito de sua escrita ensina a ler outros documentos. Ela permite vislumbrar qualquer narrativa como uma relação entre uma estrutura e acontecimentos, ou seja, entre um sistema (explícito ou não) e o vestígio nesse sistema de algo diferente. Nesse caso, a obra literária é irredutível à “seriedade” de um modelo estrutural imposto por uma cientificidade; seria impossível, também, pulverizá-la nos acontecimentos de leitura (afetos ou reminiscências), multiplicados indefinidamente pela fantasia ou pela erudição. Ela irá aparecer, de preferência, como o engaste de alterações históricas em um quadro formal.

Aliás, em Freud, existe uma continuidade entre sua maneira de escutar um (a) paciente, sua maneira de interpretar um documento (literário ou não) e sua maneira de escrever. Entre as três operações, não há corte essencial. O ‘romance’, no sentido que acaba de ser definido com precisão, pode caracterizar, ao mesmo tempo, as afirmações de um (a) paciente, uma obra literária e o próprio discurso psicanalítico.” (Certeau, 2016, p.97)

Por reconhecermos, junto a Lacan, que a Construção do Caso Clínico tem impressa em si o caráter da *estrutura*, entendemos que em Freud há algo em cada caso que nos permite ler todos os casos, ao mesmo tempo em que ele só pode ser lido na radicalidade da sua individualidade, a partir de uma regra que lhe é própria. Este terceiro ponto de diferenciação da construção do caso clínico em Psicanálise explícita, portanto, que a escrita de casos nesta disciplina não se presta ao mesmo intuito da escrita clínica de casos em medicina que tem a função demonstrativa pela via da exemplificação, da amostragem. O método de Freud diferencia-se por apresentar, intrinsecamente, no sintoma, no caso e na própria Psicanálise como forma de tratamento, seu caráter de estrutura, a estrutura da linguagem. Se podemos *ler* em *um* sintoma ou em *uma* cena todo um caso, se podemos *ler* em *um* caso toda a Psicanálise como método e, ainda, se podemos *ler* um documento de forma a interpretá-lo analiticamente, é porque subjaz a essas leituras a noção do inconsciente estruturado como linguagem – fato único da Psicanálise. Trata-se de uma convenção não aos modos positivos experimentais que os casos ocupam em sua função estatística, mas de uma apreensão do particular ao particular que carregam em si todo o núcleo da linguagem que há em todos.

Elencados, portanto, estes três pontos constituintes da escrita freudiana junto à Certeau (2016), têm-se, assim, que a escrita que a Psicanálise inaugura ao constituir a Construção do Caso Clínico como método têm seu caráter particular em relação a todas as outras escritas clínicas de casos em função do objeto sob o qual se debruça: ela segue a regras específicas, às leis do inconsciente. Se a empreitada freudiana de *ficcionalizar* o sintoma de forma a toma-lo como ponto de partida para construir o caso clínico fez-se possível, foi, em primeira instância, porque o sintoma no inconsciente é composto por um “invólucro formal” simbolizável, interpretável, figura de linguagem. E se não se tratou apenas de um romance literário é porque esse sintoma carrega em si um caráter mecânico e econômico de um *micelium* não traduzível, seu núcleo Real. Logo, vamos agora, no segundo capítulo desta tese, explicitar quais “regras do inconsciente” são estas e a destrinchar os princípios do sintoma sob os quais Freud sustentou seu edifício teórico-clínico na construção de cada caso e da Psicanálise por fim.

CAPÍTULO 2 - O SINTOMA EM FREUD: DO QUE SE ESCUTA AO QUE SE LÊ

Neste capítulo, temos o propósito de mapear a noção de *sintoma* desenvolvida ao longo da obra de Freud, mais especificamente, mapear o *sintoma* no que tange à função de sua *leitura* para a formalização da escrita de casos clínicos como método em Psicanálise. Seguimos aqui a nossa hipótese inicial de que Freud, ao escutar o acontecimento patológico de seus pacientes sob a lógica da contingência, acabou por introduzir ao longo de seu trabalho teórico-clínico uma chave de *leitura do sintoma*, o que nesta tese também chamamos de localização do elemento invariante do sujeito, ponto chave para a construção do caso. Se aqui propomos que a questão parta destes termos, portanto, não é estritamente com fins de demonstração histórica da evolução na concepção do sintoma que o fazemos, mas a fim de localizar como uma certa direção no trabalho de Freud, que passou pela exaltação do sentido até a localização da repetição de um não-sentido, acabou por decantar em seus casos uma fórmula mínima sob a qual ele próprio passou a nomear seus casos ao escrevê-los. Este é o fio que tentaremos seguir ao longo do capítulo.

Isto posto, é preciso ainda dizer que a descoberta de um aparelho psíquico de aporte genuinamente psicanalítico possibilitou, para além de tornar possível toda sustentação do edifício epistemológico da Psicanálise, um norte para o que dita a escrita do caso clínico como técnica. Explicitamos anteriormente como algumas peculiaridades do sujeito do Inconsciente (seu tempo lógico – não cronológico, suas operações de linguagem, sua implicação transferencial, etc) modificam o que em Psicanálise optamos por chamar de *caso*, em contraposição ao que deve compor um *caso* em outras abordagens, como por exemplo, na clínica médica. Logo, se entendemos que a orientação da nossa escrita como técnica é dada principalmente pelo ordenamento do funcionamento do inconsciente, não pelo registro do prontuário, faz-se aqui também necessário explicitar suas diretrizes.

Por isso, aqui neste Capítulo 2, vamos tecer em paralelo o trabalho de exposição do desenvolvimento da formulação de abordagem do sintoma e a respectiva exposição do desenvolvimento da descoberta do aparelho psíquico freudiano, passando *esquemáticamente* por 3 momentos da obra de Freud: 2.1) O sintoma como formação de compromisso (1893-1899), 2.2) O sintoma como mensagem cifrada (1900-1920), e, por

fim, 2.3) O sintoma além do Princípio do Prazer (1920-1940). Ênfase ao *esquemáticamente*: estamos advertidos de que, tal qual no acontecimento inconsciente, as verdades estabelecidas em cada um destes momentos podem mostrar núcleos de resistência ao longo do tempo, podem ser sobrepostas, podem retornar em diferentes roupagens e podem, inclusive, se mostrar contraditórias. É uma divisão feita, portanto, com fins didáticos. Mas por que, afinal, o *sintoma*?

Já vimos que não é do mesmo *sintoma* localizado no prontuário e nas histórias médicas que falamos quando falamos de *sintoma* em Psicanálise. Já também apontamos para a centralidade que o sintoma toma na clínica médica orientada pelo *olhar*. Em *Psicanálise e Psiquiatria*, Freud (2014f) vai no cerne da questão ao discorrer, explicitamente, sobre o que está sendo investigado na etiologia do sofrimento quando as duas disciplinas que dão nome ao texto se debruçam sobre determinada patologia. De onde o sintoma vem? Qual a causa? Por que tomou determinada forma e não outra? Por que um elemento, aparentemente banal, toma centralidade no curso de seu desenvolvimento? A esse respeito, Freud (2014f) vai dizer que o que podemos esperar recolher dessas perguntas quando as endereçamos à Psiquiatria incide sobre circunstâncias do histórico familiar daquele paciente que justificariam uma predisposição a perturbações psíquicas daquele tipo (p.273). O objeto do interesse psiquiátrico no sintoma está caracterizado mediante uma qualidade fundamental demonstrada no fenômeno e rastreada no histórico familiar do tipo genético. Os pontos trazidos pelo paciente que configurariam as circunstâncias particulares em que o fenômeno se apresentou ou pôde se manter, no entanto, são tomadas como casualidades desprovidas de interesse patológico, e que, assim sendo, não justificam participação significativa no tratamento. Para Freud, a Psiquiatria se contenta com esse diagnóstico e, a despeito da experiência, com um prognóstico incerto do curso posterior da enfermidade (p.273-274). Ele continua: “Mas isso é tudo que queremos saber? É tudo que contribui para esse caso patológico?” (p.273). Está claro em sua retórica, e é aí que ele marca a distinção entre as duas disciplinas, que não. Para o autor (2014f), a Psicanálise pode dar um passo adiante no que a Psiquiatria recobre, ao se interessar por um outro ponto do sintoma que fundamenta sua constituição patogênica, a saber, o *sentido* do sintoma. Não que a descoberta psicanalítica invalide a construção psiquiátrica, pelo contrário:

“A psicanálise está para a psiquiatria assim como a histologia para a anatomia; uma estuda a forma exterior dos órgãos, ao passo que a outra se dedica ao estudo

de sua constituição a partir dos tecidos e células. Não se pode conceber uma contradição entre estudos que dão continuidade um ao outro” (Freud, 2014f, p.277-278).

Se estão em continuidade, portanto, é justamente porque a psiquiatria não se debruça sobre a forma de manifestação particular do conteúdo do sintoma, mas que justamente nisso intervém o psicanalista, cuja investigação se concentra na maneira em que o sintoma guarda relação com as vivências do paciente, como já dissemos, e sobre qual *sentido* versa sua apresentação.

Uma vez que estamos apontando a centralidade do *sentido do sintoma* no que trata a Psicanálise, é preciso dizer que Freud localizava o sentido em duas direções: 1) um sentido retrógrado (\leftarrow), que funciona como uma justificativa ou espécie de significação em relação à qual aquela patologia se desenvolveu, e 2) um sentido progressivo (\rightarrow) que marcaria uma espécie de direção, um propósito pertinente revelado na ação sintomática. Ao postular que “os sintomas neuróticos 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, 2014e, p.280), ele simultaneamente diz, deste modo, de um tempo passado (\leftarrow) que *fixou* um fragmento da vida daquela pessoa, e de um tempo futuro, tempo para o qual a ação se endereça com uma intenção (\rightarrow). E diz também do que de um sujeito pode ser seu traço mais singular, já que obedece às regras deste tempo-espço (passado – futuro) privado, não compartilhável.

Este é um ponto caro para a discussão aqui apresentada, pois, ao dizer que a contribuição que a psicanálise pode demonstrar na Construção do Caso Clínico está relacionada ao resgate singular do sujeito no curso de um adoecimento, nos perguntamos, portanto: O que fez com que este adoecimento se apresentasse e como ele se apresentou (\leftarrow)? O que o sintoma soluciona, organiza na vida do paciente, como um tipo de ordenamento uma vez manifesto (\rightarrow)? É justamente em tal ponto que nossa clínica nos convida a sair do essencialismo do diagnóstico fenomenológico ou estrutural e mergulhar no caminho traçado por um paciente em particular – e é por isso que aqui neste capítulo elegemos este conceito, o *sintoma*, para mapear. Construir um caso em psicanálise é justamente levantar sobre o sintoma a suspeita de que ele mantém vínculos com o que há de mais íntimo e singular de um sujeito. Que ele dá pistas sobre a história do caso uma vez que carrega em si um passado presentificado e que ele é, ao mesmo tempo,

espontaneamente uma espécie de solução, de estabilização que às vezes buscamos em vão encontrar em artifícios clínicos.

A constatação a que Freud (2014e) chega quando se depara com a questão dos sintomas típicos, no entanto, não é diferente daquela que chegamos a nos perguntar sobre o paradoxo das classes diagnósticas que chegamos junto a Milner (2006): “podemos esclarecer de forma satisfatória o sentido de cada sintoma neurótico individual, mas nossa arte nos abandona quando se trata dos sintomas típicos, bem mais frequentes” (p.295). Para Freud, é possível que coexista um sentido específico para cada arranjo sintomático que dependa claramente das vivências dos doentes, tais como sintomas típicos que remontem patologias típicas em si mesmas e comuns a todos (p.295-296). É o mesmo que se passa ao se deparar com os estudos dos sonhos: “altamente diversos em sua individualidade” (p.296), “contudo, há sonhos que às vezes chamamos igualmente ‘típicos’” (p.296). Sobre o pano de fundo homogêneo do sintoma típico, porém, cada doente isolado exhibe condições individuais — humores, ele diz — que se contradizem a cada caso (p.294). Nossa função retorna, portanto, e mais uma vez, ao singular.

Continuando em suas pesquisas decorrentes das duas análises apresentadas como modelos no seu texto *Psicanálise e Psiquiatria*, Freud, em *A fixação no trauma, o inconsciente* (2014a) agora se pergunta *como o sentido embutido no sintoma toma a forma de uma caracterização patogênica*, quais circunstâncias permitiriam que uma determinada situação, interpretação, nomeação ou acontecimento aparentemente banal, pudesse adquirir a forma patológica reconhecida no sintoma. Ele assim indaga: “Como, de que maneira, e por força de quais motivos uma pessoa assume postura tão singular e tão desvantajosa diante da vida?” (Freud, 2014a, p.298). Acerca disto, ele vai dizer que quando versamos sobre uma representação que tem caráter sintomático, a saber, uma representação que se repete e se impõe com uma força diante da qual o sujeito não teria jurisprudência, tal força se trata da força de uma *fixação traumática*. Tal descoberta proporciona a condição posta na etiologia do adoecimento psíquico a partir de uma tese econômica: a forma patológica do sintoma advém de uma *fixação* estabelecida por uma sobrecarga no aparelho psíquico, uma *excitação traumática*. Nas palavras do autor: “a neurose equivaleria a um adoecimento traumático e nasceria da incapacidade de dar conta de uma vivência carregada de um afeto muito intenso” (p.299).

É, portanto, o *trauma* a porta de entrada de Freud em sua *leitura* do sintoma. Vale ressaltar que, como ele mesmo demonstra, não há nada de pungente em uma cena que a

configuraria como traumática por si só, como é sabido, o trauma lido a partir da contingência, é um acontecimento que poderia ter ou não ocorrido, poderia ter adquirido a marca da banalidade como adquire em outros, mas, em um caso específico, pode, nos termos de Freud (2014a), *fixar* o sujeito com uma carga psíquica desproporcional, passando assim a reger alguns de seus movimentos como regra no sintoma.

A posição, explicitamente defendida neste texto de 1917, *A fixação no trauma, o inconsciente* (2014a), na verdade já podia ser inferida no que se vê desde os primórdios da Psicanálise, já estava, por exemplo, no caso Emma – a primeira tentativa de Freud de literalmente desenhar o mecanismo do sintoma. O *Projeto para uma Psicologia Científica*, texto de 1895 onde este caso aparece (Freud, 1996g), teve como desfecho a disposição de trabalho inacabado, foi uma tentativa de tornar os recém-descobertos processos psicológicos da concepção traumática do sintoma explicáveis em termos químico-físicos, uma vez que Freud de fato acreditava se tratar de fenômenos literais e materiais, se recusando a colocá-los em termos psicológicos. Ali a hipótese do investimento⁴ e a discussão de uma energética das representações psíquicas é detalhadamente trabalhada a partir de um esquema de neurônios, obviamente diferenciados em termos neurológicos. O *Projeto*, primeiro ponto do nosso trabalho neste capítulo, foi, não obstante, abandonado, e os conceitos de defesa, energia e neurônios diferenciais adquiriram um sentido inteiramente não-físico em todos os escritos posteriores de Freud. O mecanismo torna-se explícito em termos linguísticos no sétimo capítulo teórico de *A Interpretação dos Sonhos* (1900), segundo ponto-referência na construção do Inconsciente freudiano que vamos aqui trabalhar, e retorna com toda vivacidade quantitativa para explicitar a compulsão à repetição do sintoma em *Além do Princípio do Prazer* (1920), nossa terceira referência principal. Trata-se, por conseguinte, de uma tese econômica posta na gênese do sintoma que Freud percorreu durante toda a construção de sua obra. Este é, em suma, o ponto pilar que vamos percorrer neste capítulo para localizar o que chamamos de elemento invariante do sujeito a ser *lido* no sintoma: a disposição de uma *mecânica do sentido* formulada de diversas formas ao longo da obra de Freud como propulsora de uma fixação, localização ou estabilização do sujeito.

⁴ Adotamos ao longo do trabalho de investigação diferentes edições da obra de Freud, com consequentes diferentes abordagens de tradução. Arbitrariamente elegemos algumas terminologias para padronizar os conceitos nesta tese. Aqui, por exemplo, privilegiamos a adoção do termo *investimento* em detrimento do termo *catexia*. Esta mesma substituição seguirá em todo o corpo desta tese, inclusive nas citações diretas.

Chamamos aqui a atenção para este ponto, pois a descoberta da transformação da cadeia de sentido em excitação mecânica e vice-versa, traduzida por Freud ao longo de sua obra em diversos termos como “carga de afeto”, “soma de excitação”, “quantidade deslocável de intensidade psíquica” ou “energia pulsional”, é a pedra angular sob a qual desenvolvemos nossa tese de que na etiologia do sintoma há uma mecânica de formação do sentido que pode ser *lida*. É por isso que o sofrimento, algo que se escuta, foi ao longo deste percurso traduzido por Freud em algo que se lê: trata-se de uma noção quantitativa, da substituição de uma semântica (sentido) pela sintaxe (estrutura). Veremos ao longo do capítulo como ele o fez.

Além disso, como também já colocamos, há algo de particular na relação da figura de Freud como autor com os contornos que sua disciplina tomou. Se o aspecto da etiologia dos sintomas nas neuroses era tão caro em sua clínica, por exemplo, isso se deu, em última instância, porque, para ele, como um autor empirista que era, se debruçar sobre um fenômeno seria, antes de tudo, se prestar à descrição analítica dos elementos presentes em suas condições originárias. Dito de outra forma, para Freud, ao se tratar uma neurose, seria necessário, em primeiro lugar, explicar o fenômeno pela via que o origina e engendra seu funcionamento. No tocante à histeria, já no final do século XIX, ele e seu companheiro de clínica, Breuer, ultrapassaram o pensamento médico da época outorgando a esta neurose o estatuto de uma doença psíquica com uma etiologia específica – esta da *fixação traumática*, indo em contraposição à concepção em vigência da causa neurológica em sua origem. Começemos, portanto, a percorrer a saga do sintoma por aí, neste momento que já adiantamos como inaugural: o momento de investigação do sintoma histórico.

2.1 O SINTOMA COMO FORMAÇÃO DE COMPROMISSO (1893-1899)

Na ocasião em que Freud retornou a Viena, em 1886, e ali se localizou para estabelecer sua prática clínica com as doenças nervosas, Josef Breuer (1842-1925) já gozava de alta reputação tanto no meio médico, como clínico consolidado, quanto no meio científico, com relevantes contribuições acadêmicas. Freud, recém-chegado de Paris onde seus estudos sob a orientação de Charcot tinham-se concentrado, em grande parte, no problema da Histeria, associou-se à Breuer tendo a partir da referência desta doença “neurológica” uma grande proporção de sua clientela. Inicialmente, como todo médico daquela época, seus métodos de tratamento foram os correntemente recomendados, como

a hidroterapia, a eletroterapia, massagens e a cura pelo repouso, de Weir Mitchell (Strachey, 1996). Não demorou muito tempo para que Freud, também como todo médico daquela época, precisasse manejar o fato de que aqueles métodos se revelavam insatisfatórios, de resolubilidade volátil e precária. Freud e Breuer, naquele momento colegas de trabalho, voltaram seus esforços então para outra técnica no tratamento da histeria, a saber, a da hipnose em associação com sugestões deliberadas. Nos anos seguintes, desenvolveram juntos teorias sobre seus achados clínicos e implicaram esforços para publicação destas junto à comunidade científica. Em 18 de dezembro de 1892, Freud escreveu a Fliess sobre suas empreitadas com Breuer (Carta 11):

“Aprez-me poder dizer-lhe que nossa teoria sobre a histeria (reminiscência, ab-reação, etc.) vai aparecer no *Neurologisches Centralblatt* no dia 1º de janeiro de 1893, sob a forma de uma comunicação preliminar pormenorizada. Custou-me longa batalha com meu colaborador.” (Strachey, 1996)

Em tal publicação, nomeada de *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar*, Freud & Breuer (1996) começaram a abordar a questão da Histeria passando pelo fato de que a anamnese médica, instrumento clássico de mapeamento sintomático, se mostrava muitas vezes insuficiente para estabelecer uma relação causal entre evento desencadeador e fenômeno patológico naquele adoecimento, por mais minucioso que fosse o trabalho. A explicação, que poderia a princípio parecer simplória, na verdade carregava em si o cerne do que revelaria mais tarde a Psicanálise: a anamnese era às vezes inócua pois os pacientes eram incapazes de recordar o motivo de seu adoecimento. O acontecimento causal da doença adquiria o caráter de um registro mnêmico *diferente* e por isso não podia ser facilmente acessado pelo interrogatório médico – era como se estivesse alocado em outra instância, inacessível. O paciente sofria e não sabia o porquê de seu sofrimento. Apesar de ainda não esclarecidos do que só mais tarde a psicanálise traria à tona, já se apontava o motivo pelo qual o conteúdo patológico não se mostrava disponível à consciência de forma livre e regular: ele tinha o caráter de um conteúdo *traumático*, eram eventos carregados de “afetos aflitivos — tais como os de susto, angústia, vergonha ou dor física” (Freud & Breuer, 1996, p.41), que não se integravam ao conteúdo associativo consciente, eram *inconscientes*. Ali os autores expuseram de forma primária uma tese da divisão da consciência, que já era sumariamente conhecida como elemento marcante nos casos clássicos de Histeria sob a forma de “*double conscience*” (p.47).

Munidos, portanto, já de uma diferenciação do estado de consciência presente na condição histérica, os autores demonstraram neste trabalho de *Comunicação Preliminar* a tese de que na origem da histeria figurava, como já bem dito, uma experiência que, em um determinado momento, em função de uma sobrecarga de energia no aparelho psíquico, adquiria um caráter patológico. O trauma seria o resultado de uma experiência diante da qual o aparelho psíquico não conseguia responder com naturalidade, ou seja, não conseguia dar vazão aos estímulos em forma de excitação motora, e seus representantes, por consequência, seriam então desalojados da consciência. Segue-se daí que este *quantum* de energia não trabalhada, não escoada, e desalojada do conteúdo integrado da consciência agiria como causa nos sintomas da doença através de representantes que tenderiam a se impor e a se repetir devido a esse excesso de energia psíquica não deslocada, mas *fixada*. Eis a teoria inicial exposta por Freud & Breuer (1996) na patogênese da histeria: um trauma, um registro mnêmico superinvestido catexicamente, que não adquire ali mera função de *agent provocateur* na liberação do sintoma, como defendia Charcot, mas constitui-se ele mesmo como um elemento ativo da doença, agente etiológico (Freud, 1996j). Este mecanismo é assim apresentado pelos autores:

“Verificaremos que as experiências psíquicas que formam o conteúdo dos ataques histéricos têm uma característica que lhes é comum. Todas são *impressões que não conseguiram encontrar uma descarga adequada*, seja porque o paciente se recusa a enfrentá-las, por temor de conflitos mentais angustiantes, seja porque (tal como ocorre no caso de impressões sexuais) o paciente se sente proibido de agir, por timidez ou condição social, ou, finalmente, porque recebeu essas impressões num estado em que seu sistema nervoso estava impossibilitado de executar a tarefa de eliminá-las.” (Freud & Breuer, 1996, p.196, grifo nosso)

Com contorno ainda mais enfático, acrescentam:

“Transforma-se em trauma psíquico toda impressão que o sistema nervoso tem dificuldade em abolir por meio do pensamento associativo ou da reação motora.” (p.196)

Dessa forma, os dois autores retiram o quadro histérico em definitivo do problema da degenerescência orgânica e da lesão neurológica e passam a considerar os sintomas histéricos uma espécie de símbolos (manifestações) aparentes de um conflito psíquico inaparente (o trauma e seu conseqüente represamento de investimento). A demonstração

da efetividade do *método catártico* descrito na publicação seguinte dos autores, *Estudos sobre a Histeria* (Freud & Breuer, 2016), estaria calcada, então, no efeito terapêutico proporcionado pelo re-engendramento da tensão oriunda deste conflito psíquico, uma vez que põe termo à força atuante da representação que não tivera escoamento de investimento no primeiro momento e permite uma re-associação do conteúdo obscurecido. Esta teoria, nomeada ali na *Comunicação Preliminar* por Freud & Breuer (1996) como da ab-reação, foi descrita pelos autores nos seguintes termos:

“Ao permitir que seu afeto estrangulado encontre uma saída através da fala; se submete essa representação à correção associativa, ao introduzi-la na consciência normal (sob hipnose leve) ou eliminá-la por sugestão do médico, como se faz no sonambulismo acompanhado de amnésia.” (p.52)

Não obstante a tamanha relevância destes primeiros achados sobre a dinâmica do trauma e o processo de formação dos sintomas, fato é que até a publicação dos *Estudos sobre a Histeria*, em 1895, muitas divergências no pensamento dos dois autores tomaram evidência. Estes anos de hiato entre a *Comunicação* (1893) e os *Estudos* (1895) representaram um momento em que Freud já se descolava de seu parceiro e produzia também de forma autônoma, uma vez que estava profundamente engajado na investigação do problema das neuroses e o que elas diziam sobre o funcionamento do psiquismo humano. Para além da teoria da patogênese da neurose histérica desenvolvida em parceria com Breuer, em dois artigos escritos individualmente neste intervalo, *As Neuropsicoses de Defesa*, de 1894, e o *Rascunho K: As Neuroses de Defesa*, dirigido à Fliess em 1895, Freud explora a sintomatologia de outros fenômenos tomados por ele como neuróticos e destrincha seus respectivos mecanismos psíquicos constituintes.

É digno de nota para esta tese o fato de que Freud neste período vai se debruçar de forma minuciosa sobre a premissa quantitativa do aparelho psíquico e perseguir uma tese energética de regulação deste na gênese do sintoma. Em continuidade com o que havia postulado junto à Breuer na *Comunicação Preliminar* sobre a teoria da ab-reação, em *As Neuropsicoses de Defesa*, Freud (1996b) vai se debruçar novamente sobre a tese quantitativa na patogênese das neuroses. Se, como já havia postulado, o que estava em jogo no conflito psíquico era uma espécie de desequilíbrio no jogo de forças do investimento mental, e o sintoma nada mais era que uma tentativa de reparação ou solução deste, era preciso se perguntar: como este *quantum* anormal de energia adquire caráter patológico? O que torna uma representação superinvestida afetivamente? Quais as formas

ela pode tomar para devolver a homeostase ao aparelho? Ele começa a responder estas questões pelo mecanismo saudável.

Segundo Freud (1996b), no curso normal de encadeamento das representações, alguma delas que tenha sido, por alguma razão, superinvestida no campo do afeto, tem a possibilidade de entrar em uma cadeia associativa de outros materiais mnêmicos que proporcionariam a descarga do excesso afetivo. Tal dissipação da sobrecarga, fosse por via da associação ou por via de alguma reação motora, não traria prejuízos ou maiores exigências ao aparelho psíquico, que se reequilibraria a partir destes movimentos. O processo de formação patológico na histeria, no entanto, atuaria pela via de uma outra possibilidade: onde a representação – o registro mnêmico da experiência – é isolado, tornando-se dissociado da consciência. Se o registro é dissociado, o afeto ligado a ele, por sua vez, permanece em um estado suprimido, estrangulado, e provoca no aparelho a necessidade de uma reparação em prol de sua homeostase. A consequência direta é a manifestação de tal representação em um sintoma histérico, quer seja, em um *símbolo* da lembrança suprimida, como já adiantamos, já que o afeto do qual ela é carregada não pode ser simplesmente eliminado da conta do psiquismo. É justamente o caráter de exclusão da cadeia associativa que o registro mnêmico desfavorável ao Eu⁵ adquire que torna este registro parasitário e patológico, um corpo estranho, já que ele representa um ponto do qual não há escoamento de investimento. Um cálculo de desvinculação afeto-representante é feito pelo aparelho psíquico, que reorganiza a demanda de escoamento de uma carga de investimento impossível de se eliminar em uma nova representação, aparentemente mais inofensiva que a original – o sintoma. Nas palavras de Freud:

“A tarefa que o Eu se impõe, em sua atitude defensiva, de tratar a representação incompatível como ‘*non-arrivé*’, simplesmente não pode ser realizada por ele. Tanto o traço mnêmico como o afeto ligado à representação lá estão de uma vez por todas e não podem ser erradicados. Mas uma realização aproximada da tarefa se dá quando o Eu *transforma essa representação poderosa numa representação fraca*, retirando-lhe o afeto — a soma de excitação — do qual está carregada. A representação fraca não tem então praticamente nenhuma exigência a fazer ao trabalho da associação. *Mas a soma de excitação desvinculada dela tem que ser utilizada de alguma outra forma.*”

⁵ Adotamos ao longo do trabalho de investigação diferentes edições da obra de Freud, com consequentes diferentes abordagens de tradução. Arbitrariamente elegemos algumas terminologias para padronizar os conceitos nesta tese. Aqui, por exemplo, privilegiamos a adoção do termo *Eu* em detrimento do termo *Ego*. Esta mesma substituição seguirá em todo o corpo desta tese, inclusive nas citações diretas.

Até esse ponto, os processos observados na histeria, nas fobias e nas obsessões são os mesmos; daí por diante, seus caminhos divergem. Na histeria, a representação incompatível é tornada inócua pela *transformação de sua soma de excitação em alguma coisa somática*. Para isso eu gostaria de propor o nome de *conversão*.” (Freud, 1996b, p.56, grifo nosso)

No caso da histeria, portanto, as representações rechaçadas pelo Eu tomam a aparência da conversão, operando somaticamente no corpo “ao longo da linha de inervação motora ou sensorial relacionada — intimamente ou mais frouxamente — com a experiência traumática” (Freud, 1996b, p.56). No caso da Neurose Obsessiva e da Fobia, “toda a alteração permaneceu na esfera psíquica, e a relação entre a excitação psíquica e a inervação somática não sofreu qualquer mudança” (Freud, 1996b, p.61), assumindo o sintoma a função de substituto ou sucedâneo da representação sexual incompatível no campo do pensamento. Ali, em 1894, Freud começa a desenhar uma nosologia essencialmente psicanalítica para sintomas que até então tinham alcunha neurológica. Uma vez que a eles era ofertada uma escuta, quando cada vez mais eram investigados de perto, estes cediam do protagonismo anátomo-fisiológico para colocar em evidência a dimensão da estabilização da homeostase psíquica no arranjo de sua formação.

No ano seguinte, 1895, no *Rascunho K* (1996h), pela primeira vez, Freud expõe o que poderia ser denominado como uma espécie de fórmula-padrão do desenvolvimento de uma neurose e explora os elementos formadores de cada uma das modalidades de suas patologias de investigação: Histeria, Neurose Obsessiva e Paranoia. Para o autor, suas pesquisas com os pacientes nervosos levaram-no à conclusão de que as ideias de cunho traumático descritas na *Comunicação Preliminar* passariam por um processo denominado *Recalque*⁶: uma clivagem da consciência promovida pelo excesso de investimento psíquico no Eu, onde as representações penosas seriam desalojadas para uma instância cujo registro mnêmico não alcançaria o pensamento associativo. Sendo a falha nesta defesa a fórmula-padrão para a caracterização do processo patológico neurótico, as diferenças entre as aparições das suas modalidades estão demonstradas pela forma como poderiam retornar as ideias recalçadas; pela maneira como os sintomas se formam na particularidade de cada paciente e no rumo tomado pela doença. A exceção a esta regra

⁶ Adotamos ao longo do trabalho de investigação diferentes edições da obra de Freud, com consequentes diferentes abordagens de tradução. Arbitrariamente elegemos algumas terminologias para padronizar os conceitos nesta tese. Aqui, por exemplo, privilegiamos a adoção do termo *Recalque* em detrimento do termo *Repressão*. Esta mesma substituição seguirá em todo o corpo desta tese, inclusive nas citações diretas.

seria a Paranoia, cuja particularidade reside no modo como se realiza o recalque ele mesmo. Freud (1996h) assim descreve o mecanismo patológico neurótico:

“O rumo tomado pela doença nas neuroses de recalçamento é, em geral, sempre o mesmo: (1) a experiência sexual (ou a série de experiências), que é traumática e prematura e deve ser recalçada. (2) Seu recalçamento em alguma ocasião posterior, que desperta a lembrança correspondente; ao mesmo tempo, a formação de um sintoma primário. (3) Um estágio de defesa bem-sucedida, que é equivalente à saúde, exceto quanto à existência do sintoma primário. (4) O estágio em que as ideias recalçadas retornam e em que, durante a luta entre elas e o Eu, formam-se novos sintomas, que são os da doença propriamente dita: isto é, uma fase de ajustamento, de ser subjugado, ou de recuperação com uma malformação.” (Freud, 1996h, p.269)

No ano de 1896, a noção do sintoma como 1) retorno de um conflito psíquico *recalcado* e 2) solução de compromisso entre as instâncias psíquicas que começavam a se desenhar, o Eu e Isso⁷, toma corpo nas palavras do próprio Freud no texto *Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa* (1996f). A partir dali os sintomas neuróticos passam a ser lidos explicitamente como *soluções de um conflito* assumidas na forma de um *compromisso*:

“o que se torna consciente como representações e afetos patológicos, substituindo as lembranças patogênicas no que concerne à vida consciente, são estruturas da ordem de uma *formação de compromisso* entre as representações recalçadas e as recalçadoras”. (p.170, grifo nosso)

O trabalho desenvolvido a partir desta ideia central é o de diferenciação entre as modalidades que este conflito poderia assumir e configurar-se como patologia, podendo ser um *conflito* (no caso da Histeria), um mecanismo de *autocensura* (Neurose Obsessiva), uma defesa de *mortificação* (Paranoia), ou um *luto* (Amênia Alucinatória Aguda) (Freud, 1996h, p.267).

Importante destacar: em todas essas formações de compromisso engendradas pelo aparelho psíquico, subjaz a ideia de que elas ocorrem dentro das oscilações de potencial quantitativo, sempre permanecendo o pressuposto de que a função de defesa vem em resposta ao “Princípio da Constância” (p.268), função básica do psiquismo de controle da

⁷ Adotamos ao longo do trabalho de investigação diferentes edições da obra de Freud, com consequentes diferentes abordagens de tradução. Arbitrariamente elegemos algumas terminologias para padronizar os conceitos nesta tese. Aqui, por exemplo, privilegamos a adoção do termo *Isso* em detrimento do termo *Id*. Esta mesma substituição seguirá em todo o corpo desta tese, inclusive nas citações diretas.

quantidade de tensão presente no aparelho. A ideia de solução que comporta a *formação de compromisso do sintoma* discorre justamente sobre um alívio mecânico da supra-excitação no aparelho psíquico sem que, para isso, os ensejos morais ou ideias do paciente tenham que se modificar. É uma tese essencialmente homeostática. Como se uma rota alternativa de evacuação do investimento fosse traçada para que o funcionamento global do aparelho não necessite de alteração.

Decanta-se, então, uma primeira conclusão importante da construção do sintoma freudiano: representações patológicas são, portanto, aquelas excluídas da comunicação associativa, com capacidade de associação restrita do resto do conteúdo da consciência e superinvestidas de energia psíquica. O sintoma, símbolo da solução deste conflito, atua como dispositivo de reequilíbrio da homeostase dentro do aparelho, uma formação de compromisso entre forças díspares sendo que uma delas exige escoamento. Nestes anos embrionários da Psicanálise está, portanto, formulada a hipótese freudiana de que os sintomas seriam formações de compromisso entre o Eu e o Isso, símbolos do recalque ou, em outras palavras, soluções para manutenção da economia psíquica. Tal ideia de sintoma está em consonância com o que ali Freud entendia por “aparelho psíquico” sem ainda ter explicitado uma formalização lógica para o Inconsciente. Ele é explícito ao colocar como gostaria que sua hipótese de formação dos sintomas fosse lida: “pode ser aplicada no mesmo sentido que os físicos aplicam a hipótese de um fluxo de energia elétrica” (Freud, 1996b, p.66).

Como já apontamos, o *Projeto para uma Psicologia Científica*, do mesmo ano de 1895, talvez seja o exemplar mais claro dessa concepção em termos teóricos. Freud tem um objetivo muito claro ao se debruçar ali sobre a tarefa de formular uma espécie de psicologia para neurologistas que pudesse “representar os processos psíquicos como estados quantitativamente determinados de partículas materiais especificáveis, tornando assim esses processos claros e livres de contradição” (Freud, 1996g, p.347).

É sabido de forma ampla que este *Projeto para uma Psicologia Científica* foi pelo próprio autor um texto considerado, para dizer o mínimo, controverso. Maior que o esforço empenhado por Freud para não permitir que ele fosse publicado, foi só o esforço que ele mesmo dedicou à sua escrita, confessado em diversas cartas endereçadas à Fliess. Em uma delas, mais especificamente na carta 24, Freud desabafa sobre o trabalho que o afligia:

“Vivo atormentado por duas intenções: descobrir que forma tomará a teoria do funcionamento psíquico se nela for introduzido um método de abordagem quantitativo, uma espécie de economia de força nervosa, e, em segundo lugar, extrair da psicopatologia tudo o que puder ser útil à psicologia normal.” (Freud, 1996g, p.335)

É importante aqui partir desta citação para apresentar o *Projeto* uma vez que entendemos que sua leitura hoje, à luz de toda evolução da teoria psicanalítica e mais, na construção desta tese ele ainda interessa justamente por estas duas razões: ele esquematiza um certo modo de pensar de Freud no que tange à sua noção de economia psíquica, ali chamada de “economia de força nervosa”, e porque ali ele trabalha uma “Psicologia normal”, à luz do que posteriormente tornou-se uma disciplina independente, a Psicanálise. Como abrangemos estas duas propostas? Primeiramente, entendemos que o desenho de economia psíquica posto no *Projeto* dá sustentação à tratativa da psicogênese do sintoma neste primeiro momento da obra de Freud, que apresentamos pelos termos de “solução de compromisso” e “símbolo do recalcado”, feitas com e sem Breuer. Toda noção envolvida na mecânica do sintoma parte, ali, de termos quantitativos que, como já colocamos, muito nos interessam para explicar o que nesta tese chamamos de elemento invariante do caso. Em segundo lugar, o *Projeto* acaba por trazer, atendendo aos ensejos de seu autor, uma noção muito particular acerca do que entendemos sobre “psicologia”, já que ali ele faz uso de conceitos psicológicos de forma, digamos, peculiar. Um destes conceitos é o conceito de “memória” que, apesar de não versar sobre processos cognitivistas como é feito pela psicologia, interessa a psicanalistas se lido através dos termos ali expostos. Apesar de poder ser tomado muito mais como um tratado neurológico do que como um texto psicanalítico, fato é que o espírito do *Projeto* é facilmente identificado em vários conceitos desenvolvidos posteriormente e ainda hoje. Logo, aqui neste tópico, nos reservamos o direito de explorar dois pontos específicos de um trabalho tão denso quanto este, pontos que acreditamos lançar luz sobre nossa hipótese de pesquisa, a saber: 1) a noção de memória desenvolvida ali por Freud que dá aos termos cerebrais, “neuroniais”, contextos individuais de engendramento psíquico; e 2) o desenho de sua mecânica das operações “defensivas” em sua psicopatologia, que apontam para um núcleo crucial: o trauma.

2.1.1 O sintoma no *Projeto*: marca singular da memória

A ‘memória’, conceito psicológico, é, como dissemos, no *Projeto* exposta em termos freudianos a partir de sua tentativa de formalização de uma psicologia para neurologistas. Ali o termo era empregado para explicar o modo individual pelo qual cada sujeito fora se constituindo psiquicamente: como o aparelho era treinado para absorver novos estímulos e informações, era preciso explicar como as experiências prévias seriam representadas neste aparelho. Só seria possível formular uma teoria de funcionamento “normal” do indivíduo se ela fosse capaz de explicar como cada aparelho psíquico podia registrar, mapear e manipular informações de forma automática e interagir com o meio a partir destas marcas. Assim Freud (1996g) introduz a questão:

“Uma das principais características do tecido nervoso é a memória; isto é, em termos muito gerais, a capacidade de ser permanentemente alterado por simples ocorrências — característica que contrasta tão flagrantemente com o modo de ação de uma matéria que permita a passagem de um movimento ondulatório, para logo voltar a seu estado primitivo. Uma teoria psicológica digna de consideração precisa fornecer uma explicação para a ‘memória’. Ora, qualquer explicação dessa espécie se depara com a dificuldade de admitir, por um lado, que, depois de cessar a excitação, os neurônios fiquem permanentemente modificados em relação a seu estado anterior, ao passo que, por outro lado, não se pode negar que as novas excitações, em geral, encontrem as mesmas condições de recepção que encontraram as excitações precedentes.” (Freud, 1996g, p.351)

Esquemáticamente, para explicar sua tese acerca da memória, Freud (1996g) parte inicialmente da diferenciação dos neurônios em pelo menos dois tipos no processo mnêmico: uns neurônios seriam do tipo perceptivos, sempre abertos a receber excitação e fazer comunicar o aparelho psíquico com o mundo externo (neurônios ϕ), e outros do tipo mnêmicos (neurônios ψ), que guardariam as impressões destas excitações e desenhariam caminhos de facilitação no rastro da experiência no aparelho psíquico:

“Neurônios ficam permanentemente alterados pela passagem de uma excitação. Se introduzirmos a teoria das barreiras de contato: as barreiras de contato deles ficam em estado permanentemente alterado. (...) Descreveremos esse estado das barreiras de contacto como grau de *facilitação* [*Bahnung*]. Pode-se então dizer: *a memória está representada pelas facilitações existentes entre os neurônios ψ .*” (Freud, 1996g, p.352)

A memória seria, então, em termos freudianos, uma espécie de aquisição do aparelho psíquico de trilhamentos neuroniais facilitados, registros de cursos de investimento neuronal que gravariam impressões no aparelho psíquico e conseqüentemente determinariam redes de escoamento dessa energia. Tais redes estariam sujeitas ao registro através dos neurônios perceptivos (ϕ), que, uma vez diferenciados em neurônios ψ , formariam traços de impressão mnêmicas a depender da magnitude das impressões ou da frequência de seus registros no aparelho psíquico. A memória de uma experiência ou a forma como esta se arranjará em termos de conexões dependeria, então, da forma como ela pôde ser registrada a priori:

“De que depende então a *facilitação* nos neurônios ψ ? Segundo o conhecimento psicológico, a memória de uma experiência (isto é, sua força eficaz contínua) depende de um fator que se pode chamar de magnitude da impressão e da frequência com que a mesma impressão se repete.” (Freud, 1996g, p.352-353)

Um terceiro sistema de neurônios — ω , é então postulado para sistematizar como as diversas qualidades — ou seja, as *sensações conscientes*, são reproduzidas nos estados de excitação provocados por essas facilitações em rede. O que Freud chama ali de consciência é o inscrito subjetivo de uma parte dos processos físicos do sistema nervoso, isto é, dos processos ω . Não todo investimento presente em ψ é transcrito por qualidade ω na consciência, e sua omissão não implica que processos físicos não estejam acontecendo, pelo contrário, mas sua presença é o que da vida psíquica teríamos acesso. Tendo isto dito, parecia interessar mais a Freud naquele momento entender as redes de escoamento de investimento psíquico determinadas em ψ do que a qualidade da consciência em si. Tal como em seus textos nosológicos aqui apresentados, Freud estava pautado em uma tese energética acerca do funcionamento psíquico onde seu princípio fundamental era o da manutenção de níveis basais de energia em circulação no aparelho, sem que qualquer sobrecarga representasse risco ao seu funcionamento global:

“Somos, aqui, quase involuntariamente obrigados a recordar que a tendência do sistema nervoso, mantida durante cada modificação, é a de evitar que ele fique carregado de Q ou a de reduzir a carga ao mínimo possível.” (Freud, 1996g, p.353)

Este funcionamento é levado à falha em situações de dor, por exemplo, onde a magnitude da impressão é impossível de ser escoada e rompe barreiras de contato já previamente definidas, e em situações que gerem algum incômodo ou desagrado ao

aparelho psíquico e não consigam se prestar ao crivo normal das associações. Decorre disto que toda a teoria de Freud sobre a patogênese dos sintomas neuróticos esteja colocada neste primeiro momento em termos de *fixação* e de *reengendramento de energia* dentro da economia psíquica: segundo ele, estes caminhos de facilitação dos neurônios ψ seriam aqueles que dariam aos sintomas um certo caráter determinista, uma vez que a criação de facilitação de caminhos de escoamento de investimento psíquico impossibilitados de um fim “normal” encontrariam nestas redes pré-fixadas uma forma de descarga homeostática.

Se tal noção de memória descrita no *Projeto* freudiano interessa à nossa tese é porquanto ela aponta para uma sutileza determinante: a partir do momento em que se entende que existem caminhos de facilitação no fluxo de energia psíquica determinados a partir das experiências de cada sujeito em redes ψ , subentende-se que há a instauração de um modo de funcionamento particular dentro de cada aparelho através deste mecanismo. Isso é fundamental porque quer dizer que o aparelho psíquico é um sistema mecânico treinado por experiências prévias de cada indivíduo, e em cada indivíduo introduz um *modus operandi*, uma invariância de distribuição do investimento psíquico uma vez que tais facilitações energéticas dizem de um sistema privilegiado de intercomunicação “neuronal”. Nos termos do *Projeto*, funcionava, para Freud, como se a constituição da máquina registradora ψ interessasse mais do que o próprio registro mnêmico em si: como se o modo de funcionar que cada aparelho psíquico vai adquirindo no processo de facilitação mnêmico, a medida de seu amadurecimento, gerasse marcas de traços particulares e estabelecesse uma mecânica específica em cada aparelho. A *memória* freudiana confere ao psiquismo de cada sujeito caráter necessariamente singular.

A memória, nomeação formal da rede de facilitações entre as impressões em ψ , seria o ponto de convergência que explica como o sintoma percorre uma rede de associações que dá a ele caráter singular para um indivíduo e, neste primeiro momento da teoria, é também a explicação mecânica do seu caráter de repetição: redes facilitadas pré-estabelecidas são, por óbvio, as mais acessadas para escoamento de energia. A ironia desta facilitação é que ela não ocorre por vias amenas, mas por uma espécie de violência que o aparelho sofre no momento de uma sobrecarga. A teoria freudiana do trauma, ali em estado incipiente, dá indicações desde a partida do caráter contingente e determinista do sintoma. É por ela que vamos continuar a seguir o fio do raciocínio.

2.1.2 O sintoma no *Projeto*: marca singular do trauma

Apesar da palavra *trauma* propriamente dita ser encontrada pouquíssimas vezes no *Projeto*, uma teoria defensiva do aparelho psíquico é ali largamente explorada e é possível dizer que nela residem preceitos fundamentais desdobrados ao longo de todo construto teórico da psicanálise sobre o termo. Em um primeiro momento localizado através da experiência da *dor*, é paulatino o esforço de Freud em concentrar explicações sobre como algumas vias de facilitação em ψ se constituíam de maneira insurgente e forte, em resposta a sobrecargas de energia em circulação no aparelho psíquico, adquirindo a partir disto certo caráter determinista:

“A dor aciona tanto o sistema ϕ como o ψ , não há nenhum obstáculo à sua condução, e ela é o mais imperativo de todos os processos. Os neurônios ψ parecem, pois, permeáveis a ela; portanto, a dor consiste na ação de Qs de ordem comparativamente elevada. (...) Com base em nossa teoria de que Q produz facilitação, a dor sem dúvida deixa facilitações permanentes atrás de si em — como se tivesse sido atingida por um raio —, facilitações estas que possivelmente derrubam por completo a resistência das barreiras de contato e ali estabelecem uma via de comunicação como as que existem em ϕ .” (Freud, 1996g, p.359)

O que podemos *ler* a partir daí é que a dor (e dando um passo mais adiante, o trauma) deixa facilitações permanentes no caminho por ela percorrido como estímulo no aparelho psíquico, e marca um caminho determinante de associação em ψ : cria uma forte rede de escoamento de investimento, que, como caminho facilitado, gera tendência à repetição. Parece ser um protótipo de funcionamento “neuronal” para a insurgente teoria da fixação traumática. Que fica ainda mais interessante às vistas de nossa *leitura* do sintoma quando Freud (1996g) postula que só há uma impressão perceptiva tão forte quanto a dor: a *experiência de satisfação*, que também tem as consequências mais radicais no desenvolvimento das redes de associação ψ do indivíduo. Por criarem uma espécie de rede de comunicação extremamente marcada nos processos associativos, tanto a dor quanto a satisfação acabam por atrair associações paralelas em consonância ao seu fluxo. Se pegamos emprestada uma das analogias favoritas do próprio Freud⁸, é possível dizer que tudo funciona como um caminho de curso de um rio, que por ter recebido em algum

⁸ “Uma corrente de água que encontra obstáculos no leito do rio fica represada e reverte para velhos canais que antes pareciam fadados a secar”. (Freud, 1996g, p.398)

momento um volume de água muito abundante, começa a atrair para si afluentes marginais e a criar sulcos cada vez mais largos e potentes de deságua. Freud explicita, na figura reproduzida abaixo, como funcionaria essa rede de escoamento. Uma impressão perceptiva cria traços mnêmicos *a* ou *b*. Como o circuito criado em *a* se complexifica, ele parece advir de um estímulo de magnitude elevada ou já reconhecido pela cadeia associativa. A percepção conduzida a *a* acaba por criar um fluxo de maior complexidade e gera mais registros ligados em associação, em rede. A cada vez que uma experiência próxima a *a* for identificada, ela imediatamente será levada ao pré-estabelecido circuito em *a* e reiterará o fluxo como prioridade na rede de investimentos, podendo ainda criar novos em consonância:

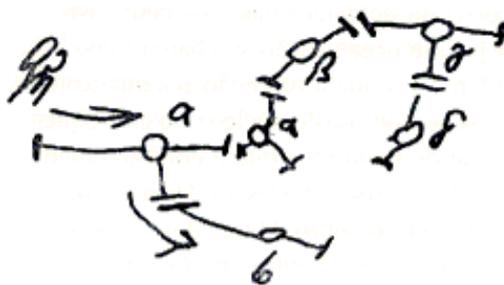


Figura 4: Rede de intercomunicação neuronal (Freud, 1996g, p.376)

Se podemos inferir destas noções apresentadas no *Projeto* sobre o fluxo de investimentos no aparelho que aí reside uma primeira tentativa de explicação da teoria da fixação traumática, este ponto muito nos interessa em nossa hipótese, pois em tal rede de “neurônios” catexizados e bem facilitados entre si podemos enxergar o protótipo de como o sintoma tem caráter contingente desde o princípio na leitura psicanalítica. O trauma cria um circuito determinado e determinista dentro do aparelho psíquico, como se gerasse uma *regra* de funcionamento mecânico de associação entre as representações mnêmicas. Se seguimos, por exemplo, o pressuposto de que “os pacientes histéricos estão sujeitos a uma *compulsão* exercida por ideias *excessivamente intensas*” (Freud, 1996g, p.401), é claro dizer que a *compulsão* do sintoma advém da magnitude da impressão traumática que gerou sistemas prioritários de intercomunicação que, por um lado, não podem ser suprimidos e tendem à repetição, e por outro, podem ter criado afluentes associativos que tornam sua manifestação incompreensível — descarga de afeto, inervações motoras, impedimentos (Freud, 1996g, p.401).

Chegamos até este ponto para explicitar como, através do *Projeto*, podemos *ler o sintoma* a partir de pontos de fixação e escoamento do investimento psíquico inaugurados

pelas experiências de dor e/ou de satisfação. Essa circuitaria ali descrita em termos físico-químicos aponta para um funcionamento específico da mecânica do sintoma dentro de cada aparelho e designa seu caráter contingente através do processo de “memória” tal como descrito. Naquele momento da sua formulação teórica, Freud entende que são estas redes de investimento pré-determinadas no aparelho que conferem individualidade ao Eu e este é o ponto convergente que caracteriza a *leitura* do sintoma neste primeiro momento: como um resultado determinado e determinista de um processo mecânico de escoamento de investimentos. É óbvio ainda dizer que tal descrição do processo traumático retornou, para o próprio Freud e através de Freud... a partir de um caso clínico. Talvez o mais importante no sentido de inaugural, nomeado pelo autor como *Caso Emma*, que aqui agora vamos explicitar para tornar clara esta primeira concepção de sintoma na teoria de Freud que subsiste até hoje no que podemos *ler* como invariante do caso.

2.1.3 O sintoma no Projeto: Caso Emma

Emma (Freud, 1895) é uma paciente que se encontrava sob a ideia compulsiva de que não podia ir sozinha a lojas, tinha a ideia constante de que ao adentrar uma loja pudesse sofrer um atentado. Fundamentou à Freud, em análise, a hipótese inicial de que tal medo poderia estar associado a uma recordação que remonta uma cena de quando tinha doze anos de idade e foi a uma loja fazer compras. Na ocasião, viu dois balconistas – um dos quais, recordava, lhe agradou sexualmente – rindo, o que a colocou em fuga, tomada de certo terror. Em associação, explicou que seu terror poderia dizer da impressão que tivera de que os dois balconistas riram de seu vestido e que, em função disso, se pôs em marcha de fuga. Tal explicação, no entanto, era incompatível com o medo que então dela se apossara, pois, independentemente de como se vestisse, se estivesse de vestido ou não, ou de quais circunstâncias adentrasse à loja, se estivesse sozinha ou não, um afeto incompreensível fazia com que não pudesse voltar a frequentar tais estabelecimentos. Seguindo o curso do tratamento, relatou então uma segunda recordação, da qual ela contesta ter tido lembrança no momento da primeira cena: trata-se de uma memória ainda mais antiga, ocorrida por volta dos seus oito anos de idade, quando, ao também adentrar em uma loja para comprar doces, foi surpreendida pelo merceeiro que lhe beliscou o órgão genital através de seu vestido e, logo em seguida, riu. É a partir daí, então, que Freud faz a ligação entre os representantes trazidos nas lembranças relacionadas ao sintoma: o riso, elemento presente nas duas recordações, reconstrói o processo das representações como se segue no esquema abaixo:



Figura 5: O Caso Emma (Freud, 1996g, p.228)

Neste esquema, as ideias, ou, melhor dizendo, seus representantes, pintados de preto, são percepções conscientes recordadas pela paciente e que inicialmente reconstruem a conclusão que ela demonstra em análise: a da impossibilidade de ficar sozinha em uma loja devido ao medo de um atentado. Como Freud (1996g, p.228) demonstra, a conclusão da paciente é formada de modo não equivocado, pois, tendo em vista os fragmentos do processo associativo, tais palavras assinaladas tinham uma função proposicional, ou seja, de fato apontavam um trilhamento de sentido funcionando como se um representante designasse o caminho de outro. Contudo, no processo, certos elos foram desfeitos em consequência do caráter patogênico que o *recalque* a eles imputara: os pontos não preenchidos (em branco) não chegaram à consciência, a não ser o fragmento “vestidos”, formando, assim, ligações falsas com o material existente (balconistas, riso, vestidos, liberação sexual).

Faz-se necessário dizer que, naquele momento, Freud ainda não dispunha da teoria da sexualidade infantil, formalizada por ele apenas 10 anos depois, em 1905, nos *Três Ensaios Sobre a Sexualidade*. Estão presentes aí, portanto, teses que integravam o caráter traumático do sintoma à teoria da sedução infantil, teoria abandonada na célebre colocação “não acredito mais em minha neurótica” (Freud, 1996, p.309), que coincide com a reformulação da teoria do trauma e com a construção da teoria da fantasia que mais tarde toma prevalência na concepção edipiana do tratamento.

Ainda assim, a partir deste caso, podemos avançar entendendo que nele há uma demonstração efetiva de algumas das hipóteses de Freud supracitadas neste tópico 2.1 acerca do sintoma e de sua noção de aparelho psíquico naquele momento, quer sejam: i) o sintoma tem um sentido, sentido este atrelado às vivências específicas de cada paciente; ii) na gênese da neurose se encontrava um acontecimento traumático que, por motivos

econômicos, fixava uma ideia de intensidade desmesurada que era *recalcada*, desalojada da consciência; iii) esta ideia passava a determinar um fluxo e um modo de escoamento de investimento específico dentro do aparelho e, por fim, iv) o tratamento do sintoma passava por engendrar materiais repelidos da consciência à cadeia associativa novamente. A forma como ele literalmente ilustrou o fluxo de investimento psíquico através de “redes de conexão neuronal” dos representantes psíquicos em Emma é marca de como ele entendia o processo da memória e suas respectivas redes de escoamento de investimentos advindos do trauma na constituição do sintoma.

Vamos agora entender como o modelo de aparelho psíquico desenhado por Freud neste momento embrionário da Psicanálise pode dar indicações de pontos posteriormente desenvolvidos que corroboram com a nossa hipótese de pesquisa. Ao abrir um ponto de discussão específica para o desenho de Freud do aparelho psíquico na *Carta 52*, seguimos aqui a proposta de mapear como a evolução da conceituação do sintoma está diretamente ligada à evolução da sua noção de aparelho psíquico, sem que, no entanto, algumas teses tenham sido completamente abandonadas, às vezes apenas modificadas ou sobrepostas. Seguimos, portanto, o propósito de mapear como alguns dos “aparelhos psíquicos” desenvolvidos ao longo do construto da teoria freudiana podem dar indicações do que rege nossa escrita do caso.

2.1.4 Carta 52: O aparelho psíquico tradutivo

O trabalho desenvolvido por Freud, desde este início, parece, a quem pode enxergá-lo agora na posição de um distante observador, dentre outras muitas coisas, um trabalho solitário. Polêmico demais para ser acolhido de maneira solícita ou pelo menos neutra pela comunidade médica, inédito demais para encontrar ressonância respeitosa na comunidade científica, Freud encontrou inúmeras resistências ao seu trabalho na busca de interlocutores. Um dos poucos laços que tais circunstâncias o permitiram construir foi com o otorrinolaringologista William Fliess, a quem endereçava várias cartas, rascunhos e projetos pilotos de suas teorias. Suas trocas com Fliess (que mais parecem agora um monólogo assistido) é de onde até hoje se recolhe muito do que foi o processo de gestação da originalidade da Psicanálise. Uma destas cartas foi a célebre *Carta 52*, uma espécie de rascunho do desenho do aparelho psíquico tradutivo que mais tarde ganharia corpo na *Interpretação dos Sonhos* (1900), mas que ali, no ano de 1896 quando foi escrita, ainda

guardava relações com o aparelho neuronal de materialidade físico-química descrito a partir do *Projeto*.

Seguindo nossa proposta neste capítulo, nos debruçamos então sobre a *Carta 52* com a pergunta de como aquele protótipo de aparelho psíquico ali descrito poderia nos auxiliar a elencar o que conduz a escrita do caso clínico em psicanálise para além do prontuário. Pode essa maquinaria de ajustamento quantitativo dos processos de excitação psíquica nos dar indicações clínicas ainda hoje?

O primeiro ponto que parece saltar aos olhos é que já ali o modelo de psiquismo explanado por Freud introduz uma diferença na concepção que poderia ter, em outras disciplinas, um apelo desenvolvimentista. Ali, o aparelho psíquico registrador de percepções e tradutor destas em memórias não parte da ideia de um desenvolvimento de registros em um fluxo contínuo, progressivo, mas de um avanço às avessas, que coexiste com fixações em estágios anteriores, em estratificações. Se, ao escrever um caso em psicanálise, não podemos nos guiar pelo prontuário como uma bússola que aponta sempre para o adiante com base em um ideal terapêutico, é justamente porque o aparelho psíquico com o qual trabalhamos, ele mesmo não segue um progresso linear, mas trata-se mesmo de uma progressão que comporta diversos restos de outrora. E isso é o que muitas vezes se observa na condução do caso ao escrevê-lo: não se trata de uma construção linear. Vejamos então de que escrita *tradutiva* versa este aparelho neste primeiro momento.

Na *Carta 52*, Freud (1996c) parte da hipótese de que o mecanismo psíquico de cada indivíduo se forma não por um processo de amadurecimento síncrono, mas por estratificações. A memória freudiana, como aqui já explicitamos a partir do *Projeto*, cria redes de absorção e escoamento de estímulos perceptivos em uma circuitaria pré-determinada de transcrição destes, e estaria sujeita, a depender do recebimento de novos estímulos, ou de reforços de estímulos anteriores, a rearranjos segundo novas circunstâncias — a re-transcrições. Logo, a memória e o Eu do indivíduo que dela advém, “não se faz presente de uma só vez, mas se desdobra em vários tempos”; ela é registrada em diferentes fases em que as traduções dos estímulos podem se sobrepor, coexistir ou coibir o registro a se fixar (Freud, 1996c, p.281).

Importante não perder de vista: aqui domina o pressuposto de que a tendência e o objetivo geral do aparelho psíquico é a manutenção da homeostase no fluxo de investimentos, a tese econômica precede a ideia da transcrição dos estímulos. Os

neurônios, que são os veículos de investimentos, servem à tendência do ajustamento quantitativo de energia em circulação no aparelho. Assim, cada transcrição de estímulos, que começa pelo nível perceptivo até a colocação e consolidação de memórias, retira carga de excitação no trabalho de transcrição afim de manter no aparelho o menor *quantum* possível de energia livre. Acontece que nem sempre o escoamento de investimento pode ser bem-sucedido, às vezes falta ou falha uma transcrição subsequente. Sendo este o caso, a excitação é manobrada segundo as leis de tratamento do material vigentes no período anterior, e permanecem as redes abertas nessa época como pontos privilegiados de encadeamento. Assim, persiste um anacronismo: em determinados circuitos de encadeamento de memória ainda vigoram as regras de estágios anteriores, há núcleos de resistências e sobrevivências de tempos passados em todo processo de maturação psíquica. Idealmente, a inscrição e tradução dos estímulos no aparelho segue o seguinte diagrama:

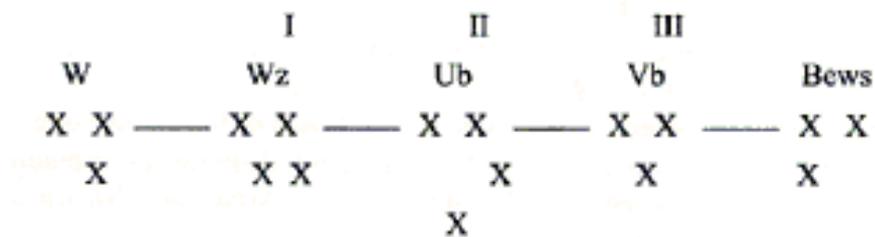


Figura 6: O aparelho tradutivo da Carta 52. (Freud, 1996c, p.282)

Este é o primeiro modelo de aparelho psíquico esquematizado por Freud, um aparelho psíquico em consonância com as teses físico-químicas do registro de percepções exposto no *Projeto*. Aqui, o trabalho de manutenção dos níveis basais da energia psíquica no aparelho é feito por neurônios, que, como já diferenciamos, podem ter caráter perceptivo (ϕ), de memória (ψ), ou de consciência (ω). Freud (1996c) assim descreve o diagrama explicitando suas funcionalidades como modelo de aparelho:

“W [*Wahrnehmungen* (percepções)] são os neurônios em que se originam as percepções, às quais a consciência se liga, mas que, nelas mesmas, não conservam nenhum traço do que aconteceu. Pois a consciência e a memória são mutuamente exclusivas.

Wz [*Wahrnehmungszeichen* (indicação da percepção)] é o primeiro registro das percepções; é praticamente incapaz de assomar à consciência e se dispõe conforme as associações por simultaneidade.

Ub (Unbewusstsein) [inconsciência] é o segundo registro, disposto de acordo com outras relações (talvez causais). Os traços *Ub* talvez correspondam a lembranças conceituais; igualmente sem acesso à consciência.

Vb (Vorbewusstsein) [pré-consciência] é a terceira transcrição, ligada às representações verbais e correspondendo ao nosso Eu reconhecido como tal. Os investimentos provenientes de *Vb* tornam-se conscientes de acordo com determinadas regras; essa *consciência secundária do pensamento* é posterior no tempo e provavelmente se liga à ativação alucinatória das representações verbais, de modo que os neurônios da consciência seriam também neurônios da percepção e, em si mesmos, destituídos de memória.” (Freud, 1996c, p.282-283)

Os estímulos recebidos pela periferia do córtex cerebral seriam, portanto, as percepções, que, uma vez engendradas no fluxo neuronal de tratamento deste investimento em redes de associação mnêmicas, poderiam trazer à consciência estes elementos já transcritos como representações verbais, como imagens ou sons traduzíveis em palavras. Este seria o protótipo de funcionamento “normal” do aparelho psíquico, um aparelho tradutivo de estímulos com finalidade homeostática no fluxo de investimento. Uma das possíveis falhas na tradução dos estímulos, que perturbaria o fluxo progressista e *fixaria* o estímulo sob regras de estágios anteriores é o que clinicamente foi reconhecido como o processo do *recalque*. Se, dentro de um mesmo estágio psíquico de tratamento dos registros da mesma espécie, forma-se uma defesa *normal* à produção do desprazer (ou seja, do aumento da carga), o processo de transcrição por si só faz sua função de escoamento de investimento. Mas, o que ocorre na defesa *patológica* em voga no recalque é que o traço de memória fica repreendido sob a égide de uma fase anterior, não podendo ser completamente traduzido e sua energia reconduzida. É a teoria da *fixação traumática* literalmente desenhada. E já sabemos que é daí que advém a primeira concepção de sintoma, da impossibilidade de ab-reação do investimento em determinados representantes, que, uma vez fixados, insistem a partir de sua forma patológica.

O que parece ganhar protagonismo ao longo do amadurecimento teórico neste momento é justamente o papel destes representantes, das palavras que atuam como avatares dos investimentos. Freud começa a se debruçar sobre os sonhos, os chistes, as fantasias, e sobre elementos de uma psicopatologia cotidiana cuja matéria-prima é a linguagem para agora explorar os sintomas, a sexualidade infantil e o que ele passa a dar protagonismo como inconsciente. O corpo já não é mais o objeto cifrado em si, mas aquilo que faz cifra em uma mensagem que o sintoma carrega. Como isso se dá? O sintoma

como *mensagem cifrada*, representante do axioma do *inconsciente estruturado como linguagem* como sintetizou Lacan (1985, p. 25), representa um salto da concepção biologicista de Freud para linguagem, sem perder de vista suas moções econômicas. Este aparelho tradutivo ganha sofisticação e é determinante para explicitar o *sentido* dos sintomas a partir da inauguração da Psicanálise propriamente dita, em 1900. Como Freud pôde a partir daí saltar da concepção neurológica do aparelho psíquico para inauguração do Inconsciente como aporte essencialmente psicanalítico é o segundo momento lógico que vamos seguir.

2.2 O SINTOMA COMO MENSAGEM CIFRADA (1900-1919)

Ao dar início a um subtítulo nomeado de “O sintoma como mensagem cifrada” estamos localizando o sintoma, neste período que corresponde à própria fundação da Psicanálise levada à termo, com a própria referência de um inconsciente advindo deste aparelho tradutivo da *Carta 52*, que agora adquire protagonismo através da linguagem. Freud, em sua *A história do movimento psicanalítico* (1996a), postula que “a teoria do recalçamento é a pedra angular sobre a qual repousa toda a estrutura da psicanálise” (p.26). Não obstante todo o protagonismo do corpo e da pulsão para além do movimento do “inconsciente estruturado como linguagem” (Lacan, 1985a), entendemos aqui a expressão *pedra angular* a partir do que a teoria do recalque engendrou em sua posição fundadora, inaugural: o surgimento da Psicanálise propriamente dita adveio da descoberta do inconsciente apoiado no recalcado, um inconsciente–cifra do qual o sintoma vem trazer mensagem cifrada.

Com o amadurecimento da teoria, e mais especificamente a partir de *A interpretação de sonhos* (1900), *Abwer* e *Verdrängung* – dois elementos cruciais para explicar a formação dos sintomas no já exposto momento embrionário da Psicanálise, foram sendo distintos em mecanismos específicos, sendo o termo *Recalcamento* (*Verdrängung*) dotado de maior precisão conceitual enquanto *Defesa* (*Abwer*) passa a ser utilizado de uma forma mais ampla e, portanto, mais vaga (Garcia-Roza, 2009). Como apontamos, o sintoma como formação de compromisso representava uma espécie de acordo em um jogo de forças operado pela defesa (*Abwer*), um conchavo entre diferentes esferas psíquicas em prol da homeostase “neuronal”. A partir do refinamento das noções de defesas em diferentes modalidades de recalques, e da sofisticação do aparelho psíquico

como aparelho tradutivo, à noção de sintoma-compromisso passa a se sobrepor a ideia de que o sintoma poderia ser lido como uma *mensagem cifrada*: trata-se de uma frase, oração ou período de conteúdo oculto, escamoteado nas entrelinhas do que pôde ser veiculado explicitamente – uma construção de linguagem onde a verdadeira substância é discursivamente distorcida. A operação do recalçamento (*Verdrängung*) passa a ser entendida, adiante, como uma operação semântica, símbolo de uma guinada na leitura do sintoma freudiano do químico-físico para a linguística. Seguindo a esteira da reformulação da teoria do trauma e a conseqüente elaboração sobre a realidade psíquica e a fantasia neurótica, toma evidência o caráter de linguagem expresso nos sintomas e de outras formações inconscientes, como o chiste e o sonho. Mas, se entendemos no ponto de partida da primeira leitura freudiana do sintoma que a defesa incide sob o investimento disposto na circuitaria neuronal, o quê, afinal, é o objeto do recalçado?

A partir de 1900, a operação de defesa (*Abwer*) disposta no sintoma não trata mais de uma tarefa de intervenção de descarga estritamente físico-química diante da materialidade do stress do trauma, ela representa agora também um outro trabalho de homeostase, disposto em uma instância que Freud começa a entender que funciona no aparelho: a rede de representantes mnêmicos. Logo, o recalque (*Verdrängung*) trata especificamente de um re-engendramento causal das representações simbólicas geradas pelos traços mnêmicos, dito de forma mais simplória, de uma re-colocação das palavras na esfera psíquica de forma a encontrar uma rede de escoamento menos “perigosa” para a economia global. As *representações* são, portanto, o alvo do recalçamento e a matéria-prima a partir da qual o sintoma vai se formar, tendo como referência a formulação de um inconsciente propriamente psicanalítico, não mais neurológico ou “neuronal”. Na maquinaria energética freudiana o neurônio – de materialidade física, passa gradativamente a dar espaço aos representantes – de materialidade psíquica, através do conceito de pulsão⁹ (*Trieb*). A introdução desta inovação teórica, a *pulsão*, inaugura uma nova noção de homeostase psíquica, um entre corpo e psiquismo, entre palavra e investimento, que é ali definida como:

“um conceito fronteiro entre o anímico e o somático, como representante psíquico dos estímulos oriundos do interior do corpo que alcançam a alma, como

⁹ Adotamos ao longo do trabalho de investigação diferentes edições da obra de Freud, com conseqüentes diferentes abordagens de tradução. Arbitrariamente elegemos algumas terminologias para padronizar os conceitos nesta tese. Aqui, por exemplo, privilegiamos a adoção do termo *Pulsão* em detrimento do termo *Instinto*. Esta mesma substituição seguirá em todo o corpo desta tese, inclusive nas citações diretas.

uma medida da exigência de trabalho imposta ao anímico em decorrência de sua relação com o corporal” (Freud, 2014c, p.23-25).

Isso porque um dos meios pelos quais a pulsão encontra sua meta é através de sua incidência nas representações, na veiculação significativa que as palavras acessam como avatares. E quando uma demanda pulsional não pode atingir sua meta direta pois é incompatível com as exigências do mundo externo, o representante ao qual ela circunstancialmente pode estar veiculada é, então, recalcado e só submerge através de uma outra representação, desta vez modificada. Isto é, em suma, o que aqui denominamos de sintoma como *mensagem cifrada*. O representante do recalcado é o que confere à pulsão, via sintoma, a capacidade de veicular sua verdadeira mensagem, quer seja, o investimento psíquico, mesmo que seja através de um elemento cifrado. O recalque, mola mestra do Inconsciente, é por conseguinte apontado como um dos destinos possíveis para a pulsão em *As Pulsões e seus Destinos* (Freud, 2014c).

Ocorre, no entanto, que um paradoxo se estabelece desde o início, a partir de 1905, quando Freud escreve os *Três ensaios sobre a sexualidade*: entende-se que o investimento psíquico o qual ele passa a nomear de Pulsão não pode ser ela mesma objeto do recalque, apenas o que dela se tem acesso, seus representantes. Isso porque aquilo que vinha do interior corpo, da íntima relação com o corporal, não admitia, pois, recalque, e explicação para isso é simples: se o recalque é uma operação de linguagem, só se recalca o que é traduzível em termos linguísticos. Como era possível então que vigorasse o primado do *princípio da constância* se nem tudo seria recalcado? Entende-se, com a noção de recalque, que há no sintoma mobilização de torções morfológicas nos representantes psíquicos da pulsão para destinação de um novo sentido, mas há, sobretudo, energia pulsional que não pode ser alterada, não conhece recalque e se repete, na medida em que é constante e intraduzível.

Ponto nobre para nossa discussão, que trará posteriormente as mais importantes consequências: Freud atrela este recém-descoberto, ainda em construção, conceito de pulsão, à noção do *necessário*: “Uma denominação melhor para o estímulo pulsional seria ‘necessidade’, e para o que suspende essa necessidade, ‘satisfação’” (Freud, 2014c, p.19). Se do lugar limítrofe de onde advém a pulsão só se tem notícias através de seus representantes, em um sintoma, estes representantes agem como mensageiros incansáveis de uma escrita cifrada, que, como bem localizou Lacan: “não cessa de não se escrever” (1985d, p.127) uma vez que é uma escrita do Real. Entendendo que o estabelecimento de

um circuito pulsional tem caráter necessário, o vemos a partir dos termos freudianos como pressão, urgência, necessidade de satisfação, e imputamos à leitura do sintoma o reconhecimento da cifra como aquilo que algo deste caráter veicula e faz reconhecer sua mecânica de insistência.

Depois de perpassar, portanto, a teoria do aparelho psíquico como aparelho de linguagem (*A Interpretação dos Sonhos*, 1900), a teoria da sexualidade e das fantasias infantis (*Três Ensaios sobre a Sexualidade*, 1905), e a teoria das pulsões (*A Pulsão e seus Destinos*, 1915), Freud então escreve, em 1917, *Os Caminhos da Formação dos Sintomas* (1996d), texto em que sua teoria da ab-reação parece por fim encontrar a teoria do recalque como operação de linguagem sobre as representações. Ali ele defende que o sintoma repete uma forma infantil de satisfação: e infantil no sentido literal de uma imaturidade psíquica regida pela soberania do *princípio do prazer*. Como essa experiência de prazer abre formas de satisfação que não podem ser apagadas ou negadas, caminhos pulsionais pré-fixados, as ideias que agora se mostram incompatíveis ao princípio da realidade são deformadas pela censura que surge no conflito. Via de regra, essas ideias ou seus representantes são transformados em uma sensação de sofrimento e mesclados com elementos provenientes da causa precipitante da doença, formando o sintoma (Freud, 1996d, p.368).

O sintoma continua sendo, portanto, uma forma de escoamento de satisfação libidinal não permitida, mas agora é claro o trabalho da linguagem na torção morfológica de sua apresentação, na censura que permite ao aparelho psíquico o retorno aos pontos de fixação da pulsão. “Como encontra a libido o caminho para chegar a esses pontos de fixação?” ele pergunta (p.375). “Tais objetos e tendências, ou seus derivados, ainda são mantidos, com alguma intensidade, nas fantasias” (Freud, 1996d, p.375). Logo, a via de acesso às fixações reprimidas que a libido necessita percorrer para retomar a satisfação pulsional deturpada pelas operações da linguagem são as fantasias. Assim, ele descreve o caminho percorrido pela pulsão veiculada no sintoma:

“Os senhores percebem, então, que o escape da libido, em condições de conflito, se torna possível pela presença de fixações. O investimento regressivo dessas fixações consegue contornar o recalque e leva à descarga (ou satisfação) da libido, sujeita às condições de um acordo a serem observadas. Pelo caminho indireto, via inconsciente e antigas fixações, a libido finalmente consegue achar sua saída até uma satisfação real — embora seja uma satisfação extremamente restrita e que mal se reconhece como tal.” (Freud, 1996d, p.363)

Sabemos, então, que a hipótese de que o sintoma tem caráter de linguagem não é excludente à hipótese inicial da fixação libidinal e da tentativa de retomada da homeostase do investimento psíquico, parece mais uma sofisticação. Se há veiculação de um *quantum* de libido presente no sintoma, ela só pode ser veiculada através de símbolos linguísticos que servem como avatares para o micélio traumático da pulsão. Hoje, com Miller (2009), podemos traduzir o trabalho de uma análise no tratamento da mensagem cifrada do sintoma como o que, em direção do trauma, consiste em marcar no sujeito *a palavra que fere*:

“Eu mencionei que o sujeito que vem para a análise sofre. Mas o que é descoberto na análise, quando o sujeito abraça a análise, quando a análise realmente funciona para um sujeito, é que ele sofre essencialmente de coisas que foram ditas para ele. Ele está doente de determinadas declarações. Uma psicanálise consiste, em grande parte, em reencontrar e isolar as declarações que fizeram o sujeito doente, a fim de ajudá-lo a torná-las inócuas, e mesmo desembaraçá-lo destas declarações que o fizeram adoecer. Digamos, mesmo se isso forçar as coisas um pouco, que alguém se desembaraça pela via de outras declarações que são calibradas para este propósito.” (Miller, 2009, p.8)

Não parece ser diferente daquilo que Freud desenhou no Caso Emma¹⁰. Algumas somas de investimentos psíquicos veiculados através das representações marcam o corpo na forma do trauma, algumas palavras *ferem* e tornam-se o substrato catéxico dos sintomas. Dizer que um sintoma é uma mensagem cifrada, que é uma resposta-solução à *palavra que fere* é dizer, ao mesmo tempo, que se trata i) de uma operação de linguagem – por óbvio, se o que fere é a palavra, ao mesmo tempo em que, ii) por ser uma ferida, só pode se tratar de uma marca corpórea. A maquinaria simbólica inaugurada pelo recalque trata a *palavra que fere* pela via da explicação, pelo seu valor semântico, enquanto o elemento invariante que localizamos no único de cada caso versa especificamente sobre o que na história não tem história, sobre o que só pode ser ficcionalizado pela interpretação do analista, já que é eminentemente um fenômeno limítrofe do corpóreo e do psíquico – é pulsional.

O tratamento via interpretação tendo como norte, portanto, esta *palavra que fere*, consiste em uma espécie de localização desta ferida corpórea seguida de drenagem do sentido, como quem diante de um abscesso inflamado meticulosamente o isola para logo

¹⁰ Ver página 89 desta tese.

depois fazer um expurgo do conteúdo infeccioso mediante afiado bisturi. Percebam: drenar cirurgicamente um abscesso é dar à inflamação um tratamento econômico, de escoamento do conteúdo infeccioso. E *ler um sintoma* é, da *palavra que fere*, drenar sua cifração. Se nos é autorizado fazer analogia ao processo cirúrgico, é porque no caso do sintoma estamos, por óbvio, dizendo que há um processo de cifração, de “inflamação linguística” em torno de um núcleo traumático, que forma uma espécie de bolsa de sentido, fonte da dor. Mas o que é, afinal, este trabalho que aqui chamamos de *cifração do sintoma*?

Faz-se necessário, agora, explicitar quais eram para Freud as operações psíquicas envolvidas no trabalho de deformação e simbolização do material indesejado pelo recalque, o encaminhamento dado, no campo da linguagem, aos representantes da pulsão, às *palavras que feriram*. Uma das formações substitutivas (*Ersatzbildung*) possíveis é, por óbvio, a formação sintomas (*Symptombildungen*), como a conversão na histeria, a ruminação na neurose obsessiva ou o medo fóbico. Outras formas de simbolização do recalcado são o chiste e o sonho. Ainda no supracitado texto *Os Caminhos da Formação dos Sintomas*, Freud (1996d) aponta para duas formas de trabalho psíquico presentes na construção destes substitutos: a condensação e o deslocamento¹¹. No texto *O Chiste e sua Relação com o Inconsciente* (Freud, 2017), ele abre algumas outras hipóteses, que vamos agora explicitar. Como tratam-se de operações que estruturalmente atendem o mesmo fim, conforme adiantamos com Certeau¹² (2006), é possível transportar de uma formação substitutiva à outra a explicação de como se deu seu resultado – a cifra.

2.2.1 Sintoma, mensagem cifrada: condensação, deslocamento, representação pelo oposto e representação indireta

O Chiste, formação substitutiva (*Ersatzbildung*) tal como o sintoma, é um produto privilegiado para explicitar as operações de linguagem realizadas pelo recalque, a fim da manutenção homeostática no aparelho psíquico através da modulação dos representantes. Em *O Chiste e sua Relação com o Inconsciente*, Freud (2017) é explícito ao colocar que o que no chiste modula o caráter de satisfação inconsciente é sua construção linguística, sua materialização simbólica que transporta o afeto: “o caráter chistoso não reside no

¹¹ “As ideias, às quais agora transfere sua energia em forma de investimentos, pertencem ao sistema do inconsciente e estão sujeitas aos processos que ali são possíveis, sobretudo condensação e deslocamento.” (Freud, 1996d, p.362)

¹² Ver página 68-69 desta tese.

pensamento, ele deve ser buscado *na forma*, nas palavras que o exprimem” (p.29, grifo nosso).

Se há, sem dúvidas, uma sintaxe na disposição de forças na criação de uma ordenação inconsciente operada pela pulsão, há, por outra via uma semiologia psicanalítica calcada na semântica (Dunker, 2019), no sentido que a forma e a disposição das palavras alcançam nos chistes e nas outras formações do inconsciente. Mas, então, que tipo de técnica opera na torção semântica? A mais comum delas é, no chiste e também no sintoma, a *condensação*. A condensação é uma forma de cifração comum no sintoma, no chiste e nos sonhos, pois serve ao mesmo tempo a uma função de censura e a uma função econômica, de poupança psíquica. É mais claro seguir a partir de um exemplo de chiste que o próprio Freud (2017) utiliza para explicitar tal tese:

“Na parte dos Reisebilder [Quadros de viagem] intitulada ‘Os banhos de Lucca’, Heine apresenta a deliciosa figura de Hirsch-Hyacynth, agente de loteria e pedicuro de Hamburgo, que se gaba ao poeta de suas relações com o rico barão de Rothschild e, por fim, diz: ‘E, tão certo como Deus me dará tudo de bom, doutor, sentei-me ao lado de Salomon Rothschild e ele me tratou como um semelhante, de modo bem *familionário*’.” (p.27)

É claro que a palavra *familionário* não é uma palavra reconhecida pelo dicionário, trata-se de um neologismo e, mais especificamente, de um neologismo chistoso. A abreviação utilizada para exprimir por completo o pensamento contido no chiste ("R. me tratou como um semelhante, de modo bem familiar. Isto é, até onde um milionário é capaz de fazê-lo"), é seguida de uma segunda modificação, de uma combinação de palavras que coloca o ouvinte em condições de adivinhar a segunda frase, omitida:

FAMILI	AR	[FAMILI ÄR]
MILION	ÁRIO	[MILIONÄR]
FAMILIONÁRIO		[FAMILIONÄR]

Figura 7: O chiste *familionário* - parte 1 (Freud, 2017, p.31)

O caráter chistoso residente na palavra recém-criada consiste na combinação do "familiar" da primeira frase ("R. me tratou como um semelhante, de modo bem familiar") e, nas sílabas finais, com o "milionário" da segunda ("Isto é, até onde um milionário é capaz de fazê-lo"): ela representa a segunda frase sem precisar dizê-la, ao mesmo tempo em que nos deixa em condições de adivinhar o escárnio omitido. Trata-se da criação de

“Há palavras que podem ser tomadas, conforme estejam cheias ou vazias, em outro sentido, e até mesmo em mais de um. De uma mesma raiz, com efeito, podem derivar dois ramos distintos, mas com a mesma pronúncia, dos quais um se torna uma palavra com significado pleno, e o outro, uma atenuada sílaba final ou sufixo. A igualdade de pronúncia entre uma palavra plena e uma sílaba apagada também pode ser fortuita.” (Freud, 2017, p.52-53)

O que pode claramente ser demonstrado através de um outro exemplo chistoso:

"Acabei de ler um ótimo chiste. Um jovem foi introduzido num salão parisiense como parente do grande Jean-Jacques Rousseau, cujo nome também portava. Além disso, ele era ruivo. Ele se comportava de maneira tão inapropriada, porém, que a dona da casa disse ao homem que o introduzira, em tom crítico: ' Vous m'avez fait connaitre un jeune homme r o u x e t s o t, mais non pas un R o u s s e a u' [Você me apresentou um jovem ruivo (roux) e tolo (sot), mas não um Rousseau]." (Freud, 2017, p.46)

Neste caso, o essencial do chiste se prende à semelhança na sonoridade de ROUSSEAU ROUX SOT (Freud, 2017, p.47). A operação é morfológica, mas de valor semântico: advém do fato de que em uma mesma palavra – Rousseau – dois modos diferentes de sentido podem ser veiculados, o primeiro como todo aponta para o sobrenome famoso, e o segundo, decomposto em suas sílabas, “roux” e “sot”, age como uma crítica escamoteada em uma charada. É este também o mecanismo disposto na formação dos sintomas pela via da *condensação*: uma operação linguística, uma mudança na *forma* do representante que, com a cifra, inaugura um novo sentido para a meta da pulsão.

Além da já descrita *condensação*, outra técnica de cifra privilegiada apresentada no texto *O Chiste e sua Relação com o Inconsciente* (Freud, 2017) é o *deslocamento*. O *deslocamento* como um processo de formação substitutiva se diferencia da *condensação*, pois não se aporta na ressonância significante como nos outros tipos de exemplos aqui destacados. Neste segundo tipo de técnica, a mudança de sentido provocada, por exemplo, no caso do chiste, se dá pela via do arrojo da ênfase psicológica, pelo reinvestimento do sentido em uma outra formulação, não necessariamente em uma outra palavra ou em uma torção morfológica. A fim de esclarecer, seguimos com um outro exemplo freudiano:

“Um homem pobre tomou 25 florins emprestados de um conhecido rico, queixando-se de suas condições difíceis. No mesmo dia, o benfeitor o encontra no restaurante diante de um prato de salmão com maionese. E o repreende: ‘Como? Você toma o meu dinheiro emprestado e vem pedir salmão com

maionese? Foi nisso que você usou o meu dinheiro?'. 'Eu não entendo você', responde o devedor, 'se eu não tenho dinheiro, não posso comer salmão com maionese; se tenho dinheiro, não devo comer salmão com maionese? Quando é, então, que vou comer salmão com maionese?'" (Freud, 2017, p.74)

Neste exemplo, como podemos ver, não há nenhum duplo sentido a se descobrir a partir da morfologia ou sonoridade das palavras. Também não é na repetição de "salmão com maionese" que está a técnica do chiste, pois ela não é um "uso múltiplo" do mesmo material, e sim uma efetiva repetição do idêntico exigida pelo conteúdo (Freud, 2017, p.74). A técnica que possibilita a veiculação de um sentido que não pode ser explicitamente colocado é, portanto, o *deslocamento*, que não depende em si da materialidade da palavra, mas do curso do pensamento que, através das palavras, é desviado para outro sentido, re-allocado. O trabalho do chiste aí se serve de desvios do pensamento normal, de erros de raciocínio e da criação do absurdo como meios técnicos para produzir a expressão chistosa – a mesma ocorrência que se verifica nos sonhos e com muita frequência também pode ser verificada nos sintomas.

Outras técnicas de cifra apontadas por Freud no mesmo texto do chiste envolvem um trabalho mais fácil. A representação pelo oposto (*Darstellung*) consiste em literalmente veicular a satisfação através de seu avesso, se utilizar de propriedades ou palavras opostas para distorcer o real significado inconsciente, tal como no exemplo:

"Esta mulher lembra a Vênus de Milo em muitos pontos: também é extraordinariamente alta, também não tem dentes e tem algumas manchas brancas na superfície amarelada de seu corpo." (Freud, 2017, p.102)

Neste, como pode-se observar, a verdadeira mensagem que pretende se entregar ao destinatário, quer seja, uma denúncia das feiuras da mulher, é expressa justamente pelo seu oposto: pela comparação com um símbolo máximo de beleza, a Vênus de Milo. O retorno do recalcado pelo seu oposto é um meio muito usado e bastante efetivo da técnica dos chistes, dos sonhos e dos sintomas. E se, como acabamos de verificar no exemplo, a satisfação inconsciente faz uso da representação contrária para se exibir, Freud (2017), como pode se supor, também aponta a apresentação por semelhança e parentesco como uma técnica de ciframento linguístico. A representação indireta, também colocada como representação por semelhança, tem como característica fundamental a substituição do representante por algo a ele ligado em uma conexão no pensamento. Através de uma série de associações e inferências facilmente estabelecíveis, pode-se representar algo que não

pode ser exposto de forma direta, literal (Freud, 2017, p.108). Um exemplo deste tipo foi um aforisma retirado por Freud de um livro de piadas publicado em Viena depois de uma festa de artistas: "Uma esposa é como um guarda-chuva. No fim das contas, a gente acaba tomando um fiacre." (Freud, 2017, p.113)

Neste caso, o sentido implícito da piada (de mau-gosto, cá entre nós) reside no fato de que, se é sabido que um guarda-chuva não protege bem da chuva e um fiacre é um veículo público, "no fim das contas" só pode significar que "se estiver chovendo muito", uma esposa, tal como o guarda-chuva, não resolve o problema e uma alternativa precisa ser tomada. A aproximação indireta do fiacre como um recurso público é uma alusão à procura de uma prostituta, mensagem que, por não ser politicamente correta, não poderia ali ser literalmente disposta.

São, portanto, a *condensação*, o *deslocamento*, a *representação pelo oposto* e a *representação indireta*, técnicas de ciframento presentes nas formações substitutivas que possibilitam a veiculação da satisfação pulsional ao mesmo tempo em que atendem à censura imposta pelo recalque. Quando apontamos, no início deste tópico, que os sintomas são soluções que se utilizam de recursos deste tipo, que são mensagens cifradas, é justamente porque, como formações substitutivas que são, os sintomas também se aproveitam da plasticidade das palavras, como que em um envelope formal, para veicular a demanda pulsional que, como já dissemos, não conhece recalque. Os sintomas passaram a ser *lidos* como enigmas, charadas de torções linguísticas das mais variadas que precisavam ser decifradas para que a ab-reação do investimento psíquico pudesse se reengendrar na cadeia mnêmica, se desafixar. Que tipo de inovação técnica esse inconsciente de estrutura de linguagem ditou, *como* os sintomas foram tratados por Freud tendo à sua disposição estes recursos teóricos, é o que vamos discorrer no próximo ponto.

2.2.2 Sintoma, mensagem cifrada: a interpretação e a inflação do sentido

Que o sintoma, como formação substitutiva (*Ersatzbildung*) de satisfação inconsciente que é, se utiliza dos recursos linguísticos de torção semântica para veicular o sentido suprimido pela censura no recalque, já está claro. As técnicas de cifração da mensagem oculta também já foram explicitadas. Resta agora demonstrar como Freud lia os sintomas neuróticos através desta perspectiva e como seu método de tratamento destes, a saber, a interpretação, visava decifrar o oculto sempre na direção de desvelar o sentido e re-enquadrar o investimento psíquico. Lembrando: estamos aqui seguindo o fio de como

a escuta freudiana do sintoma foi se decantando em um método de leitura. Neste período de insurgência da psicanálise propriamente dita, a via do sentido e o trabalho da decifração da mensagem eram os métodos privilegiados de acesso ao conteúdo que Freud ouvia como patológico. Não foi de uma só vez que o uso do bisturi do abcesso foi apropriadamente afiado.

Em 1917, na conferência intitulada *O sentido dos sintomas* (Freud, 2014e), alguns casos são convocados para dar corpo clínico às inovações teóricas. Um caso célebre foi ali descrito em sua riqueza de sintomas associados com um ato, segundo ele, muito comum, o ritual de dormir. Como era de praxe na escrita freudiana, o caso foi detalhadamente trabalhado, descrito em suas minúcias, e, se aqui vamos retranscrevê-lo em sua literalidade é justamente porque a paixão de Freud pelos detalhes foi sua marca de escuta e de tratamento naquele momento. Primeiro caso:

“Uma jovem de dezenove anos de idade, bem desenvolvida e bem dotada, era filha única de pais que superava em instrução e vivacidade intelectual. Em criança, havia sido alegre e decidida, e no decorrer dos últimos anos, havia se transformado, sem qualquer causa visível, em neurótica. Era muito irritável, especialmente para com a mãe, sempre insatisfeita e deprimida, com tendência à indecisão e à dúvida; finalmente, verificou que não conseguia mais caminhar livremente por praças ou ruas relativamente largas.

Não nos ocuparemos muito de sua complexa doença, que se enquadrava em pelo menos dois diagnósticos: agorafobia e neurose obsessiva; deter-nos-emos apenas no fato de que ela também desenvolveu um ritual de dormir, com o qual atormentava seus pais. (...)

Essa paciente, de que estamos falando, alegou, como pretexto de suas precauções noturnas, que necessitava de silêncio para dormir e devia abolir qualquer fonte de ruído. Com este fim em vista, fazia dois tipos de coisas. Parava o grande relógio em seu quarto, todos os outros relógios eram removidos do quarto, e sequer permitia que seu minúsculo relógio de pulso ficasse dentro de sua mesinha-de-cabeceira. Vasos de flores e outros vasos eram agrupados na escrivaninha de modo que não pudessem cair e quebrar-se durante a noite e perturbar-lhe o sono. Ela se apercebia de que estas medidas só podiam encontrar uma justificativa ostensiva na observância da regra do silêncio; o tique-taque de seu pequenino relógio de pulso não poderia ter sido audível, ainda que fosse deixado na mesa-de-cabeceira, e todos temos experiência do fato de que o tique-taque regular de um relógio de pêndulo nunca perturba o sono, mas age, isto sim como sonífero. Admitiu também que seu medo de que os vasos de flores e outros

vasos, se deixados em seus lugares, pudessem cair e quebrar-se por si mesmos, carecia de qualquer fundamento. No caso de outras especificações feitas pelo ritual, abandonava-se o pretexto da necessidade de haver silêncio. Na verdade, a exigência de que a porta entre seu quarto e o quarto dos pais devesse permanecer entreaberta — exigência que ela satisfazia colocando diversos objetos no vão da porta — parecia, pelo contrário, agir como fonte de ruídos perturbadores.

As especificações mais importantes referiam-se, todavia, à cama propriamente dita. O travesseiro, na parte superior da cama, não devia tocar o encosto de madeira da cabeceira. O travesseiro pequeno devia repousar sobre o travesseiro grande, somente numa posição específica — ou seja, de modo a configurar a forma de um diamante. A cabeça devia repousar, então, exatamente no sentido do diâmetro maior do diamante. O edredom (ou ‘Duchent’, como o chamamos na Áustria) tinha de ser, antes de colocado sobre a cama, sacudido de tal maneira que a parte inferior ficasse muito volumosa; depois, no entanto, ela jamais deixaria de aplinar esse acúmulo de penas, comprimindo-o para os lados.

Com a permissão dos senhores, desprezarei os demais detalhes, muito banais, do ritual; não nos ensinariam nada de novo e nos levariam para bem longe de nossos objetivos” (Freud, 2014e, p.271-273)

Para Freud, o ritual de dormir desta paciente configurava um célebre sintoma neurótico pois tinha a marca da inflexibilidade, insistia em ser levado a cabo, mesmo à custa de grandes sacrifícios; e parecia diante de um exame crítico de racionalidade, uma vez que tinha especificações que avançavam muito além de uma justificativa razoável, além de comportar diversas contradições. O apego do analista na escuta de cada um desses detalhes trazia à tona sua hipótese de que cada uma dessas ações poderia trazer em si uma mensagem criptografada de uma demanda de satisfação inconsciente, sendo necessário, portanto, que a interpretação tocasse tantos representantes quanto fosse possível a fim de entender qual trabalho de torção linguística ali operou.

Além disto, retomando o ponto de vista econômico que aqui nos interessa, é importante ressaltar que o trabalho de tratamento destes sintomas precisou levar em conta um elemento central na construção de casos clínicos em Psicanálise: a *Transferência*, um tipo de veiculação amorosa calcada na relação analista-paciente, um “efeito colateral” do trabalho com o material propriamente inconsciente. A transferência é algo que não pode ser relevado na *leitura* de um sintoma pois, se o caminho de “tradução daquilo que é inconsciente para o que é consciente” opera através da abertura de escansões na resistência, supõe-se que a relação analista-paciente vai diretamente agir sobre a força

mantenedora dos recalques. Uma vez que a remoção do recalque é pré-condição para a reintegração do conteúdo alojado no inconsciente que causa o conflito patogênico, a modificação fundamental neste jogo de forças que torna tal feito possível há de ser a presença do analista. A presença do analista *transfere* para si cargas afetivas dispostas da constituição do sintoma, o analista passa ele mesmo a ocupar lugar na economia do sintoma do paciente, lugar predeterminado pelas circuitarias pulsionais e projeções psíquicas do paciente. No caso supracitado da paciente de Freud, por exemplo, é, no mínimo, preciso considerar que muita energia psíquica era dispensada na manutenção daqueles sintomas, que por vezes duravam horas para serem executados e não se abatiam pela demonstração de sua irracionalidade. A análise destes tormentos não se fez sem a criação de um vínculo transferencial em que outras forças libidinais atuavam como estímulo para o trabalho de “drenagem do abcesso” inconsciente. Tanto isso se mostrou como verdade que o próprio Freud pontuou que, inicialmente, as alusões e interpretações por ele propostas sempre eram rejeitadas com um decidido ‘não’, ou no máximo aceitas com dúvidas desdenhosas (p.273). Criado o vínculo transferencial, a rejeição às intervenções começou a ceder ao trabalho de abertura de possibilidades que aquelas representações patológicas poderiam apresentar. À medida que isso aconteceu, a execução de seus rituais obsessivos foi mostrando-se mais flexível, e, por fim, resultou em uma completa remissão do quadro, mostrando que, para que o sintoma pudesse ser, de alguma forma, lido, foi imprescindível a criação do vínculo transferencial capaz de intervir diretamente na circuitaria pulsional.

No que tocou, então, o trabalho desta interpretação analítica? A descrição do trabalho feita por Freud (2014e) inclui associações livres do material, recordações infantis e o estabelecimento de conexões desvendadas tendo em vista as já citadas técnicas de *condensação, deslocamento, representação pelo oposto e representação indireta*. Vejamos como Freud (2014e) descreveu o desenrolar do esforço de decifração das mensagens ocultas no ritual obsessivo daquele caso. Mais uma vez, se aqui transcrevemos em sua literalidade o extenso texto de Freud, é porque seu método que pode parecer enfadonho de debruçar-se sobre cada detalhe é ele mesmo um dado importante da leitura do sintoma de Freud: ele mesmo parece *inflar* o sentido dos sintomas no movimento de um cifra-decifra infinito. É o que se verifica:

“Nossa paciente gradualmente veio a constatar que era devido à sua qualidade de símbolos dos genitais femininos que os relógios eram retirados do meio de

seus objetos de uso à noite. Os relógios — embora em outra parte tenhamos encontrado outras interpretações simbólicas para os mesmos — assumiram a significação genital devido à sua relação com processos periódicos e intervalos de tempo iguais. Uma mulher pode gabar-se de que sua menstruação funciona com a regularidade de um relógio. A ansiedade de nossa paciente, porém, estava voltada em especial contra a possibilidade de ela ter o seu sono perturbado pelo tique-taque de um relógio. O tique-taque do relógio pode ser comparado com a pulsação ou latejamento do clitóris durante a excitação sexual. Realmente ela havia, repetidas vezes, acordado durante a noite com essa sensação, que agora se lhe tinha tornado desagradável; e expressou esse medo de uma ereção através da regra de que todos os relógios em funcionamento deviam ser removidos de perto de si, durante a noite.

Vasos de flores, assim como todos os vasos, também são símbolos sexuais. Tomar precauções para que não caíssem e não se quebrassem durante a noite, portanto, não deixava de ter seu correto sentido. Conhecemos o costume tão difundido de quebrar um vaso ou um prato nas cerimônias dos esposais. Cada um dos homens presentes apanha um dos fragmentos, e podemos considerar isto como sendo um sinal de sua renúncia à pretensão que tinha em relação à noiva, em virtude de uma lei nupcial que remonta a uma época anterior ao estabelecimento da monogamia. Com relação a esta parte de seu ritual, a jovem referiu uma lembrança e diversas associações.

Certa vez, quando era criança, sofreu uma queda no momento em que tinha nas mãos um vaso de vidro ou porcelana, resultando-lhe um corte em um dedo e sangramento profuso. Quando cresceu e tomou conhecimento dos fatos referentes ao ato sexual, desenvolveu uma angustiante ideia de que, na sua noite de núpcias, ela não iria ter perda de sangue, e assim deixaria de mostrar que era virgem. Suas precauções com a possibilidade de os vasos se quebrarem significavam, pois, um repúdio a todo o complexo referente à virgindade e ao sangramento no primeiro coito — igualmente um repúdio ao medo de sangrar e, ao contrário, medo de não sangrar. Estas precauções, que ela subordinava à evitação do ruído, tinham apenas remota conexão com tal complexo.

Ela atinou, um dia, com a significação central de seu ritual, quando, subitamente, compreendeu a significação da regra segundo a qual o travesseiro não devia tocar no encosto da cabeceira da cama. O travesseiro, disse, sempre havia sido, para ela, uma mulher, e o encosto de madeira, ereto, um homem. Assim, desejava — por meios mágicos, podemos acrescentar — manter homem e mulher separados — isto é, separar seus pais um do outro, não lhes permitindo terem relação sexual. Anos antes, em época anterior ao estabelecimento do ritual, havia procurado atingir o mesmo objetivo, de maneira mais direta. Havia simulado

medo (ou explorara uma tendência ao medo que já se encontrava presente), a fim de que as portas comunicantes entre o quarto dos pais e seu quarto de criança não ficassem fechadas. Esta regra, com efeito, tinha sido mantida em seu ritual atual. Dessa forma, deu-se a si mesma a oportunidade de ficar escutando seus pais; entretanto, ao utilizá-la, desenvolveu uma insônia que durou meses. Não satisfeita com perturbar os pais por este meio, conseguiu que lhe permitissem dormir, de tempos em tempos na cama dos pais, entre eles. O travesseiro e o encosto de madeira, assim, não conseguiram aproximar-se. Por fim, quando já era tão grande que se tornou fisicamente desconfortável para ela encontrar lugar, na cama, entre seus pais, conseguiu, por uma consciente simulação de ansiedade, combinar com sua mãe uma troca de lugares com esta, à noite; a mãe, então, cedia-lhe o lugar, de modo que a paciente conseguia dormir ao lado do pai. Sem dúvida, essa situação transformou-se no ponto de partida de fantasias, cujo efeito secundário se podia constatar no ritual. Se um travesseiro era uma mulher, então o sacudir o edredom até todas as penas se localizarem na parte inferior e causarem um abaulamento, também tinha um sentido. Significava uma mulher ficar grávida; ela, contudo, nunca deixava de desfazer novamente essa gravidez, pois durante anos temera que o coito de seus pais resultasse em mais um filho e, desta forma, presenteassem-na com um rival. Por outro lado, se o travesseiro grande era uma mulher, a mãe, o travesseiro menor somente podia representar a filha. Por que este travesseiro tinha de ser colocado na forma de um diamante e a cabeça situar-se justamente ao longo da linha central? Foi fácil recordar-lhe que essa forma de diamante é a figura desenhada em todos os muros para representar os genitais femininos abertos. Sendo assim, ela própria estava representando o homem e substituindo o órgão masculino por sua cabeça.” (p.273-275)

Importante ressaltar que, quando dizemos que o analista participa da leitura do sintoma a partir do jogo de forças libidinais dispostas na transferência, não dizemos apenas que sua figura mobiliza uma reorganização do investimento psíquico do paciente, dizemos também que o sintoma do próprio analista participa desta construção. Neste caso, por exemplo, é explícita a participação do sintoma do analista, Freud, que, apaixonado pelas miragens do sentido, entra em uma excitação simbólica que arrasta a interpretação para um lugar infundável, do tic-tac do relógio ligado a ciclos menstruais à disposição imagética dos travesseiros como símbolos sexuais. Uma dificuldade semelhante se ergueu para o autor na teoria dos sonhos. Faz-se, portanto, necessária a crítica ao próprio Freud para que seu método possa ser sustentado epistemologicamente a partir de uma leitura que aqui tentamos fazer do sintoma, afastada da via hermenêutica. Explicitar como essa marca, freudiana de origem, orienta a clínica psicanalítica na direção da redução do

sentido para o não-sentido é, como já dissemos, um dos propósitos desta tese. Como também já o apontamos, a construção de uma nova disciplina não se faz sem a presença do espírito de seu criador, e não foi diferente para a psicanálise com Freud, que imprimiu sua personalidade na certidão de nascimento da mesma. Freud, o cientista como já apresentamos, parece ter feito seu próprio sintoma de amor à verdade trabalhar no jogo interpretativo, como se dele fosse possível retirar a última palavra sobre o sujeito, como se ali a maiêutica socrática fizesse do analista um *phaenarete*, um parteiro da verdade latente.

Este primeiro momento da descoberta da interpretação como ferramenta de tratamento dos sintomas foi, portanto, um momento marcado pela inflação do sentido na leitura do inconsciente. Seguindo a teoria da fixação traumática desde a *Comunicação Preliminar* (Freud, 1996e) até aqui, o caminho para o tratamento dos sintomas parecia ter se decantado como óbvio: se o sintoma era a cifra problemática de uma mensagem pulsional fixada, desalojada de comunicação na rede das associações, fazia-se necessário desvelar os mecanismos da cifra, desvendar o enigma da mensagem e reintegrar a pulsão ao escoamento normal de investimento psíquico, desafixá-la. A interpretação, neste primeiro momento, foi tomada com entusiasmo na direção do tratamento e levada até seus extremos como antídoto aos efeitos do trauma.

Tendo isto posto, cumprimos agora a proposta concomitante de localizar o leitor com qual noção de Inconsciente Freud trabalhava à luz desta época (1900-1920), do sintoma lido como uma mensagem cifrada. Como já tivemos a oportunidade de apresentar, não é mais de um aparelho de transcrição neuronal que se trata, e sim de um aparelho psíquico agora aportado na linguagem como referência. O capítulo VII do clássico *A Interpretação dos Sonhos*, nomeado como “Psicologia dos Processos Oníricos” (Freud, 2019b) será a referência-guia de ilustração deste aparelho psíquico.

2.2.3 Sintoma, mensagem cifrada: o aparelho psíquico como aparelho de linguagem a partir da *Interpretação dos Sonhos*

O trabalho da *Interpretação dos Sonhos* (1900) foi o marco-referência de Freud na passagem da noção de um psiquismo aportado em um sistema neuronal, explorado a partir de sua materialidade físico-química, para um aparelho psíquico tradutivo, explorado a partir de sua materialidade linguística. Isso porque a tarefa ali desempenhada

de encontrar o sentido cifrado nas formações do inconsciente explicitou os processos pelos quais o trabalho do recalque se serviu para ocultá-lo e traduzi-lo indicava pistas sobre como, topograficamente, se organizava esta nova noção de aparelho psíquico. Este aparelho, agora próprio da Psicanálise, era uma maquinaria que se servia da plasticidade dos representantes linguísticos para transportar investimento pulsional, ainda orientado por um ideal homeostático. O ponto de partida de uma nova referência para o aparelho psíquico foi, portanto, o trabalho de interpretação da mensagem cifrada dos sonhos, já identificada antes disso várias vezes como marca dos sintomas neuróticos.

A retomada de investigação acerca da estrutura do aparelho psíquico e das forças que nele agiam partiu, então, de perguntas sobre um mecanismo já identificado no sintoma desde os primórdios do tratamento histérico, que agora se apresentavam também nos sonhos, a saber, o “esquecimento” que constituía marca registrada destas formações do inconsciente. Por que, geralmente, não somos capazes de invocar o conteúdo do sonho de forma completa? O que seria o conteúdo real de um sonho, já que lacunas existentes ou criadas pelo esquecimento são preenchidas com um material novo e arbitrariamente escolhido? Este processo de *ciframento* do conteúdo onírico, que, lembramos, é o mesmo do sintoma, é assim por Freud introduzido:

“Aquilo que lembramos do sonho, e no qual exercitamos nossas artes de interpretação, é mutilado primeiramente pela infidelidade da nossa memória, que parece extremamente incapaz de guardar o sonho, e talvez tenha perdido as partes mais significativas do seu conteúdo. Em segundo lugar, tudo indica que a nossa lembrança do sonho não só apresenta lacunas, mas também o reproduz de maneira infiel e adulterada.” (Freud, 2019a, p.561)

A *Interpretação dos Sonhos* considerou, para além do ciframento direto, ou seja, para além das modificações morfológicas das palavras, o caso de representações que poderiam aparecer vinculadas por laços da chamada associação superficial, por assonância, ambiguidade verbal, coincidência temporal sem relação interna de sentido, por todas as associações já relatadas que usualmente se usa nos chistes, nos jogos de palavras. Não seria, portanto, por uma única via que o “esquecimento” identificado nos sonhos operaria ou reproduziria o conteúdo verdadeiro de forma adulterada e cifrada. Além disso, a despeito do conteúdo que passa pelo esquecimento e que poderia ser transcrito pelo trabalho da interpretação, há também, como aponta Freud em seguida, “o ‘umbigo’ do sonho, o ponto em que ele assenta no desconhecido” (Freud, 2019b, p.575),

ponto que localiza um limite do que pode ser retirado da cifra. Tais indicações sobre o conteúdo do sonho (o processo de cifração, o impossível de decifração) dão a Freud indicações de como o funcionamento e a organização topográfica do aparelho psíquico poderiam ser descritos. O sistema ψ , já colocado anteriormente numa primeira tentativa de esquematizar o funcionamento do registro de memórias, no Projeto¹³, agora é retomado a partir de noções sistêmicas de registros de percepções e formações de representantes simbólicos:

“Imaginemos o aparelho psíquico como um instrumento composto, cujos componentes chamaremos de instâncias ou, por amor da expressividade, *sistemas*. Depois esperaremos que esses sistemas possam manter uma relação espacial constante entre si, como, por exemplo, os vários sistemas de lentes de um telescópio são dispostos um atrás do outro. A rigor, não há necessidade de supor uma ordenação realmente *espacial* dos sistemas psíquicos. Basta que se estabeleça uma ordem fixa, na qual, em certos processos psíquicos, os sistemas sejam percorridos pela excitação em determinada sequência *temporal*. Em outros processos, a sequência pode sofrer uma alteração; vamos manter em aberto essa possibilidade. Em prol da brevidade, passaremos a chamar os componentes do aparelho de ‘sistemas ψ ’.” (Freud, 2019a, p.587)

O sistema ψ permanece neste momento da teoria como um sistema de registro de percepções e de facilitação de traços mnêmicos, tal como no *Projeto*, mas agora é descrito topograficamente a partir de uma organização processual, de uma sequência temporal de excitação psíquica que seria capaz de transformar estímulos visuais ou sonoros em representações linguísticas de maneira encadeada, a partir de sua capacidade de ampliar e formar uma imagem virtual como em um telescópio. Segundo a descrição inicial de Freud (2019a), o funcionamento deste aparelho, a princípio, correria assim: os conteúdos que chegam através da extremidade perceptiva (*Pcp*) são registrados como traços em nosso aparelho psíquico que podemos chamar de “traços mnêmicos”. A atividade psíquica que partiria então de estímulos (internos ou externos), seria processada em redes de associação linguística e terminaria em inervações, na outra extremidade, motora (*M*):

¹³ Ver página 84 desta tese.

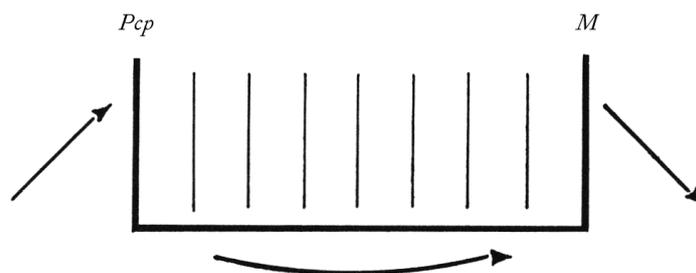


Figura 9: Primeiro esquema geral do aparelho psíquico – parte 1 (Freud, 2019a, p.588)

Estas duas extremidades do aparelho não teriam, em si, capacidade simbólica: o pólo receptivo (*Pcp*) auferir os estímulos da percepção e nada conserva deles, ao passo que o pólo motor (*M*) tem função de descarga, não de conservação ou organização. A elaboração do material seria encadeada, portanto, por vias de facilitação mnêmicas, por processos de associação dos representantes que, em cadeia, dariam ao conteúdo perceptivo inscrição na linguagem através de traços (*Mn*, *Mn'*, *Mn''*...):

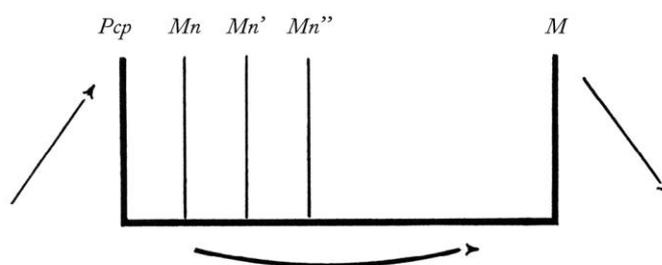


Figura 10: Primeiro esquema geral do aparelho psíquico – parte 2 (Freud, 2019a, p.588)

Apesar da notável similaridade com o sistema $\phi\psi\omega$ do *Projeto*, aqui jaz uma diferença substancial entre o primeiro modelo de psiquismo que apresentamos neste capítulo, no ponto 2.1, e o de agora, no ponto 2.2: Freud (2019a) deixa muito claro que não está mais preocupado com a localização anatômica destes sistemas de integração de conteúdo. Prioriza, neste momento teórico, o caráter dinâmico do processo engendrado pelo recalque nas formações substitutivas que sustentam a interpretação como método de tratamento propriamente psicanalítico do adoecimento neurótico. Partindo, portanto, de uma visão topológica para o recalque, e conseqüentemente para as formações do inconsciente, a existência dos sintomas, dos sonhos e dos chistes supunha a existência de duas instâncias psíquicas, uma das quais submete a atividade da outra a uma censura, e cujo resultado direto é a transcrição não-literal observada nas modificações semânticas. A localização que tem como referência o fluxo do conteúdo registrado no esquema

inconsciente → pré-consciente e a subsequente → emergência na consciência é assim descrito por Freud (2019a):

“Denominamos pré-consciente o último dos sistemas na extremidade motora, para indicar que os processos de excitação que nele ocorrem podem chegar à consciência sem maior impedimento, caso determinadas condições forem satisfeitas; por exemplo, se atingirem certo grau de intensidade, se aquela função denominada atenção for distribuída de certa forma etc. Ele é, ao mesmo tempo, o sistema que tem as chaves da motilidade voluntária.

O sistema por trás deste chamamos o inconsciente, pois não tem acesso à consciência senão pelo pré-consciente; ao passar por este, seu processo de excitação tem de se submeter a modificações.” (p.591-592)

Este esquema típico do fluxo das representações dentro do aparelho psíquico foi assim ilustrado:

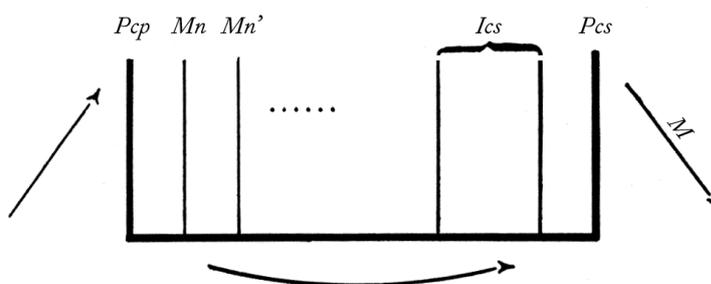


Figura 11: Segundo esquema geral do aparelho psíquico (Freud, 2019a, p.591)

O ponto que aqui nos interessa para introduzir com qual ideia de aparelho psíquico Freud trabalhava a esta altura é aquele que diz respeito à sua função de criação de símbolos e representações como que em um processo de tradução, sua marca de encadeamento associativo na transmissão do fluxo simbólico ($Mn, Mn', Mn''...$), partindo da extremidade perceptiva (Pcp) e indo à extremidade motora (M), passando por subtrações do inconsciente e o crivo pré-consciente para se materializarem.

Entender o modo de funcionamento deste aparelho nos importa para o que aqui nesta tese chamamos de *leitura do sintoma e escrita do caso* pois, quando elencamos as operações de linguagem envolvidas no processo de ciframento do conteúdo inconsciente tal como a condensação, o deslocamento, a representação pelo oposto, a representação indireta...¹⁴, não podemos deixar de supor, junto a Freud (2019a) que, mediante estes

¹⁴ Ver página 100 desta tese.

trabalhos, um conteúdo que seja propriamente inconsciente só pode emergir à superfície da consciência se atingir um certo grau de intensidade para coagir o investimento do sistema pré-consciente na direção inversa. Uma vez que há um fluxo definido no trabalho de tradução das percepções pelo aparelho psíquico, o que tornaria um conteúdo alvo de deformações requisitadas por um sistema anterior? Dito de outra forma, por que o sintoma tem o caráter patológico da insistência retrógrada, da cifra desconexa da atualidade, se o aparelho é projetado para funcionar em um fluxo progressivo? Há um certo caráter de imposição dos registros fixados no inconsciente que fazem com que o sistema pré-consciente tenha que dispender de energia para tratá-los, são representantes que, como já apontava a *Carta 52*, convocam insistentemente investimento psíquico para uma localização temporal anterior, à contragosto do fluxo progressista de escoamento. A este mecanismo, neste momento, Freud (2019a) deu o nome de *Regressão*. A *Regressão* “é um efeito da resistência que se opõe ao avanço de um pensamento em direção à consciência pela via normal” (p.598), é como se algum material superinvestido e fixado no inconsciente fizesse pressão para se engendrar, mesmo tendo sido censurado e reconduzido de forma a ser eliminado no pré-consciente. Logo, a formação dos sintomas passa, neste modelo topológico de aparelho psíquico, por dois tipos de processos neste mesmo texto apresentados por Freud (2019a): o *processo primário* e o *processo secundário*, dispostos assim não só considerando a hierarquia e o desempenho, mas também uma ordem cronológica no fluxo das associações. O *processo primário* está diretamente ligado às leis que vigoram no inconsciente e o *processo secundário* já na instância pré-consciente. Entender que se tratam de dois processos diferentes, que seguem regras diferentes, e que ambos se manifestam no sintoma terá, adiante, inúmeras consequências para esta tese.

O *processo primário* é aquele que se regula através da noção homeostática do aparelho em sua forma mais primitiva, quer seja, a pura necessidade de descarga e, portanto, de satisfação. Vigora no inconsciente e trata de representantes que não têm função de ligação, que não associam, só impelem ao escoamento. Apesar de se tratar de um processo “primitivo”, se tomamos o aparelho em um fluxo progressista, é porque ainda assim é presente e opera no presente que, por exemplo, em todo sonho haveria um novelo de pensamentos que não passa pelo trabalho de encadeamento de representação simbólica e que, portanto, não estaria disponível para decifração. Este ponto do sonho comporta uma densidade distinta daquela que foi engendrada pela linguagem, trata-se de

um emaranhado de conteúdo que não se permite desembaraçar, como se de um cogumelo fosse seu micélio, e que Freud chamou, como já mencionamos, de “umbigo” (Freud, 2019a, p.575). Mais tarde, este mecanismo de funcionamento primário do aparelho torna-se crucial para entender o caráter de repetição e determinação presente no sintoma. Se a formação sintomática obedece às regras em vigência no inconsciente, a saber, àquelas onde só vigora o fluxo de investimento que impele à descarga, uma parte do sintoma estaria associada diretamente ao núcleo do trauma sem representante, sem ligações, que só busca sua satisfação, acriticamente. Guardemos este ponto.

Já o *processo secundário* é aquele que resulta da censura imposta pelo pré-consciente, uma instância acima do inconsciente, de cunho predominantemente associativo. É um processo que precisa cotejar a busca de descarga, de prazer, com o princípio da realidade para poder chegar à consciência. O trabalho de formação do sintoma, lembramos, aqui definido como uma realização de desejo, passa necessariamente por este trabalho linguístico de associação, sem deixar de seguir o princípio da descarga em uma rede de excitação por ele assim regulada:

“Nós nos aprofundamos na ficção de um aparelho psíquico primitivo, cujo trabalho é regulado pelo esforço de evitar acúmulos de excitação e manter-se livre de excitações o máximo possível. Por isso ele foi construído segundo o esquema de um aparelho reflexo; a motilidade, primeiramente um meio para a mudança interna do corpo, era a via de descarga de que dispunha. Depois abordamos as consequências psíquicas de uma experiência de satisfação, e nisso já podíamos introduzir a segunda hipótese, a de que o acúmulo de excitação — conforme certas modalidades que não nos interessam — é sentido como desprazer e põe o aparelho em atividade para novamente produzir o resultado de satisfação, em que a diminuição da excitação é sentida como prazer. Chamamos desejo essa corrente que no aparelho, partindo do desprazer, visa ao prazer; dissemos que nada senão um desejo é capaz de pôr o aparelho em movimento, e que nele o curso da excitação é regulado automaticamente pelas percepções de prazer e desprazer.” (Freud, 2019a)

Acompanhemos então a partir da descrição deste aparelho o processo de formação dos sintomas: partimos do pressuposto de que aquele aparelho psíquico é regulado pelo princípio do prazer, então, o primeiro sistema é totalmente incapaz de introduzir, voluntariamente, algo desprazeroso na consciência: “o sistema não pode senão desejar” (Freud, 2019a, p.654). Diante de uma possível fonte de desprazer, de uma representação de incompatibilidade com a consciência, portanto, dois caminhos de trabalho se abrem:

“ou o trabalho do segundo sistema se livra completamente do princípio do desprazer, continuando seu caminho sem se preocupar com o desprazer das lembranças, ou acha um meio de investir a lembrança desprazerosa de modo tal que a liberação do desprazer é evitada” (Freud, 2019a, p.655). Como a primeira hipótese deve necessariamente ser descartada, uma vez que os conteúdos inconscientes partilham o caráter de indestrutibilidade, “são vias abertas de uma vez por todas, que jamais saem de uso e levam o processo de excitação à descarga sempre que a excitação inconsciente torna a investilas” (p.604), resta a segunda opção, conforme a qual o sistema deve investir uma representação de modo que ela possa inibir a descarga, comparável à inervação motora, na direção do desenvolvimento do desprazer. No que diz respeito à formação dos sintomas neste aparelho, portanto, os representantes transformados pelo *processo secundário* seguem este pressuposto, são representantes intimamente ligados a lembranças reprimidas ou que permaneceram inconscientes que devem ser associados ou modulados para evitar o desprazer. O *processo secundário* seria o responsável pelas associações em redes mnêmicas de forma a se utilizar da plasticidade das palavras para cifrar o conteúdo pulsional incompatível:

“Nesses casos de transformação regressiva dos pensamentos não podemos ignorar a influência de uma lembrança, geralmente infantil, que foi reprimida ou permaneceu inconsciente. O pensamento vinculado a ela, e impedido pela censura de se expressar, é como que arrastado pela lembrança para a regressão, para a forma de representação em que ela mesma tem existência psíquica.” (Freud, 2019a, p.596)

É o mecanismo da *regressão*, a impossibilidade de eliminar vias abertas pela dor ou igualmente pela satisfação, sempre pré-dispostas a serem reinvestidas pela pulsão, que explica tantas ocorrências notáveis na vida psíquica dos neuróticos e permite a Freud definir os sintomas, neste momento teórico, tal qual como os sonhos, como realizações de desejos. Temos a partir daí que é justamente nisto que deve intervir a interpretação do psicanalista a fim de *ler o sintoma* em busca da *palavra que fere*: na busca pelo caminho aberto de escoamento psíquico introduzido pelo trauma, indestrutível, mesmo que agora ele se vincule através de uma cifra. Apesar do trabalho do processo secundário deformar as representações até torná-las incompreensíveis, a iminência da abertura das vias de escoamento com descargas tão potentes faz com que elas sempre sejam transitáveis até seu núcleo, se um quantum de excitação as utiliza:

“Uma ofensa de trinta anos antes continua a ser sentida como se fosse nova, após ter adquirido acesso às fontes afetivas inconscientes. Sempre que se toca em sua lembrança, ela volta à vida e se mostra investida de excitação, que acha descarga motora num ataque. É precisamente nisso que a psicoterapia tem de intervir. Sua tarefa é encontrar resolução e esquecimento para os processos inconscientes. Pois o empalidecimento das lembranças e a fraqueza afetiva das impressões não tão recentes — que tendemos a ver como naturais e afirmamos ser uma influência primária do tempo sobre os resíduos mnêmicos da psique — são, na verdade, mudanças secundárias, que surgem mediante um árduo trabalho. É o pré-consciente que realiza esse trabalho, e a psicoterapia não pode encetar outro caminho senão o de submeter o Inconsciente ao domínio do Pré-Consciente.” (Freud, 2019a, p.630-631)

É nisto que consiste o programa da Interpretação no que aqui nos interessa para construir um caso clínico. Se o aparelho psíquico descrito em 1900 nos dá indicações de como o processo do recalque se utiliza de ferramentas de torção linguística para fazer crivo ao conteúdo inconsciente, o trabalho interpretativo é ler o sintoma através destes mecanismos em busca do que não cessa de tentar se escoar através das vias uma vez abertas pela pulsão. Fazemos o caminho contrário daquele apontado pelo aparelho psíquico de 1900: vamos do *processo secundário* (associativo) ao *processo primário* (de descarga) em busca do núcleo do sintoma, um processo de redução do sentido.

Quando versamos sobre este ponto: vamos atrás daquilo que não cessa de tentar se escoar através das vias uma vez abertas pela pulsão, oportunamente somos levados novamente à Emma, paciente de Freud que se presentificou para ele enquanto ponto de enigma e não deixou de mobilizar energia psíquica no trabalho do mesmo na construção da psicanálise. Salta aos olhos, no desenho esquemático da construção daquele caso clínico, o fato de que, seguindo o caminho do trilhamento aberto pelo sentido, o sistema inaugurado pelo sintoma comporta setas que não levam a lugar algum¹⁵. Na parte inferior do esquema, é possível localizar setas de direcionamento de forças que não se ligam a outros representantes na teia das recordações da paciente – trata-se de *quantum* de energia psíquica não ligado a representante algum. Não se trata de um aspecto pormenor do caso, pois é justamente deste lugar de onde nada se representa que advém a liberação do investimento que está no cerne da patologia, é este ponto aquele que Freud apontava como “umbigo” do sentido e que coincide com o ponto para onde convergem os representantes

¹⁵ Ver página 90 desta tese.

recordados das duas cenas. Justamente no extremo a partir do qual retroativamente uma excitação sexual irrompe na forma de angústia, não há ligação de sentido alguma atrelada a um representante, é um gancho que engendra, mas não é engendrado, associa, mas não está associado. No caso de Emma, é a fonte do investimento psíquico que demanda ser mecanicamente dissipada entre os representantes do circuito sintomático – seu elemento invariante. Para André (1987), o notável esquema que Freud desenha apresenta então consequências que o próprio *Projeto*, em si, não foi capaz de contemplar, pois, ao não explicar como tal elemento ilustrado na parte inferior funcionava no caso, ele deixa de recolher o ponto Real do sintoma em sua função de *causa* (p. 79), fora do sentido.

Talvez não tenha sido fortuito que este caso – Emma – retorne na construção do arcabouço teórico da Psicanálise a partir de um sonho de seu próprio fundador, Freud, sob o nome de Irma, descrito na *Interpretação dos Sonhos* (Schur, 1982 apud. Teixeira, 2010). O *sonho da injeção de Irma* é, segundo Freud (2019b), o sonho fundador, inaugural, marca, em outros termos, a insurgência da Psicanálise como um campo. Digno de nota, por conseguinte, que Emma não tenha sido exatamente o que poderia ser chamado de um caso de sucesso terapêutico da teoria ali gestada. Dentre manobras arriscadas divididas com seu interlocutor William Fliess e intervenções próprias que ele enquanto médico colocava constantemente em questão, o caso retornou neste sonho de Freud, figurando justamente essa insígnia refratária ao sentido, exposta na parte inferior de seu esquema incompleto. E é este justamente o ponto que vamos seguir para entender como este aparelho psíquico tradutivo, ponto de ancoragem da interpretação analítica como método privilegiado de acesso ao inconsciente, acaba por encontrar um limite para a exploração indefinida da linguagem e suas torções plásticas.

2.2.4 Sintoma, mensagem cifrada: o sonho de Freud

Como era de costume em suas estratégias de autor, Freud se utiliza de vários exemplos como recursos retóricos na construção de sua teoria. Desta vez, de forma não muito usual, ele decidiu explorar abertamente um sonho próprio, que ele mesmo nomeia como “inaugural”. Trata-se de um sonho que ficou difundido pelo nome de *Sonho da Injeção de Irma* (Freud, 2019b). Aqui destacamos seu caráter de inaugural na direção em que este aponta para além do sentido, em seu ponto refratário à interpretação. *Irma*, que também é *Emma*, convocou o próprio sintoma *phaenarete* de Freud e o colocou a trabalho na construção da psicanálise ao questionar a maquinaria da significação tradutiva. Foi o

primeiro indício dos limites da terapêutica da interpretação e, por que não, da própria psicanálise como técnica. É por isso que aqui destacamos este sonho: é um sonho que em sua função convoca Freud ao nó do fora-do-sentido, ao Real, se preferirmos os termos de Lacan.

No sonho, a paciente, que aparece visivelmente doente e abatida em uma festa, é por Freud examinada, ao passo em que, neste exame, o que Freud enxerga, quando ela abre a boca, é uma carne infeccionada, uma grande mancha branca, extensas crostas cinzentas esbranquiçadas nos ossos turbinados do nariz (Freud, 2019b, p.139). De imediato, ainda no sonho, Freud se pergunta sobre a origem da infecção e se lembra que seu amigo Otto havia nela aplicado uma injeção com um preparado de propil, propileno... ácido propiônico... TRIMETILAMINA! A fórmula saltou diante de seus olhos com clareza digna de nota, em negrito (p.139). Ao que ele ainda acrescentou: “esse tipo de injeção não se aplica levianamente... também é provável que a seringa não estivesse limpa” (p.139).

Ao procurar a resposta para sua angústia na cavidade bucal de Irma, o que Freud encontrou foi a própria ausência de significado corporificado na imagem crua e aterrorizante da carne, essa zona que Lacan (2010) nos convocou a interpelar a partir de seu valor Real na decomposição do sexual (p.216). É precisamente em resposta a esse horror que aparece, ocupando um espaço de importância no sonho, a fórmula da trimetilamina, literalizada ali na grafia química, representando o aspecto Real do sexual em jogo no caso, refratário ao sentido: as setas em direção a um sem representante explícito no seu esquema do caso. Têm-se, então, que a fórmula literal da Trimetilamina, exposta de forma paulatina no sonho como uma mensagem muito clara, seria, nesse sentido, a solução “literalizante” do que o *Projeto*, como nos apontou André (1987), não conseguiu contemplar: a inserção do não sentido do Real do corpo, do sexual, numa formalização refratária ao sentido imaginário (Teixeira, 2010, p.6).

A partir dali, já que se tratou de um sonho *inaugural*, como Freud mesmo deixou claro, a Psicanálise estava apta também a interpelar a verdade do sintoma para além de seu sentido como símbolo do recalcado, além da formação do compromisso, no nível de seu enigma nuclear. No lugar de gerar um discurso que visava determinar o seu significado, o seu sentido, Freud pôde situar o sexual na própria impossibilidade semântica estenografada na sua função de fórmula – sua redução mínima. Importante

grifar este ponto, pois a ele voltaremos já com as formulações de Lacan, com seus matemas. É para os limites do sentido que aponta o sonho freudiano da injeção de Irma e é seguindo este fio que vamos para o último momento teórico de Freud na construção do sintoma que aqui esquematizamos. Lembrando que até aqui Freud seguia uma noção homeostática como pressuposto do aparelho psíquico, vamos agora para uma noção de sintoma revisitada por Freud a partir de uma visada crítica acerca dos alcances e fronteiras de sua técnica: como pode operar a psicanálise quando confrontada com aquilo que está para além do princípio do prazer?

2.3 O SINTOMA ALÉM DO PRINCÍPIO DE PRAZER (1920-1940)

Tudo parecia sistematicamente arranjado nas engrenagens do aparelho tradutivo de Freud. Se o inconsciente tinha estrutura de linguagem, se o recalque era o mecanismo psíquico que alijava o sujeito da integração de sua história e conferia ao sintoma sua etiologia parasitária e, se, ao reintegrar o conteúdo injurioso, o sujeito estaria apto a se libertar de seu sofrimento, a Psicanálise tinha muito bem localizada sua função de introduzir a revelação epifânica da verdade que conduziria o paciente até a cura. Mas a clínica, em sua materialidade, não cessava de não escrever seus pedaços de Real nas margens da tradução simbólica de Freud. Mesmo casos meticulosamente decifrados não eram protótipos de sucesso terapêutico. O sintoma retornava, tempos depois, transvestido de outras formas ou até vestindo as mesmas roupagens, dessa vez ainda mais rígidas. O paciente parecia predestinado a repetir seu *modus operandi* de sofrimento, mesmo que estivesse a par dos danos que ele voluntariamente se imputava. Por quê? Parece ter sido essa pergunta que Freud vem responder quando escreve *Além do Princípio do Prazer*, em 1920.

A insurgência do sintoma que não cessava de se exhibir, se modular ou se repetir colocou diante de Freud questões sobre a eficácia da sua clínica tradutiva da interpretação. Uma vez que, ao revelar o conteúdo criptografado relegado ao inconsciente pela barra do recalque, a mensagem do sintoma seria decifrada e o afeto a ela ligado ab-reagido, por que ele não cansava de se apresentar mesmo o analista tendo feito este trabalho com acurácia? O texto é notadamente reconhecido como um ponto de virada da teoria psicanalítica, não apenas por sua inovação teórica, a saber, a introdução do conceito de *pulsão de morte* em seu capítulo VI, mas porque ele representou, sobretudo, uma virada ética na forma como Freud conduzia suas expectativas com relação ao progresso do

humano em seu individual e da humanidade em seu coletivo. Após 25 anos de clínica e uma guerra que devastou grande parte da Europa, foi preciso admitir que era possível que os sujeitos buscassem para si um bem que não era correspondente ao bem-estar, e promover uma volta aos pressupostos quantitativos de sua primeira formulação teórica para explicar tal feito. A teoria da fixação traumática, agora aqui revisitada, não permitiria mais que o sintoma pudesse ser lido como regulador homeostático de um mandamento de princípio de prazer. Não apenas. Uma nova perspectiva se abriu para lê-lo.

É preciso dizer, todavia, que o fracasso do princípio do prazer não era exatamente desconhecido ao primeiro modelo clínico da interpretação. O triunfo do princípio de prazer levado às suas últimas consequências representaria o protótipo de um modo elementar de trabalho do aparelho psíquico que, em um exercício imaturo de autoafirmação do organismo sob as exigências do mundo exterior, tenderia a se mostrar totalmente inútil e até mesmo desvantajoso em situações de risco. Como o Eu não poderia se expor indiscriminadamente e exigir sua satisfação a qualquer preço, sob a influência das pulsões de autoconservação, o princípio de prazer é sucedido pelo *princípio de realidade*, que torna o Eu apto a renunciar ou modular as possibilidades de satisfação das pulsões sexuais difíceis de “educar” (Freud, 2020). Este mecanismo garante uma espécie de adaptação do psiquismo frente às demandas externas, ao passo que negocia a diligência da experiência de satisfação. Têm-se, portanto, desde o início, que diante do *princípio de realidade* o programa do princípio de prazer poderia fracassar. O feito é nítido no trabalho do processo secundário que elencamos na descrição do aparelho psíquico de 1900. Mas ele não pareceu abarcar todas as problemáticas econômicas da pulsão. Freud (2020), quando munido das aquisições teórico-clínicas do advento do Complexo de Édipo, assim apresenta outras nuances das experiências de desprazer:

“Não há dúvida, contudo, de que a substituição do princípio de prazer pelo princípio de realidade só pode ser responsabilizada por uma pequena parte e não pela parte mais intensa das experiências de desprazer. Outra fonte de liberação não menos regular provém dos conflitos e clivagens no aparelho anímico, enquanto o Eu passa por seu desenvolvimento em direção a organizações de composição mais complexas. Quase toda energia que preenche o aparelho provém das moções pulsionais inatas, mas nem todas elas são admitidas às mesmas fases de desenvolvimento. No meio do percurso, sempre volta a ocorrer que pulsões isoladas ou partes de pulsões revelem-se inconciliáveis em suas metas ou reivindicações com as restantes que podem juntar-se à unidade abrangente do Eu. São, então, *dissociadas dessa unidade pelo processo de*

recalcamento, retidas em estágios inferiores do desenvolvimento psíquico e antes de tudo cortadas da possibilidade de uma satisfação. Caso então consigam – o que acontece tão facilmente com as pulsões sexuais recalcadas –, através de desvios, lutar para chegar a uma satisfação direta ou substitutiva, esse êxito, que normalmente teria sido uma possibilidade de prazer, será sentido pelo Eu como desprazer.” (Freud, 2020, p.65-67, grifo nosso)

Se a impossibilidade do triunfo completo do princípio de prazer já era então notadamente reconhecida nos percursos edipianos da pulsão, a guinada iniciada em 1920 vem, na verdade, na esteira de um mecanismo psíquico chamado de *Compulsão à Repetição* (*Wiederholungszwang*). Não custa lembrar que Freud havia se deparado não só com os limites da clínica da interpretação, mas também com a guerra e com sujeitos acometidos pelos traumas que dela advieram. A magnitude das impressões traumáticas que as neuroses de guerra mostraram ao autor corroboravam com a primeira formulação da neurose que aqui trouxemos, a da *Comunicação Preliminar* de Freud e Breuer em 1893, de que a compulsão à repetição (*Wiederholungszwang*) estaria diretamente ligada à carga quantitativa de uma vivência que não podia ser completamente integrada à consciência e que, portanto, fixava-a como um ponto de convocação da pulsão, de eterno retorno da mesma. Estes novos exemplos clínicos mostravam que a repetição incessante de uma experiência de desprazer estaria aí associada ao trauma enquanto sobrecarga no psiquismo, tal como descrito em 1893. Mas não só. O conceito de trauma parecia ter se tornado muito mais abrangente do que aquele associado a dor ou à satisfação intensa como demonstramos no tópico 2.1.2 do *Projeto*¹⁶. E é justamente a partir do exemplo banal de uma brincadeira infantil, uma vivência comum, não extraordinária como a de uma guerra, que Freud parte para introduzir sua inovação teórica.

Trata-se do exemplo de uma experiência observada de um garotinho de um ano e meio que, mais tarde, soube-se que se tratava do neto do psicanalista, Ernst Freud Halberstadt, filho de Sophie Freud, morta também em 1920¹⁷ em decorrência da fatalidade da gripe espanhola. Ernst e Sophie tinham uma relação muito terna e o menino, muito comportado e pacífico, nunca chorava diante das ausências da mãe, o que despertava no observador avô, Freud, especial estranheza. Ao invés do choro, a criança

¹⁶ Ver página 87 desta tese.

¹⁷ Muito se especulou sobre a coincidência entre o ano da morte de Sophie, que por muitos era apontada como a filha favorita de Freud, e a data da publicação do pessimista texto aqui referido, *Além do Princípio do Prazer*. Teria sido mais um atravessamento biográfico de Freud em sua obra? Aos leitores interessados: Iannini & Tavares, 2020.

parecia ter desenvolvido um método próprio para lidar com sua angústia de separação: uma brincadeira de carretel. Ernst gostava de atirar todos os brinquedos ou objetos pequenos que conseguisse pegar para bem longe de si, para um canto do cômodo, para debaixo de uma cama ou para outros lugares escondidos, e ao fazê-lo, produzia, com uma expressão de interesse e satisfação, um “o-o-o-o” sonoro e prolongado, que, segundo o julgamento unânime da mãe e do próprio Freud, não era uma interjeição, mas significava “*fort*” (desapareceu, sumiu). Depois de “fazer desaparecer” seus objetos de interesse, Ernst puxava o carretel pelo cordão para fazê-lo reaparecer, dessa vez exprimindo sua satisfação em um conteúdo “*da*” (eis aqui, achô, chegô) (Freud, 2020, p.75-79).

Freud (2020) formalizou, a partir do exemplo da brincadeira do *fort-da* de Ernst, o que poderia ser o indicativo de uma outra explicação para o empuxo à repetição identificado nas neuroses de seus pacientes. Se a interpretação do conteúdo inconsciente não se mostrava suficiente para fazer ceder o sintoma no paciente, isso poderia ser porque “ele se vê antes forçado a *repetir o recalcado como experiência* no presente, em vez de *lembrá-lo* como uma parte do passado, como preferia o médico” (Freud, 2020, p.87, grifo nosso). Uma vez que o paciente literalmente atuava em direção a atualizar experiências que não continham possibilidade de deleite ou insistia em trazer de volta sintomas que mesmo à luz da teoria da formação de compromisso não poderiam ser lidos simplesmente como satisfações, fez-se necessário pensar o que poderia agir ali como uma força motriz na apresentação do sintoma, que poderia se localizar além do princípio de prazer:

“Nós nos surpreendemos muito pouco com esse ‘eterno retorno do mesmo’ quando se trata de uma conduta ativa da pessoa em questão e quando descobrimos em seu ser o traço de caráter que se mantém, e que deve necessariamente se manifestar na repetição das mesmas vivências. Muito mais intensamente nos atingem os casos em que a pessoa parece vivenciar passivamente algo sobre o que não tem nenhuma influência, enquanto está sempre vivenciando apenas a repetição do mesmo destino. Em vista dessas observações extraídas da conduta na transferência e do destino dos seres humanos, encontraremos a coragem para supor que realmente exista na vida anímica uma compulsão à repetição que sobrepuja o princípio de prazer.” (Freud, 2020, p.95-97)

Esta compulsão à repetição, Freud a localiza então como “mais originária, mais elementar e mais pulsional do que o princípio de prazer” (Freud, 2020, p.99), uma vez que parecia conduzir o comportamento do sintoma a um estágio sempre anterior, uma

espécie de tendência de sempre retornar, até atingir o estado onde não haveria distinção do que seria uma experiência de prazer ou desprazer. Se está atrelada a um estágio mais elementar, qual seria este?

Como já aludimos anteriormente, há hierarquia no processo de disposição da circulação da pulsão no aparelho psíquico¹⁸. O *processo primário* é um processo em regência no inconsciente que age sob representantes mnêmicos livremente móveis, que independem do princípio do prazer ou do princípio da realidade, pois não estão associados a nenhum representante simbólico. Conforme posto na teoria da ab-reação¹⁹, é aí que circula primeiramente o excesso pulsional derivado da supraexcitação, onde se aloja e se fixa o acontecimento traumático. Uma vez que o processo de ligação desta pulsão livre a um representante tenha acontecido, ou seja, um processo *secundário*, aí sim pode se estabelecer, ou melhor dizendo, pode impor suas regras de funcionamento, o princípio do prazer ou o princípio da realidade. A compulsão à repetição, trata-se de assentá-la, portanto, entre os processos primários, aqueles em que a pulsão ainda não se liga a nenhum representante simbólico e não tem como objetivo direto a regulação do princípio de prazer ligado à satisfação – ela apenas pressiona à descarga. É a pulsão pura e livre, no limite com o orgânico do corpo. E é também, aparentemente por isso, que o sintoma não cedia por completo às tratativas da linguagem na clínica tradutiva da interpretação: a compulsão à repetição desconhece gramática e revela como objeto príncipe da pulsão a ausência de estímulos no aparelho psíquico, o retorno à inércia orgânica de carga zero que o corpo vivo almeja de origem. Toda *leitura* do sintoma após 1920 precisou levar isto em consideração.

Como se pode ver, em grande medida, são também os pressupostos quantitativos da economia psíquica que balizaram a escrita do descartado Projeto, em 1895, que retornam com toda sua sofisticação no *Além do Princípio do Prazer*. No cerne da tese da *compulsão à repetição* está o fator econômico da fixação traumática. Freud ainda sendo Freud em seus apelos biologicistas, o que muda após a formalização do conceito de pulsão, em 1915, é que não se visualiza mais a velha noção de homeostase psíquica sem cotejar o atravessamento de suas metas pulsionais particularizadas em seu

¹⁸ Ver página 116 desta tese.

¹⁹ Ver página 78 desta tese.

desenvolvimento edipiano, ou muda mais ainda a noção de homeostase que, após 1920, é obrigada a cotejar a direção à inércia orgânica do humano enquanto ser vivo.

Em 1915, os primeiros dois grandes grupos de pulsões, articulados então às suas duas principais metas, foram diferenciados entre as pulsões de autoconservação, também chamadas de pulsões do Eu, e as pulsões sexuais, estas, de caráter objetal. Ali a noção de pulsão já introduz novidades no modelo quantitativo, mas, esta primeira distinção das pulsões entre pulsões do Eu e pulsões sexuais, sendo as do Eu aquelas que pressionam para o retorno ao inanimado da inércia psíquica e as sexuais as responsáveis pela ligação parcial com os objetos, não atendeu às novas exigências impostas pelas perguntas concernentes à compulsão à repetição. A clareza do Eu como reservatório prioritário da libido, a partir das descobertas sobre o narcisismo, também tornou insuficiente a antiga fórmula de que a neurose tem como base um conflito entre as pulsões do Eu e as pulsões sexuais. O que anteriormente era visto em termos de pressão, movimento e desenvolvimento como marca registrada da pulsão passou a ser visto também a partir de seu caráter conservador, de recusa à influência de forças perturbadoras externas, de regressão e desagregação. É aí que Freud se pergunta: “Será que realmente não existem outras pulsões, excetuando-se as pulsões sexuais, além daquelas que querem restabelecer um estado anterior, e será que há outras que anseiam por um estado nunca antes alcançado?” (p.143).

É introduzida então, em 1920, uma nova dualidade entre as pulsões, distinguindo-as agora entre *pulsões de vida* e *pulsões de morte* (Freud, 2020, p.175). Seja em prol da conservação do Eu ou em prol de manter o gasto mínimo nas relações com os objetos, a proposição da existência de uma pulsão de destruição (*Destruktionstrieb*) ou pulsão de morte (*Todestrieb*) ganha forças para explicitar o caráter regressivo do aparelho psíquico em contraposição a Eros, a pulsão de vida. Uma vez que foi preciso admitir que mesmo as pulsões que supostamente tinham função de conservar o Eu tinham em si apelos destrutivos, como era nítido em suas modalidades sádicas, o prejuízo do objeto tomado como meta era um modo mais convincente de explicar a compulsão à repetição. A compulsão à repetição, lembrando, aquela que não está sob a égide do princípio de prazer, serviu então de bússola para indicar as pulsões de morte. Uma vez que está associada ao *processo primário*, que desconhece a função de prazer do aparelho psíquico, a compulsão à repetição regida pelas pulsões de morte está relacionada às moções psíquicas não ligadas, às que não fazem circulação na cadeia associativa dos representantes, pelo

contrário, *fixam-se* e atuam em pressão acrítica de descarga. A elaboração da divergência no modelo dualista das pulsões ganha contornos ainda mais precisos quando deixa de ser pensada em termos de diferenciação qualitativa e passa a ser pensada em termos tópicos, a partir da delimitação clara entre Eu, Isso e Super-Eu²⁰ que veremos no ponto sobre esta nova presunção de aparelho psíquico que se inaugura.

Mas quais são, afinal, as implicações diretas da nova distinção das pulsões entre pulsão de vida e de morte, no que tange à nossa pergunta de pesquisa, a saber, no que nos instrumentaliza a realizar uma *leitura* do sintoma? A pulsão de morte parece ser o ponto que localiza os limites da clínica da interpretação ou aquilo que em sua essência a modifica, a redireciona para um outro alvo de interesse. Uma vez que a compulsão à repetição está localizada em um estágio anterior ao das associações simbólicas que conferem ao analista seu poder de tradutor da verdade, tem-se o apontamento de que o sintoma, em sua radicalidade na economia psíquica, só pode ser mesmo *lido*, localizado naquilo que ele apresenta de enigmático, de indecifrável. É até esta redução, fórmula mínima, nodal, núcleo duro da pulsão de morte que se chega a fim de *ler* o sintoma para *escrever* o caso. Explicaremos como.

Nossa hipótese converge com as noções das quais Freud se utiliza, já em sua maturidade teórica, sobre a instrumentalização do analista em sua função de *ler* e interpretar. Em *Construções em Análise*, texto escrito em 1937, Freud (2018b) questiona a possibilidade de existir a recuperação de uma enunciação completa sobre o inconsciente, questiona a existência de uma "verdade histórica" do sujeito, apontando que a interpretação que é feita em análise não está relacionada à comunicação de um saber, mas à atualização da materialidade da pulsão que está na base da sua significação. Agora, diante do que o analista realiza ao assoalhar os escombros do inconsciente em um trabalho similar ao de um arqueólogo, interessa mais o que o paciente irá fazer com isso, o que ele constrói a partir dos destroços, do que a revelação de uma verdade criptografada. Seguindo a metáfora freudiana do arqueólogo, é possível partir deste momento teórico para estabelecer o trabalho do analista como aquele que localiza algo do sintoma como quem busca reconstruir cartograficamente os arranjos de uma história que sucumbiu, mas que ainda existe, e admite que é apenas isso que ele pode fazer ao interpretar: localizar

²⁰ Adotamos ao longo do trabalho de investigação diferentes edições da obra de Freud, com consequentes diferentes abordagens de tradução. Arbitrariamente elegemos algumas terminologias para padronizar os conceitos nesta tese. Aqui, por exemplo, privilegiamos a adoção do termo *Super-Eu* em detrimento do termo *Ego*. Esta mesma substituição seguirá em todo o corpo desta tese, inclusive nas citações diretas.

um dito e entregar ao paciente essa chave de leitura – uma espécie de: “isso é seu, parte soterrada e degradada de você que permanece em sua estrutura, se vire com isso”.

Este novo projeto clínico expresso em 1937 parece convergir com uma das últimas formulações de Freud, em *Análise Terminável e Interminável* (Freud, 2018), onde o sintoma aparece como uma parte integrada ao Eu, não mais em um aspecto parasitário ou estrangeiro que deveria ser extirpado, “drenado” como o abscesso que outrora colocamos. *Análise Terminável e Interminável* (Freud, 2018) foi escrito depois do advento das análises didáticas, quando Freud começa a acompanhar casos de analistas em formação, que não tinham mais como objetivo a rápida dissolução do sintoma e a consequente exigência de resolução do tratamento. Diante desses casos em que não havia a pressão da resolução, ele começa então a se perguntar se seria possível ou não levar uma análise a cabo, até o fim, e, em caso da resposta afirmativa, o que poderia ser este fim propriamente dito. O tratamento da questão passou pelo estabelecimento de 3 perguntas fundamentais: i) é possível resolver um conflito pulsional? ii) é possível, digamos assim, *domesticar* a pulsão de forma que o empuxo à repetição não imponha diante do paciente a necessidade de sempre retornar àquele engendramento? E, por fim, iii) É possível despertar um tratamento preventivo ante a conflitos patogênicos? (Freud, 2018, p.285). Como, por óbvio, tratavam-se de questões da mais alta complexidade, Freud recorre mais uma vez à bruxa da metapsicologia para reafirmar que tratava-se, sobretudo, de questões cuja resolução deveria passar pelo cunho *quantitativo* na causação dos sintomas:

“De fato, sempre nos comportamos como se o soubéssemos; mas em geral, nas nossas concepções teóricas, deixamos de dar à perspectiva *econômica* a mesma atenção que demos à *dinâmica* e à *topológica*. Minha desculpa, portanto, é lembrar essa omissão.” (Freud, 2018, p.289)

Em se tratando de uma disposição *econômica* a possibilidade ou a impossibilidade de sucesso na remissão dos sintomas (a primeira ideia que desponta como solução terapêutica), seria preciso então retornar ao período constitutivo da circulação da pulsão, já que, lembremos, ela tem caráter regressivo e se *fixa* em estágios do desenvolvimento edipiano do sujeito. A proposta era um programa de retorno aos recalques primários com a finalidade de uma revisão, de uma reconstrução ou até mesmo de uma inovação nestes, que, uma vez sendo mais maduros e aprimorados, poderiam melhor administrar as demandas pulsionais em prol de uma resolução quantitativamente mais benéfica ao

sujeito. Tratava-se de uma espécie de programa de retorno aos processos de recalques originários na busca de um novo e melhorado Eu:

“A análise, porém, faz com que o Eu amadurecido e reforçado empreenda uma revisão destes antigos recalques. Alguns são demolidos; outros, reconhecidos, mas construídos de novo, com material mais sólido. Esses novos diques têm um grau de firmeza muito diverso dos anteriores; deles se pode esperar que não cederão facilmente às marés altas do aumento pulsional. Portanto, a verdadeira realização da terapia analítica seria a correção a posteriori do processo de recalque original, correção essa que dá fim à preponderância do fator quantitativo.” (Freud, 2018, p.290)

Pareceu, a princípio, um ótimo programa terapêutico – a criação de um Eu aprimorado. Mas, como fazer análise não é fazer psicoterapia, o fracasso do trabalho de atuar junto aos efeitos dos recalques primários, ou, em outros termos, o programa do fortalecimento do Eu, também brevemente precisou ser reconhecido:

“Nem sempre atingimos plenamente, ou de maneira sólida o bastante, nosso propósito de substituir os recalques incertos por controles confiáveis e conformes ao Eu. Obtém-se a transformação, mas frequentemente de forma apenas parcial; partes dos velhos mecanismos permanecem intocadas pelo trabalho analítico.” (Freud, 2018, p.293)

Se malograram os esforços do analista de rever a disposição quantitativa das pulsões nos conteúdos recalcados para deles deixar livre o Eu, isso se dá, em última instância, porque elas passam *a fazer parte do Eu*, a integrá-lo não mais como um parasita que dele se apodera, mas como um elemento *constitutivo em sua economia*. Não se lê um sintoma sem levar isto em consideração. Em 1926, em *Inibição, Sintoma e Angústia*, Freud (2014d) já localizava a dificuldade de romper os laços conciliatórios entre o Eu e o sintoma, uma vez que em prol de uma economia no psiquismo, o Eu acaba por fixar-se no sintoma de forma a tornar-se com ele uma só coisa:

“É compreensível, então, que o Eu busque eliminar a estranheza e o isolamento do sintoma, utilizando todas as possibilidades de vinculá-lo a si de alguma forma e de *incorporá-lo* à sua organização mediante esses vínculos. Sabemos que tal empenho já influencia o ato da formação de sintoma. (...) Em seguida, o Eu se comporta como se fosse guiado por esta consideração: *o sintoma já está presente e não pode ser eliminado; agora é necessário haver-se com esta situação e dela tirar a melhor vantagem possível*. Ocorre uma adaptação ao pedaço do mundo

interior alheio ao Eu, representado pelo sintoma, tal como normalmente o Eu a realiza diante do mundo exterior.” (Freud, 2014d, p.29, grifo nosso)

Esta é, de alguma forma, uma ideia presente também desde os primórdios da Psicanálise, quando o sintoma, lido em sua função de *formação de compromisso*, passa a participar do que Freud ali chama do caráter do paciente, dos seus meios de vida e da sua personalidade. As resistências em análise para dissolução do sintoma estariam postas em decorrência também disto, uma vez que se o Eu e o sintoma fundem-se em uma só coisa, o Eu toma como ameaça direta a si a tentativa de desfazer o arranjo sintomático. O programa de fortalecimento do Eu, portanto, ao invés de fazer com que cesse o sofrimento psíquico através da atualização do recalque em prol de melhorias econômicas, acaba por servir às resistências e tornar o processo de integração do conteúdo da pulsão de morte ainda mais difícil. Fracassa a Psicologia do Ego porque, em última instância, não existe “Eu saudável”, um Eu que não comporte esse caroço insolúvel do sintoma. Em *Análise Terminável e Interminável*, em um dos seus últimos textos escritos e, portanto, no final de sua jornada teórico-clínica, Freud (2018) reacende estas tratativas e levanta como empecilho diante do trabalho analítico o fato de que o sintoma torna-se ele mesmo uma incorporação do Eu, parte constitutiva deste:

“Os mecanismos de defesa servem à intenção de manter afastados os perigos. É indiscutível que conseguem fazê-lo; é duvidoso que o Eu possa renunciar completamente a eles durante seu desenvolvimento, mas também é certo que eles próprios podem se tornar um perigo. Às vezes se constata que o Eu pagou um preço muito alto pelos serviços que eles lhe prestaram. O dispêndio dinâmico requerido para mantê-los, assim como as restrições do Eu que eles normalmente implicam, revelam-se um fardo pesado para a economia psíquica. Ademais, esses mecanismos não são abandonados após terem ajudado o Eu nos anos difíceis do seu desenvolvimento. Naturalmente, as pessoas não usam todos os mecanismos de defesa possíveis, mas apenas determinada seleção deles; mas *os escolhidos se fixam no Eu, tornam-se formas de reação regulares do caráter, que são repetidas por toda a vida, sempre que retorna uma situação semelhante à original.*” (Freud, 2018, p.304, grifo nosso)

Não se trata, no entanto, de uma incorporação pacífica. O sintoma, como verdadeiro substituto e representante das exigências do Isso no Eu, continua pressionando constantemente pela sua exigência de satisfação, que não pode ser atendida integralmente por este último. Em face disso, este Eu continua a emitir sinal de desprazer ao ser constantemente convocado em posição de defesa. Logo, em função deste sinal de

desprazer, presta-se a fazer aquilo que melhor sabe: arranjos. Quanto mais bem-sucedido for o arranjo, quanto menos exigir do Eu que este empregue esforços em uma luta defensiva, melhor assentado estará o sintoma e mais este se tornará uma reação regular de caráter, às vezes repetida por toda vida porque como uma solução pré-fabricada demanda menos dispêndio de energia. Está aqui nossa tese de que o sintoma pode ser *lido* pois apresenta em seu caráter invariante uma estabilização. É preciso redizer? A tese do sintoma freudiano é uma tese *econômica*, por isso podemos *lê-la*. Não precisando ser necessariamente o melhor adaptado ao mundo externo, o arranjo sintomático é o mais bem sucedido em sua incorporação ao Eu quanto menos desperte a instância prazer-desprazer pela geração de angústia, quanto mais funcione no “modo piloto automático” em sua invariância. Há, por exemplo, sintomas graves que não são acompanhados de angústia, as histerias de conversão e as fobias são casos que isto provam (Freud, 2014c, p.46) e que podem acompanhar um sujeito por toda uma vida sem se tornar demanda para uma análise. Nossos casos de Marcelo e Valéria trazidos a partir do trabalho da dissertação²¹ também demonstram isto.

Torna-se quase irresistível aqui apontar como estas leituras tardias do sintoma na obra de Freud aproximam-se da leitura do sintoma que faz Jacques Lacan em seu Seminário 23: *O Sinthoma*. Neste seminário, o sintoma adquire uma nova grafia – *sinthoma* – e, junto à nova grafia, adquire também uma espécie de dignidade que lhe confere a função de manter a regulação entre os registros Real, Simbólico e Imaginário. É ali designado, especialmente próximo dos termos freudianos, como uma espécie de compromisso, solução ou arranjo: trata-se de um laço que mantém unidas as três instancias do psiquismo em prol de uma estabilização, uma vez que esses três registros não conseguem se enlaçar por si próprios:

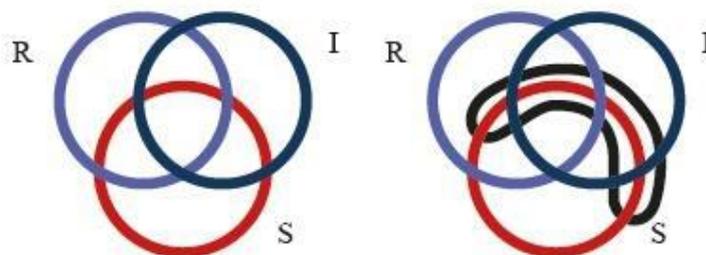


Figura 12: O sinthoma de Lacan. Os anéis RSI (Real, Simbólico e Imaginário) no primeiro momento separados e depois ligados pelo sinthoma, o quarto anel. (Lacan, 2007, p. 21)

²¹ Ver página 18 desta tese.

O *sinthoma* é, portanto, no Seminário 23 de Lacan, o quarto anel por meio do qual mantêm-se juntos Real, Simbólico e Imaginário, participando ativamente do que se reconhece na economia do sujeito e está ali não para ser extirpado, uma vez que tem função capital de manutenção do psiquismo, mas para ser *lido* através de uma nomeação. A título de exemplo, neste mesmo seminário, Lacan vai explorar o caso de James Joyce, famoso escritor inglês que, através da criação de um *sinthoma* quase perfeito, mostrava-se avesso à análise, à interpretação semântica. Por que avesso? Porque quanto mais economicamente estável é uma solução, quanto mais forte for o Eu em sua tarefa de recurso ao sintoma, mais refratária ela é ao que faz uma interpretação de visada semântica, quer seja, a derrubada de resistências identificatórias.

Bernard Seynhaeve, em *J'étais un catholique* (2009), associa a solução do *sinthoma* Joyceano à solução obsessiva religiosa que o catolicismo adota para suspender o problema da falta humana: a misericórdia divina promete a absolvição de todos os pecados do homem desde que estes sejam confessados. É uma chave de explicação para o mundo e para os males humanos que não comporta furo ou contradição: tudo está arranjado nos desígnios de Deus e Deus tudo soluciona se você O souber convocar. Esta verdade católica, que não deixa possibilidade de furos, torna o que faz um analista inócuo, já que o analista só é convocado pelo paciente diante de um sofrimento que não se arranja, que não se explica e pelo qual o próprio paciente não obtém perdão. Joyce, profundamente marcado por sua formação Jesuíta, encontra aos modos católicos uma solução entre simbólico-Real que também não convoca analista nenhum, e que mantém enodados Simbólico-Imaginário-Real em uma estabilização de seu imaginário através de sua nomeação de escritor, através da criação de um Eu forte e organizado:

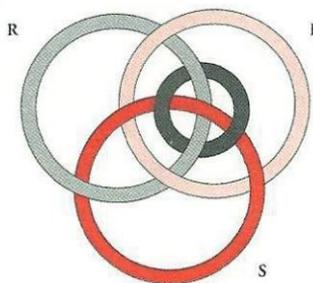


Figura 13: O Eu singular de Joyce (Lacan, 2007, p.148)

Bernard Seynhaeve (2009) comenta a função deste Eu criado por Joyce que, ao mesmo tempo, soluciona seu lapso de nó que separa seu círculo do imaginário dos dois

outros e que, igualmente, liga seu inconsciente ao Real: trata-se de um Eu que nas condições em que se forma, permite ao imaginário deslizar entre os círculos do real e do simbólico. É certo que também é uma solução susceptível a falhar de vez em quando, é o que se produz, por exemplo, durante episódio da surra que Lacan destaca do caso. Mas é sobretudo uma criação de um Eu para consertar esse lugar escorregadio do imaginário no seu nó, que Joyce precisou corrigir e o fez com maestria através de sua escrita e sua respectiva nomeação de escritor. Assim Seynhaeve (2009) pontua:

“Lacan define o Eu de Joyce ‘como um corretor da relação que falta, ou seja, o que não prende o imaginário de maneira borromeana ao que forma uma cadeia do real e do inconsciente’. Este Eu é o *sinthoma* de Joyce e, como aponta Jacques-Alain Miller nesta noite, seu texto, sua escrita singular tem essa particularidade de exigir uma decifração infinita por estar aí localizada. É um Eu – também chamado de banquinho por Lacan brincando com o significante ‘*hissecroibeau*’ - particularmente forte, o que dá à escrita de Joyce um brilho de orgulho.” (Seynhaeve, 2009, p.187, tradução nossa)

Da noção inaugurada por Lacan no Seminário 23, e aqui, para formalizar a *leitura* freudiana do sintoma, nos interessa primordialmente o efeito de nome próprio que o *sinthoma* carrega, uma vez que, ao localizar uma solução particular, única do sujeito, ela traz consigo uma identidade. Em termos freudianos, trata-se mesmo de uma espécie de incorporação fixada no Eu, o Eu torna-se ele mesmo um sintoma. É o que fica explícito no exemplo supracitado de Joyce. Além disso, o efeito enodamento/desenodamento que uma solução *sinthomática* pode apresentar em cada caso é um indício precioso para a estabilização ou desencadeamento de desestabilização psíquica que pode ser freudianamente tomada em termos econômicos. Aqui, tanto em Freud quanto em Lacan, o sintoma deixa de ser pensado nos termos do termômetro que oscila entre normal-anormal, entre neurose e psicose, e passa a ser visto como uma solução de estabilização quantitativa na síntese do Eu, como a *ficção* de um Eu como a que já caracterizamos, no Capítulo 1, junto à Certeau (2016). Nas palavras de Freud:

“Como se sabe, a situação analítica consiste em nos aliarmos ao Eu da pessoa em tratamento, a fim de subjugar parcelas não dominadas do seu Eu, isto é, incluí-las na síntese do Eu. O fato de esse trabalho em conjunto geralmente malograr no caso dos psicóticos fornece uma primeira base para o nosso julgamento. O Eu com o qual podemos estabelecer um pacto desses tem de ser um Eu normal. *Mas esse Eu normal é, como a própria normalidade, uma ficção ideal.* Infelizmente, o Eu anormal, inutilizável para nossos propósitos, não é uma

ficção. Cada indivíduo normal é apenas medianamente normal, seu Eu se aproxima daquele do psicótico nesse ou naquele ponto, em extensão maior ou menor, e o grau de distanciamento de um extremo da série e de aproximação ao outro será para nós, provisoriamente, uma medida dessa ‘alteração do Eu’, tão imprecisamente definida.” (Freud, 2018a, p.299, grifo nosso)

O que é, por fim, este Eu que parece se equivaler ao sintoma tanto em Freud quanto em Lacan? Neste momento seguiremos com a proposta de localizar com qual noção de aparelho psíquico Freud trabalhava em cada momento destas formalizações teórico-clínicas. Aqui, faz-se particularmente necessário explicitar o que é o Eu ao qual o sintoma se funde, que já não é mais um Eu pensado em termos tópicos como o do aparelho psíquico formulado em 1900, mas um Eu como formulação lógica dentro de uma perspectiva estrutural. É o que explicitaremos no próximo e último tópico deste capítulo.

2.3.1 O aparelho psíquico *Além do Princípio de Prazer*

Desde o *Projeto para uma psicologia científica* (1895), passando pela *Carta 52* (1896), e se solidificando no capítulo VII de *A Interpretação dos Sonhos* (1900), a divisão esquemática do aparelho psíquico em sistemas consciente/ pré-consciente e inconsciente constituiu a primeira tópica de Freud. Foi o que apresentamos nos dois primeiros subtítulos deste capítulo que buscavam abordar a formulação do psíquico para Freud, primeiro nos termos físico-químicos do *Projeto* e da *Carta 52*, depois nos termos linguísticos d’*A Interpretação dos Sonhos*. Explicitamos, para além disso, que o modo de operar destes sistemas, no que tange ao trabalho de transformação das percepções tanto internas quanto externas em representantes-palavras e em redes de memórias que se tornavam o Eu de cada sujeito, se ancorava em processos nomeados de primário (para o inconsciente) e secundário (no conjunto do sistema consciente/pré-consciente).

Ganha força e complexidade o papel do processo primário na gênese do sintoma após o *Além do Princípio de Prazer* (1920), texto que, como apontamos, representou uma espécie de retomada quantitativa e, por que não dizer, biologicista, no arcabouço teórico freudiano. A fim de localizar o empuxo à repetição que muitas vezes malograva seus ensejos clínicos, a inovação teórica no campo das pulsões feita a partir da introdução da *pulsão de morte*, associa a teoria da fixação traumática e do processo primário à repetição presente no sintoma e em outras formações do inconsciente. Consequência direta foi que a primeira descrição topológica do aparelho psíquico precisou ser necessariamente revista

após a introdução deste conceito. É o próprio Freud quem o diz, em *O Eu e o Isso*, texto de 1923:

“Estas considerações retomam um curso de pensamentos que iniciei em *Além do princípio do prazer* (1920), pensamentos que eu próprio olhava com certa curiosidade benévola, como lá afirmei. Elas lhes dão prosseguimento, ligam-nos a diversos fatos da observação analítica, procuram deduzir novas conclusões a partir dessa relação, mas não fazem novos empréstimos à biologia, e por isso estão mais próximas da psicanálise do que aquela obra.” (Freud, 2011b, p.14)

E, se aqui, neste trabalho, introduzimos esta segunda tópica do aparelho psíquico freudiano a partir do *Além do Princípio de Prazer*, o fazemos, como já adiantamos, seguindo a trilha deixada pela questão de como se articula a escrita do caso clínico com a forma que o aparelho psíquico de Freud tomou durante seu percurso teórico, uma vez que nossa escrita de casos só pode seguir os mesmos pressupostos éticos da relação que o sintoma estabelece com as “regras de funcionamento” deste aparelho. Se é o modo de trabalhar do aparelho psíquico que nos orienta quanto à forma de *ler e escrever* um sintoma, como a introdução da noção de pulsão de morte modificou aquilo que tomamos como norteador da construção do caso? Esperamos neste tópico que as últimas formulações de aparelhos psíquicos em Freud possam nos ajudar a esclarecer.

Talvez a primeira guinada teórica a se apontar seja a de que a diferenciação posta nos processos de transcrição entre a consciência/pré-consciência e o inconsciente, tão explorada na primeira tópica, deixa de ser pensada como ponto de baliza, como marcas de fronteiras nítidas dentro aparelho psíquico, e a partir da segunda tópica passam a ser pensadas como *qualidades* dentro de um sistema. Parte-se, agora, de uma noção menos localizacionista e mais estrutural de aparelho, formulado a partir de três instâncias psíquicas: o Isso, o Eu e o Super-Eu. Está na consciência? No inconsciente? Importa menos responder a estas perguntas do que entender a dinâmica entre as três referidas instâncias.

A segunda e não menos importante guinada teórica é a da consolidação de uma diferenciação importante dentro do conceito de inconsciente: Freud assenta que há um inconsciente *latente*, de caráter pré-consciente e que pode, portanto, a qualquer momento ser convocado à consciência, e um inconsciente *genuíno*, este, sede do núcleo do sintoma, não se deixa apreender senão mediante grande esforço e intervenção analítica. Serão estas

as mudanças-chave que vamos percorrer neste tópico para entender que elas podem fornecer indicações de norteamento de escrita do caso.

Partimos então da suposição de que o *Além do Princípio de Prazer* introduz uma mudança na concepção do aparelho psíquico freudiano. É justamente o ponto da compulsão à repetição (*Wiederholungszwang*), detalhadamente aqui já frisado no que tange à sua colocação no sintoma, que força uma modificação no modelo topográfico inconsciente / pré-consciente / consciência. Isso porque, a partir da referência da compulsão, subentende-se que há uma parte do conteúdo inconsciente que nunca chega a se submeter ao processo secundário, nunca é ligado a representantes na pré-consciência e, portanto, não chega a emergir à consciência. No entanto, esse elemento que é sempre desligado, caroço de pulsão de morte e núcleo enigmático do sintoma, incrusta-se no Eu e passa a dele fazer parte, tornando-se, portanto, contraditoriamente expresso – apesar de inconsciente. É daí que Freud (2011b) parte para complexificar o que seria o Eu, não mais correlato da consciência advindo dos registros mnêmicos ou simples força mediadora com o inconsciente recalcado:

“Formamos a ideia de uma organização coerente dos processos psíquicos na pessoa, e a denominamos o Eu da pessoa. A este Eu liga-se a consciência, ele domina os acessos à motilidade, ou seja: a descarga das excitações no mundo externo; é a instância psíquica que exerce o controle sobre todos os seus processos parciais, que à noite dorme e ainda então pratica a censura nos sonhos. Desse Eu partem igualmente os recalques através dos quais certas tendências psíquicas devem ser excluídas não só da consciência, mas também dos outros modos de vigência e atividade. Na análise, o que foi posto de lado pelo recalque se contrapõe ao Eu, e ela se defronta com a tarefa de abolir as resistências que o Eu manifesta em ocupar-se do recalco.”

Mas como certamente essa resistência vem do seu Eu e a ele pertence, achamo-nos diante de uma situação imprevista. Encontramos no próprio Eu algo que é também inconsciente, comporta-se exatamente como o recalco, isto é, exerce poderosos efeitos sem tornar-se consciente, e requer um trabalho especial para ser tornado consciente.” (p.20-21)

No que diz respeito às construções teóricas, tal assertiva imputa que, se há no Eu uma parte que seja genuinamente inconsciente, seria preciso tomar a tarefa de re-localizar a dinâmica psíquica a partir de sua estruturação e não mais de sua capacidade de emergir à consciência. Inconsciente e Consciente tornam-se qualidades, e não mais localidades psíquicas, uma vez que o Inconsciente não é mais um correlato do recalco. Apesar de

continuar verdadeiro que todo recalcado é inconsciente, passa-se a captar uma parte do inconsciente que não é recalcada, mas produto ativo nas manifestações psíquicas e parte do Eu. Isso porque o Eu foi constituído a partir de um processo de distinção do Isso em seus intermédios com o mundo exterior, com a percepção – especialmente através de sua abertura acústica. Funciona de tal forma: no início era o Isso. Inconsciente radical, indiferenciado, sede das pulsões onde vigora o processo primário e, assim sendo, incapaz de estabelecer conexões a representantes – intraduzível. Logo, o Eu é, na verdade, uma parte do Isso que se modificou a partir do contato com o exterior, uma camada localizada na superfície do aparelho psíquico que, por estar em contato com os dois lados, se modificou. Sob mediação da pré-consciência que busca ligar os estímulos pulsionais à representantes, o Eu empenha-se em colocar o princípio da realidade no lugar do princípio do prazer, que vigora irrestritamente no Isso, e dar ao seu conteúdo a possibilidade ligação psíquica e por conseguinte da consciência. Assim, Freud (2011b) ilustra este modelo de diferenciação entre Eu e Isso nas suas relações com a pré-consciência e a consciência:

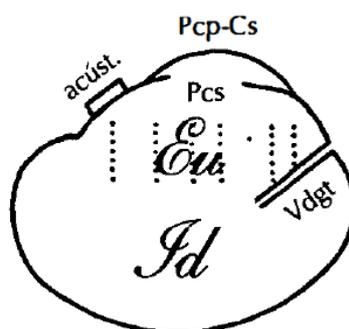


Figura 14: O aparelho psíquico como o Eu e o Isso (Id). (Freud, 2011b, p.30)

A partir daquilo que é ouvido, pelo som que entra via caixa acústica, uma parte do aparelho psíquico adquire a capacidade de troca com o mundo externo e de ligação do conteúdo interno a representantes – diferencia-se do Isso um Eu, ilustrado pela parte pontilhada. Não são fronteiras nitidamente marcadas, como bem se vê. Freud mesmo vai comparar estas fronteiras às pinturas impressionistas, onde as cores sobrepõem-se até que a disposição gradativa das nuances marca uma nova cor: é em dégradé que vão tornando-se diferenciadas. Há entre eles não só uma relação de continuidade, mas também de comunicação, um câmbio quantitativo de forças. O Eu responde ao mundo externo não apenas como um receptor superficial das percepções, mas ele mesmo sendo a projeção de uma superfície, o corpo (Freud, 2011b, p.32). Ele torna-se receptáculo destes registros perceptivos advindos do mundo externo que, tornando-se registros mnêmicos, nem

sempre se tornam conscientes, e recebe igualmente estímulos vindo do inconsciente em sua radicalidade, do Isso, mesmo estando posta a fenda do recalque (*Verdrängung*).

Tendo assim explicitada a gênese do Eu e suas funções, é difícil pensar que ele poderia passar incólume em sua tarefa de intermediação entre o Isso e a externalidade do mundo perceptivo. Lembrando: se, no início, tudo era Isso, o processo de maturação do psiquismo no Eu precisa levar em conta o quanto os estágios do desenvolvimento infantil determinaram um modo de atender tanto às demandas pulsionais mais primitivas do humano (do Isso) quanto as demandas do princípio de realidade, em extensão às demandas do mundo (recebidas de fora).

Já era sabido, desde a complexificação da sexualidade infantil nos *Três Ensaios Sobre a Sexualidade* (1905), que a pulsão sexual investia o próprio Eu e nele deixava marcas em estágios de investimento libidinal. Freud (2011b) foi mapear o desenrolar dessas demandas pulsionais ao qual está exposto o Eu a partir de um elemento muito presente nas neuroses das quais se ocupava, a saber, o *sentimento de culpa inconsciente*. A culpa desempenhava papel decisivo na causação e no tratamento das neuroses, já que em muitos casos representava uma certa recusa à melhora dos sintomas no curso do tratamento e tinha caráter regressivo, literalmente infantil. Freud descobriu tratar-se de um resto inconsciente marcadamente presente no Eu, um resto que carregava em si o D.N.A pulsional dos desejos sexuais infantis que haviam sido confrontados pelo princípio de realidade. Em especial um sofrera recalque: aquele em que, na fase fálica, representa o desejo do menino tomar posse da mãe, um desejo que se torna reprimido uma vez tendo sido interdito pelo pai. Este confronto que se estabelece no Complexo de Édipo entre a pulsão e o princípio da realidade tendo como arena de embate o Eu, levaram Freud a supor uma gradação no Eu, uma diferenciação em seu interior que poderia ser chamada de "*ideal do Eu*" ou *Super-Eu*. O *Super-Eu* adquire o estatuto de um imperativo categórico que internaliza o pai repressor do mundo externo e conserva seu caráter como consciência moral, tornando-se mais uma instância psíquica ativa dentro das engrenagens do aparelho:

“O Super-eu não é simplesmente um resíduo das primeiras escolhas objetais do Isso; possui igualmente o sentido de uma enérgica formação reativa a este. Sua relação com o Eu não se esgota na advertência: "Assim (como o pai) você deve ser"; ela compreende também a proibição: "Assim (como o pai) você não pode ser, isto é, não pode fazer tudo o que ele faz; há coisas que continuam reservadas a ele". Essa dupla face do ideal do Eu deriva do fato de ele haver se empenhado no recalque do complexo de Édipo, de até mesmo dever sua existência a essa

grande reviravolta. Claramente, o recalque do complexo de Édipo não foi tarefa simples. Como os pais, em especial o pai, foram percebidos como obstáculo à realização dos desejos edípicos, o Eu infantil fortificou-se para essa obra de recalque, estabelecendo o mesmo obstáculo dentro de si. Em certa medida tomou emprestada ao pai a força para isso, e esse empréstimo é um ato pleno de consequências.” (Freud, 2011b, p.42-43)

Tem-se, logo, que a restrição imposta pelo princípio da realidade à plena satisfação da pulsão, pela interdição da lei através da interdição paterna a qual mais tarde Lacan vem chamar de *Nome-do-Pai*, faz com que a pulsão não satisfeita seja introjetada e volte para o Eu na forma de agressividade, através da diferenciação que este adquire na formação do Super-Eu. Na esteira disso, o que se tem é que uma parte do Eu permanece sempre inconsciente, também pulsional e mais especificamente autodestrutiva, pois ligada ao Isso através de seus herdeiros. Isso nos importa especialmente para a construção do nosso argumento porque entendemos que no Eu, portanto, passam a coexistir restos intraduzíveis do Isso, quer seja pela via da sublimação dos objetos de satisfação infantil que foram supostamente abandonados, quer seja pela via do Super-Eu, cultura de pulsão de morte. No Eu da segunda tópica está presente o elemento quantitativo da compulsão à repetição que tanto priorizamos na *leitura* do sintoma e complexifica o primeiro arcabouço teórico da teoria da fixação traumática.

Decanta-se aqui, então, uma conclusão importante que a segunda tópica traz para a concepção que temos acerca da construção do caso em Psicanálise: é preciso rever o que se toma por prognóstico terapêutico de saúde mental quando tratamos de um caso em psicanálise, pois entendemos que não há “Eu saudável”. Eu e sintoma, em certa medida, tornam-se coisas indistinguíveis e é preciso reconhecer que neste eu-sinthoma há este núcleo duro de pulsão de morte, avesso à terapêutica e representante de satisfação acrílica do Isso, caroço intraduzível dos processos primários. Parte do Eu não busca adaptação à demanda do mundo externo, pois não faz ligação na cadeia discursiva pela qual este mundo externo se orienta, parte do Eu só busca escoar certas formas primitivas de fixação pulsional. Em um de seus últimos trabalhos, a *Conferência XXXI* de 1933, Freud retoma o problema do processo primário associado à fixação traumática dando ao inconsciente da primeira tópica um herdeiro direto na segunda, o Isso de 1923, cuja característica particular é ser todo ele inconsciente, conforme ilustra:

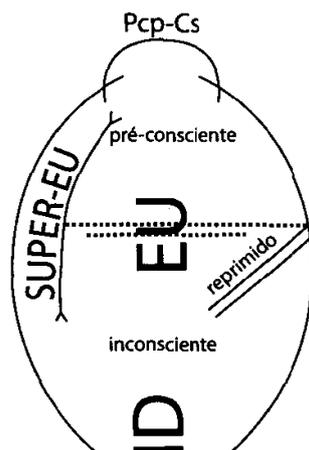


Figura 15: O aparelho psíquico como o Eu, Isso (Id) e Super-Eu. (Freud, 2010b, p.222)

A partir deste esquema fica claro: o Eu está localizado entre aquilo que é pré-consciente e o inconsciente, ou seja, entre aquilo que pode ser convocado à qualquer momento pela consciência, pois é conteúdo latente e ligado a representações, e entre o inconsciente também ligado a representações na linguagem, mas recalçado. Já o Super-Eu se encontra constantemente próximo ao inconsciente, e pode representá-lo perante o Eu, surgindo na pré-consciência como uma espécie de advogado das demandas especialmente da pulsão de morte, como atestou o sentimento de culpa nos casos analisados por Freud. O Super-Eu, mesmo sendo herdeiro direto do Eu no Complexo de Édipo, é originário do Isso, como toda e qualquer instância no aparelho, e carrega em si a marca da pulsão de morte onde estão os processos primários, desligados – e por isso dá ao sintoma seu caráter de compulsão à repetição. E o que, afinal, é o Isso, se ele não é o Eu ou o Super-Eu? Lacan responde: ele é todo o resto da estrutura gramatical (Lacan, 2023). Império do eco apalavrado das pulsões, conexão mais arcaica e núcleo duro do psiquismo. Seu lugar enigmático continua como questão a ser desenvolvida até o fim da escrita freudiana, em um parágrafo do último e inacabado texto de Freud. Em *Esboço (ou compêndio) de psicanálise*, escrito em 1938, mas publicado apenas em 1940, um ano após sua morte, a clareza que a questão adquire já neste momento derradeiro de Freud será aqui transcrita de forma a representar o ponto deste núcleo intraduzível do sintoma toma neste último momento de seu ensino:

“Um olhar retroativo para a história do desenvolvimento de uma pessoa, bem como de seu aparelho psíquico, nos leva a verificar uma significativa distinção no Isso. Originalmente, por certo, tudo era Isso; o Eu se desenvolveu a partir do Isso pela influência contínua do mundo externo. Durante esse lento desenvolvimento, certos conteúdos do Isso foram alterados para o estado pré-

consciente e assim acolhidos no Eu. *Outros conteúdos continuaram imutáveis no Isso permanecendo como núcleo de difícil acesso.* Porém, ao longo desse desenvolvimento, o jovem e débil Eu deslocou de volta ao estado inconsciente conteúdos já incorporados, abandonou-os e comportou-se de tal maneira perante algumas novas impressões, as quais poderia ter incorporado para si, de modo que essas, tendo sido dele expulsas, não puderam deixar mais que um vestígio do Isso. *Essa última porção do Isso, em consideração à sua gênese, chamamos de recalçado.* Pouco importa que nem sempre consigamos diferenciar com precisão as duas categorias do Isso. Elas correspondem aproximadamente à distinção entre o que é originalmente trazido e o que é adquirido durante o desenvolvimento do Eu.” (Freud, 2014, p. 59-61).

A segunda nota importante para escrita do caso que aqui levantamos versa sobre uma das problemáticas que apresentamos no início deste tópico: a de que haveria um inconsciente *genuíno*, isto é, diretamente ligado ao Isso onde vigoram apenas os processos primários, e um inconsciente *recalcado*, podendo este estar presente no Eu através de seus representantes, ou seja, ligado através do processo secundário. Por fim, as características de deformação linguística presentes nos processos de formação dos sintomas, dos chistes e dos sonhos anteriormente descritas se unem, agora, junto ao elemento quantitativo do trauma desenvolvido longo de três décadas de textos, a revolução freudiana da leitura do sintoma: entendemos que há no sintoma um núcleo puro de pulsão, intraduzível, que busca apenas escoamento, e um envelope formal simbólico que reveste sua parte traduzível e tenta dar equilíbrio homeostático ao aparelho sob a égide do princípio do prazer. Como, por definição, é tido que desse inconsciente *genuíno*, sede do Isso, não temos jamais acesso, a não ser pelas pegadas que este deixa, como marcas da compulsão à repetição, surge a questão de como seria possível lê-lo, uma vez que dele só temos a expressão quando ligado a algum representante, mesclado ao processo secundário, ou seja, no inconsciente *recalcado*. Trata-se de um paradoxo: só conhecemos a coisa quando ela se torna palavra, do seu estágio pré-palavra nada sabemos. E quando se torna palavra, coisa ela já não é?

Aqui a distinção entre inconsciente genuíno e recalçado torna-se radical para a compreensão do que procuramos por estabelecer como nossa escrita do caso. É preciso que, uma vez tendo passado pelo recalçado, que se localize e se nomeie este núcleo, não-ligado, mas fixado, que insiste como via de escoamento e por conseguinte forma de estabilização econômica do psiquismo no Eu-*sinthoma*. Aquilo que recolhemos do processo primário, avesso à linguagem, de um inconsciente genuíno, só podemos a ele ter

acesso, paradoxalmente, através das palavras, através da ligação a representantes, trabalho advindo do processo secundário. É por isso que escrevemos o sintoma como uma ficção. Se de seu núcleo, apalavrado por definição, só temos acesso através das palavras, o que fazemos quando do apalavrado inferimos uma nomeação é ficcionalizar aquilo que, por definição, é impossível de ser dito - é da instância corpórea, pura pulsão.

Esta é a ideia que, partindo desta concepção estrutural do aparelho psíquico em instâncias que atuam como sistemas, ganha os contornos da nova distinção entre as pulsões e suas dinâmicas na economia psíquica. É também, na verdade, como podemos perceber seguindo o fio deste capítulo, uma ideia presente desde as teorias da ab-reação, que resiste a todas as transformações teóricas. Este elemento desarticulado da cadeia, não ligado, mas fixado, cujo Isso é representante na segunda tópica, elemento que no sintoma faz função de empuxo à repetição, é o ponto sem ligação e desarticulado no ilustrado esquema do Caso Emma, o umbigo dos sonhos, a Trietilamina no sonho da Injeção de Irma. É este ponto nodal, não ligado, mas fixado, que está diretamente ligado à pulsão de morte e sua compulsão à repetição – ponto fora do sentido. E é a partir daqui que nos perguntamos então o que nos autoriza, enquanto analistas, a escrever sob a estrutura de uma ficção isso que de intraduzível, fora do sentido, aprendemos a *ler* do sintoma. Nossa hipótese é que se o fazemos é porque a contingência inaugura uma forma de escrita que não necessariamente passa pelo sentido, mas que dele recolhe a materialidade do Real. No próximo e último capítulo seguimos as indicações lacanianas de como esse modo de escrever o invariante do caso se estrutura como método, uma vez que ele mesmo nos indicou a possibilidade de uma escrita de um documento capaz de transportar uma escrita de um outro lugar: “As pessoas escrevem sobre aquilo que já foi escrito. É por isso que os documentos escritos são exigidos. Não se pode fazer história senão escrevendo de segunda mão sobre isso que já está escrito em algum lugar.” (Lacan, 1975, p.20).

CAPÍTULO 3 – O SINTOMA, DO QUE SE LÊ AO QUE SE ESCREVE

Encerramos o Capítulo 2 com a provocação de Lacan sobre os documentos serem aqueles textos em que se realiza uma redação indireta de uma escrita de outro lugar. Fomos levados até este ponto pela hipótese da tese que não perdemos de vista: é possível *ler um sintoma* porque dele atravessamos seu envelope semântico para tomá-lo em sua materialidade pulsional, e é possível *escrever um caso* a partir desta leitura porque esta

marca é inscrição contingente que nos autoriza a reconstruir sua sintaxe pela via da ficção. Se o sintoma é, portanto, uma escrita determinada pela contingência que se inscreve no limite corpo-linguagem, a redação que faz o analista ao documentar um caso é, podemos assim dizê-la, aquela que percorre um caminho previamente aberto pela letra, uma escrita que reconduz o enunciado discursivo sintomático ao nível de sua inscrição no corpo, ao re-passar por um caminho economicamente aberto pelas vias da pulsão. Este é o ponto que vamos trabalhar agora, por fim, neste último capítulo: como este caminho aberto pela letra nos autoriza, porque o lemos como acontecimento contingente, a uma escrita do sintoma pela via da ficção.

Dizer de uma volta a uma escritura prévia, é, tal como descreveu Freud (2018) na analogia com o trabalho do arqueólogo, dizer que o analista é capaz de indicar uma história a partir de seus escombros, isto é o que aqui chamamos de *reconstituir o percurso da letra nos caminhos abertos pela pulsão*. O mapeamento econômico desta trajetória da pulsão foi o que vastamente exploramos no último capítulo a partir de Freud, em sua tese econômica do sintoma partindo da fixação traumática. Não é, portanto, pela narrativa do sentido que se guia o analista ao construir um caso, mas pela busca da marca do trauma, que abre como que em uma fenda uma inscrição corpórea de escoamento pulsional. Longe de ser uma experiência mística, intangível, o saber-fazer diário do analista que escuta o caso em sua particularidade reside aí. Talvez aqui seja importante, então, pegar de empréstimo também um exemplo de uma brincadeira infantil, tal como Freud o fez a partir do *fort-da* (Freud, 2020), para tornar claro que o que aqui neste capítulo chamamos de *escrever um caso* a partir da *leitura do pulsional do sintoma* é, na realidade, algo mais concreto do que aparenta ser.

Antes da emergência dos *tablets* touchscreens e displays de cristal líquido, uma tela muito comum disponibilizada como brinquedo para crianças era a “lousa mágica”, um recurso utilizado principalmente por alfabetizadores para desenvolver a coordenação motora infantil, em especial aquela relacionada aos movimentos finos da escrita. A lousa mágica é um quadro de pequena estrutura plástica e tela permeável que possui fios em seu interior controlados pelas esferas laterais da parte exterior. Os fios, obviamente, ficam escondidos e a ela acompanha uma caneta de ponteira especial para o desenho das letras. É uma lousa que promete operar uma “mágica” ao apagar, pelo arrastamento de um cursor, o que fora ali inscrito como tinta preta mesmo que para isso nenhuma borracha ou solvente precise ser utilizado. O brinquedo é fabricado com o auxílio de pó de alumínio

e bolinhas de poliestireno, uma mistura que gruda na tela e permite que seus fios internos se movam a partir da condução da ponteira da caneta que, ao pressionar e fazer um toque, desgruda o pó internamente na tela e dá vida ao desenho. É um recurso, como dissemos, muito utilizado para treino de motricidade com crianças, que passam a desenhar as curvas das letras e a delinear o alfabeto fixando e arrastando a caneta pela tela. A “mágica” que a lousa promete se dá quando o que ali foi escrito pode se apagar sem nenhuma intervenção de apagadores comuns: o cursor disposto na parte inferior, quando puxado, arrasta mecanicamente o pó de alumínio para baixo e faz desaparecer o desenho da palavra escrita, que, na verdade, não passou de uma impressão magnética. Uma vez que o desenho “magicamente” se apaga, fica, no entanto, a marca física da pressão da caneta na tela, que, mesmo sem o auxílio do borrão de alumínio que já se foi, pode ser reconstituída pelo olhar mais atento de alguma criança curiosa.

Na lousa mágica é possível redesenhar a palavra apagada porque ela não passou de uma impressão magnética, um borrão gerado pelo uso da força da ponta da caneta que atraiu os pigmentos de alumínio na forma de um desenho, que, a despeito de poder ser apagado, deixa uma marca da pressão da ponta da caneta na tela. A forma que tenha tomado a palavra impressa pouco importa, o que interessa na brincadeira é justamente que esse desenho da letra tenha sido uma marca de pressão – é por isso que a mágica acontece. E é exatamente por esta característica específica da lousa mágica que ela pode elucidar o que aqui neste capítulo chamamos de “escrever um caso”: é através das impressões corpóreas que a pulsão deixa no arranjo econômico do sintoma, como ela se materializa no corpo, que a *leitura* do sintoma orienta até a instância da letra no inconsciente, aquilo que, como veremos adiante, é o que de fato se escreve quando se constrói um caso. Que a palavra possa ser apagada pelo cursor do recalque é a mágica descoberta por Freud em 1900. Que essa mesma palavra deixa uma “impressão magnética” do desenho da letra na tela, mesmo após apagada, é o que ele alcançou após 1920, com a *compulsão à repetição*.

A *lousa mágica* é, inclusive, um brinquedo muito parecido com aquele descrito pelo próprio Freud no ano de 1924 em uma carta a Abraham (1996k), o *Bloco Mágico* (*Wunderblock*). Na verdade, parece ser o mesmo brinquedo se utilizando de uma diferente tecnologia: enquanto a lousa já dispõe da engenharia físico-química do alumínio e do poliestireno, o *Wunderblock* era um artefato feito de papel celulósico, prancha de cera e vinha com uma espécie de estilete para o desenho das impressões. A *mágica* é a mesma:

você pode movimentar o filme protetor e o apagar o desenho, mas as impressões físicas feitas pela caneta ou pelo estilete sempre permanecerão na parte anterior, inaparente. Em *Uma nota sobre o 'Bloco Mágico'*, Freud (1996k) se utiliza da metáfora para dar corpo ao seu sistema *Pcpt.-Cs.*, entendendo que o brinquedo poderia ser uma perfeita ilustração para sua “estrutura hipotética de nosso aparelho perceptual que, de fato, pode fornecer tanto uma superfície receptiva sempre pronta, como uma de traços permanentes das notas feitas sobre ela” (Freud, 1996k, p.256).

Seguindo do *Bloco Mágico* do início dos anos 1900, para a *Lousa Mágica* da virada do século, até os *Tablets Touchscreens* de 2023, o que muda? Já apontamos: a mágica é a mesma, muda a tecnologia. As marcas deixadas nos tablets pós-modernos são códigos matemáticos, programações matemáticas criadoras de fótons, partículas de energia que se manifestam como luz na tela. Entendemos, com o auxílio dos brinquedos, que o mecanismo inconsciente é o mesmo, mas, com o avançar da modernidade, pôde ser descrito de formas diferentes: o *físico* de cera e papel celulósido, o *físico-químico* do alumínio e do poliestireno, e, por fim, o *matemático* da programação. Neste Capítulo 3, portanto, vamos seguir duas propostas para endossar a hipótese da tese: uma que localiza o porquê de nos autorizamos a reconstruir ficcionalmente esta emergência do sujeito que é, por definição, algo dos confins da linguagem – e aqui o faremos nos utilizando da matemática. A outra proposta é localizar o que de fato vamos escrever, a saber, o significante S1 em sua materialidade de letra, recurso do qual Lacan se utilizou na escrita dos matemas. Trata-se, mais uma vez, de nos atermos a uma divisão com fins esquemáticos-didáticos para a edificação do capítulo, que foi assim subdividido: 3.1) Sintoma, marca da contingência e 3.2) Sintoma, o que se escreve é a letra.

3.1 Sintoma, marca da contingência

Ao longo de algumas páginas do Capítulo 1 passeamos entre pormenores da biografia de Freud. Freud o cientista, Freud o médico neurologista, Freud o psicanalista... (não necessariamente nesta ordem). Se o fizemos não foi por mera digressão estética ou por força de amor ao mestre – foi porque, ao localizar a emergência da psicanálise atrelada ao que seu autor tinha como ideal no campo da ciência, localizamos também o que sua disciplina disto carregou em seu método, ponto que aqui nos interessa. Já em um salto para além das linhas da biografia freudiana, Lacan, em seu *Seminário 2* (Lacan, 2010), também propôs retornar à originalidade de Freud com algumas particularidades. Vamos

agora utilizar desta referência para localizar o primeiro-ponto proposta deste capítulo: sintetizar o que nomeamos de contingência na fundação episteme do que lemos como sintoma em Psicanálise.

A época em que Lacan lecionou este segundo seminário, no ano de 1954-55, correspondia a um momento marcado por releituras como, por exemplo, a de Karl Marx por Louis Althusser. Estas releituras contextualmente faziam parte de um movimento epistêmico chamado Estruturalismo, que alcançou seu apogeu na França na década de 1960. No movimento estruturalista, a linguística se instaurou como ciência-piloto dos dados extraídos dos chamados de “fenômenos da cultura” por meio da obra de Ferdinand Saussure, e foi lendo Saussure, em diálogo com a obra de Lévi-Strauss, ambos estruturalistas, que Lacan propôs seu retorno à Freud. Tratou-se, portanto, de um retorno que implicava o emprego dos pressupostos estruturalistas à literalidade dos textos freudianos que, na concepção de Lacan, haviam sido deturpados especialmente pela *Psicologia do Ego*. A crítica, talvez não por mera coincidência, versava sobre aquilo que oportunamente apontamos no Capítulo 2 como uma aparente armadilha do aparelho psíquico freudiano: a *Psicologia do Ego* apostava em um programa de fortalecimento do Eu que não considerava um dos cálculos ontológicos máximos de Freud, a saber, o da disposição econômica, o do *Eu-sinthoma*²² que aqui explanamos. E é daí que Lacan parte para retomar a proposta freudiana em sua radicalidade – da ideia do *homem tomado como máquina*²³ como oportunamente já localizamos e aqui retomaremos:

“Freud partiu de uma concepção do sistema nervoso segundo a qual este sempre tende a voltar a um ponto de equilíbrio. Foi daí que ele partiu, porque era então uma necessidade que se impunha ao espírito de qualquer médico daquela idade científica que se ocupasse do corpo humano.

Anzieu, vá olhar esta *Enwurf* de que estou falando e faça-nos o relatório dela. Freud tentou edificar nesta base uma teoria do funcionamento do sistema nervoso, mostrando que o cérebro opera como órgão-tampão entre o homem e a realidade, como órgão de homeostasia. E ele vem então topar, ele tropeça, no sonho. Ele se dá conta de que o cérebro é uma máquina de sonhar. E é na máquina de sonhar que ele reencontra o que já estava lá, desde sempre, e que a gente não tinha se dado conta, ou seja, de que é no nível do mais orgânico e do mais simples, do mais imediato e do menos manejável, no nível do mais inconsciente,

²² Sobre o Eu como um *Sinthoma*: ver páginas 129-134 desta tese.

²³ Sobre o *Homem tomado como máquina*: ver página 53 desta tese.

que o sentido e a fala se revelam e se desenvolvem por inteiro.” (Lacan, 2010, p.108)

O problema que Lacan vai ali abranger é o problema do determinismo do sujeito diante do simbólico – lembremos, é na onda estruturalista que naquele momento ele surfava. Tal questão, que tomou os mais diversos contornos ao longo de sua obra, no ponto do *Seminário 2* poderia ser exposta através dos seguintes termos: uma vez que, diferentemente do que ocorre no animal, o homem está capturado pelo simbólico em seus níveis mais elementares (tese que ele retira de Lévi-Strauss), resta saber o quanto o simbólico atua nesta “máquina de sonhar” humana como uma espécie de regulador homeostático, como um mecanismo estabelecedor de uma chave de funcionamento. O fato de ter ganhado primazia neste momento a instância simbólica como aquela a partir da qual o sujeito se constitui foi um problema sob o qual mais tarde o próprio Lacan precisou debruçar-se, e assim aqui também o faremos. Por hora, nos interessa justamente esta noção ontológica que Lacan localiza em Freud a partir de sua energética. Como médico *moderno* que Freud foi, a metáfora do corpo humano como máquina é o que Lacan assinalou para além da referência inter-humana, ou seja, para além do simbólico. Se a comparação do homem a uma máquina tornou-se admissível foi, pois, porque dentro de uma máquina há uma multiplicidade de escolhas possíveis para que se eleja uma variação, uma frequência de funcionamento – diferente do animal que vem “de fábrica” com uma variação fixada. Ponto importante: apesar de não serem pré-fixadas, as regras de funcionamento de uma máquina, uma vez que se estabelecem, passam a operar como códigos-fonte, comandos reguladores. É aqui que a tese deste Lacan leitor de Freud, que parte do homem tomado como máquina, encontra a nossa do sintoma como marca da contingência: somos parentes da máquina dado que somos matemáticos (Lacan, 2010, p.48), dado que variamos de acordo com regras codificadas uma vez fixadas. O sintoma é uma regra codificada de caráter necessário dentro da maquinaria psíquica, necessidade fruto da contingência que a variação da máquina simbólica permite no choque com o corpo, em oposição àquela máquina que é dada ao animal. É justamente por isto que o sintoma, apesar de singular e irreproduzível, pode ser *lido* como um fenômeno material – porque seu princípio invariante presente no carço da pulsão de morte confere a ele caráter de repetição – e é por isso que ele pode ser *escrito* – porque, tal como na variação da máquina, ele tem positividade matemática. Este é o ponto que Lacan retoma da originalidade da experiência freudiana atrelada à função do Eu e é este ponto que vamos retomar para explicar nossa noção de sintoma atrelada à contingência:

“Ora, a função do Eu apresenta no homem características distintas. É isso a grande descoberta da análise - no nível da relação genérica, ligada à vida da espécie, o homem já funciona de modo diferente. Nele já há uma fissura, uma perturbação profunda da relação vital. Eis aí a importância da noção de pulsão de morte que Freud introduziu. Não que a pulsão de morte seja uma noção em si mesma tão luminosa. O que é preciso apreender é que ele foi forçado a introduzi-la para trazer-nos de volta um dado agudo de sua experiência, num momento em que se começava a perdê-lo.” (Lacan, 2010, p.56)

Se ali Lacan associa o caráter singular da função do Eu à experiência homeostática humana diante do simbólico, é preciso pontuar, justamente por o termos lido alguns anos mais a frente, que o homem funciona de forma diferente do animal mesmo em um nível anterior de apreensão da língua compartilhada, a despeito do simbólico. Quando se trata de adentrar no simbólico, no exercício da função do Eu, o homem já é um homem diferente de outro homem porque ele adentra no simbólico a partir de uma língua individual, inapta à comunicação e ao que mais possa ser compartilhado como símbolo. Isso quer dizer que, quando vamos *ler* um sintoma afim de localizar qual foi o modo de funcionamento que ele instaurou como regra em determinada circuitaria pulsional (seu comando de máquina), o que se recolhe no Eu são *efeitos* de algo que é ordenado em instâncias psíquicas de degraus mais abaixo da superfície do simbólico, ou, se preferirem em termos freudianos, em processos primários anteriores à amarração simbólica, desprovidos de sentido. Este lugar de *efeito no Eu* pode ser facilmente localizado a partir da última concepção de aparelho psíquico que explicitamos no capítulo anterior²⁴. Não é, portanto, sobre o Eu que se encaminha o processo de uma análise, é sobre o que mais tarde Lacan vai denotar sob o nome de *lalíngua*. A análise que se direciona ao Eu, *Psicanálise do Ego*, desconhece que não é ali que está o núcleo do ser e de seu sintoma, e que tornar o Eu mais forte não vai extirpar dele o que nele subsiste de *lalíngua*. É isso que a pulsão de morte freudiana veio resolver, é a lembrança de que não existe Eu saudável a ser almejado em uma análise porque há em todo Eu pedaços desse primitivo inconsciente, do *Isso* que não articula linguagem simbólica alguma. Este é o lugar do núcleo invariante do sintoma do qual falávamos e é esse *núcleo de nosso ser* que Lacan vai circunscrever para dizer que é daí que se deve partir para construir um caso:

“O sintoma, seja qual for, não se acha propriamente resolvido quando a análise é praticada sem que seja colocado no primeiro plano a questão de saber onde

²⁴ Ver páginas 134-137 desta tese.

deve incidir a ação do analista, qual é o ponto do sujeito, se posso expressar-me assim, a que ele deve visar. Creio ter salientado suficientemente no decurso dos meses, e até mesmo dos anos precedentes, que o inconsciente é este sujeito desconhecido do Eu, não reconhecido pelo Eu, *der Kern unseres Wesen*, escreve Freud no capítulo da *Traumdeutung* sobre o processo do sonho, do qual lhes roguei que tomassem conhecimento. Quando Freud trata do processo primário, ele quer falar de alguma coisa que tem um sentido ontológico e que ele denomina *o núcleo de nosso ser*. O núcleo de nosso ser não coincide com o Eu. Eis o sentido da experiência analítica, e é em torno disto que nossa experiência se organizou e depositou esses estratos de saber que são ensinados atualmente.” (Lacan, 2010, p.65)

Tendo, portanto, cumprido a tarefa de dizer que nossa utilização da metáfora do *homem tomado como máquina* de Lacan não diz respeito à colocação da maquinaria simbólica, é preciso agora localizar porque esse pressuposto ontológico ainda assim nos interessa à localização do sintoma como marca da contingência. Parece ser justamente pelo jogo de probabilidades que Lacan assinala para dizer que a máquina está para o homem muito mais como analogia de liberdade do que o instinto está para o animal. Uma vez que se trata da instauração de uma regra a partir do advento da fixação traumática, o sintoma poderia não ter existido, ou poderia ter existido de outra forma; trata-se de uma operação estatística que quantifica a chance de ocorrência de um evento em relação a um conjunto de eventos possíveis. Com efeito, para que funcionem as combinações matemáticas que ordenam a contingência presentificada no sintoma, é preciso que esta máquina seja capaz de se contar ela mesma, que ela tenha a função ordenadora que aqui chamamos de sujeito:

“Onde será que o indivíduo em função subjetiva se conta ele mesmo – senão no inconsciente? Este é um dos fenômenos mais manifestos que a experiência freudiana descobre. Tomem este jogo curiosíssimo que Freud evoca no fim da *Psicopatologia da vida cotidiana*, e que consiste em solicitar ao sujeito que diga números ao acaso. As associações que lhe vêm em seguida a este respeito fazem brotar significações que apresentam tanta ressonância com sua lembrança, com seu destino, que, do ponto de vista das probabilidades, sua escolha vai bem além de tudo o que se pode esperar do puro acaso.” (Lacan, 2010, p.82)

Se a contingência presente no sintoma é ela mesma fruto de uma operação probabilística, isso não quer dizer, no entanto, que ela é correspondência do puro acaso. Partindo da referência que Freud chama de energética, homeostática, localizamos a emergência do sujeito como essa autocontagem da máquina no lançamento de

probabilidades de acontecimentos contingentes que, como que pela instauração de um princípio regulador, através do sintoma, materializa seu caráter de regra uma vez posto. Funciona como uma espécie de jogo de probabilidades viciado. Se seguimos a metáfora de Milner (1996)²⁵, há um primeiro turbilhonar de dados que determina todos os outros lançamentos no ar. A emergência do sujeito confere caráter de necessidade à forma de organização que toma o psiquismo, ao mecanismo homeostático próprio do *sinthoma* que mantém unidos Imaginário, Real e Simbólico como exploramos a partir do exemplo de Joyce²⁶. E aqui Lacan parece fazer também perguntas relacionadas à nossa objeção de que a análise não corresponde ao processo de "melhoramento do eu": o objeto da análise não é o Eu, ler o sintoma não tem como direção o Eu, porque não é o Eu a *maquininha de contar das contingências*. Uma construção de caso aponta para este sujeito do inconsciente, o que é outra coisa:

“Será que temos na análise das resistências o equivalente daquilo que se denomina a análise do material? Operar sobre os procedimentos do Eu ou explorar o inconsciente, será que é da mesma ordem? Será que os dois sistemas são complementares? Será que são os mesmos fora uma modificação de sinal? Será que o inconsciente e aquilo que lhe contraria a revelação são como o avesso e o direito? (...) Ora, se há algo que Freud quer dizer no momento em que introduz sua nova tópica é justamente o contrário. Trata-se, para ele, de lembrar que entre o sujeito do inconsciente e a organização do Eu, não há apenas dissimetria absoluta, porém, diferença radical.” (Lacan, 2010, p.86-87)

Se partimos da noção do *homem tomado como máquina* é porquanto entendemos que Lacan assim leu a maquinaria econômica de Freud sob a qual ele estruturou toda sua teoria do sintoma. A energética freudiana, que tem como referência máxima o princípio da homeostase, dá ao sintoma uma certa *função restituidora da organização psíquica* (Lacan, 2010, p.87) – foi o que esperamos tê-lo demonstrado ao longo do Capítulo 2. Tal função, trata-se de entendê-la como um mecanismo dentro de um recinto fechado em cujo interior certo equilíbrio é mantido através do efeito que suas leis, ao operarem, conferem caráter de estabilidade. É uma regulação que, como localizou Lacan (2010, p.88), é da ordem da *insistência*, não exatamente da simetria que pressupunha a homeostase do século XIX. O que, na esteira, gera uma série de questões:

²⁵ Ver página 32-33 desta tese.

²⁶ Ver páginas 131-133 desta tese.

“Freud se pergunta o que significa, do ponto de vista do princípio do prazer, o caráter inesgotável desta reprodução. Será que ela se dá por haver algo de desregulado ou será que ela obedece a um princípio diferente mais fundamental? Deixo a questão em aberto – qual é a natureza do princípio que regula o que está em causa, isto é, o sujeito? Será que ele é assimilável, redutível, simbolizável? Será que ele é algo? Ou bem será que ele não pode ser nem nomeado, nem aprendido, mas apenas estruturado?” (Lacan, 2010, p.91)

Vamos tentar começar a respondê-las nos termos da máquina.

Podemos dizer que o sujeito do inconsciente, quando estabelece um modo de funcionamento psíquico pela via do sintoma, atua tal como uma máquina regida pelo *prompt de comando*: o *prompt* (que poderia ser traduzido em português por mecanismo de indução) é um programa que emula o campo de entrada de direções em uma tela de interface usada para executar funções administrativas avançadas dentro da própria máquina. O *prompt* de algumas inteligências artificiais como o *ChatGPT*²⁷, por exemplo, funciona como um interpretador de linha de comando e de sistemas que pode ser usado para solucionar certos tipos de problemas a pedido do usuário ou para articular recursos linguísticos como ao formatar um texto. Os *prompts* do *ChatGPT* são comandos que o usuário escreve para orientá-lo na resolução de problemas e quanto mais completas forem as instruções, mais direta e precisa será a geração do texto solicitado, uma vez que seu *chatbot* é um modelo de linguagem ajustado com técnicas de aprendizado supervisionado e por reforço. Por aceitar quase qualquer tipo de comando e ter que necessariamente formular uma resposta – é impossível ao *ChatGPT* dizer “não sei”, o *chatbot* vem sofrendo inúmeras críticas, porque apesar de ser capaz de gerar textos impressionantemente detalhados, sua precisão factual é questionável. Sua agência idealizadora, a OpenAI, reconheceu que o ChatGPT “às vezes escreve respostas que parecem plausíveis, mas são incorretas ou sem sentido” (“ChatGPT”, 2023),

²⁷ ChatGPT (sigla inglesa para Chat Generative Pre-Trained Transformer, em português Transformador Pré-Treinado de Gerador de Conversas) é um assistente virtual no formato chatbot online lançado em novembro de 2022 pela agência OpenAI. Sua inteligência artificial é um modelo de linguagem capaz de escrever e depurar programas de computador, compor músicas, teleplays, contos de fadas e redações de estudantes; responder às perguntas de testes (às vezes, dependendo do teste, em um nível acima da média do candidato humano); escrever poesias e letras de músicas; emular sistemas computacionais como o Linux; simular uma sala de bate-papo inteira; jogar jogos como tic-tac-toe, simular caixas eletrônicas, responder perguntas das mais diversas especialidades, dentre outras atividades. Os dados de treinamento do ChatGPT incluem páginas de manual, informações sobre fenômenos disponíveis na Internet e linguagens de programação. (“ChatGPT”, 2023)

comportamento comum a grandes modelos de linguagem chamado de “alucinação de inteligência artificial”.

Outro exemplo deste modo de funcionar das máquinas está posto na instalação *Fala* (2011), obra dos artistas Rejane Cantoni e Leonardo Crescenti. Na obra, que é interativa, um microfone é disponibilizado para o público. Este microfone está conectado a uma série de pequenas telas geradoras de texto, onde o som da *fala* atua como também um *prompt de comando*: a máquina capta um significante e a partir dele gera palavras nas telas como um interpretador. A máquina pode gerar palavras em associação semântica àquela ouvida, semelhantes ou dessemelhantes, pode traduzir a palavra para diversos idiomas, pode criar novas palavras embaralhando as letras e pode ainda criar palavras sem nenhum nexos causal com a primeira dita. Interessa à máquina apenas o som captado, seja ele o som do microfone ou até mesmo o som ambiente, e não preserva compromisso com o sentido gerado pelo texto. A instalação, disponível em junho de 2023 no Palácio das Artes em Belo Horizonte em uma mostra chamada *Cibernética*, dava as seguintes instruções aos visitantes: fale o que quiser e deixe a máquina fazer seu trabalho. Isso porque, nas palavras dos artistas, trata-se de:

“Uma máquina de falar autônoma e interativa, desenhada para estabelecer comunicação e sincronização automáticas entre humanos e máquinas e entre máquinas e máquinas. Na instalação, o microfone faz a interface com um ‘coro’ de quarenta telas de celulares. A máquina de falar autônoma analisa as informações e estabelece equivalências com sua memória. Em seguida, gera um resultado audiovisual com um texto similar ao som captado.” (Cantoni, R., & Crescenti, L., 2014).



Figura 16: *Fala* de Rejane Cantoni e Leonardo Crescenti

Se as máquinas são estruturas que processam informações seguindo apenas a regras formais sintáticas, elas não necessariamente vão produzir significado concatenado ao Outro, semântica. É o que vemos tanto no *ChatGPT* quanto na *Fala*. Que as máquinas sejam capazes de processar dados de forma sofisticada não significa que elas sejam capazes de atribuir significado àquilo que processam. Ocorre porque é assim que as máquinas funcionam: uma vez que haja um *input* fornecido a partir do *prompt de comando*, elas tomam aquilo como uma instrução indubitável e geram a partir dela um código-fonte padrão de *outputs* de funcionamento, não importando se eles fazem sentido ou se estão corretos. Uma vez que o *prompt de comando* tenha sido instaurado pela máquina, uma rede de *inputs* é desenhada e *outputs* pré-determinados passam a realizar funções de controle. O conceito de homeostase aplicado à máquina tem, portanto, variações distintas do equilíbrio biologicista, não se trata de uma homeostase natural, mas de uma certa curva, persistência, que determina e mantém o funcionamento da máquina (conforme também apontou Lacan, 2010, p.115).

Ora, não é também assim que funcionam as nossas “máquinas de sonhar”? O *input* traumático uma vez tendo sido fixado no *prompt de comando* na maquinaria psíquica determina, como que em uma instrução, um código-fonte padrão de *outputs* da pulsão que regem o funcionamento que *lemos* em um sintoma. O sintoma, por sua vez, também não se importa com o viés compartilhado no simbólico como correto ou com o sentido, ele é apenas cumprimento do comando necessário do *prompt* que é impossível à máquina ignorar. Nos termos da máquina, isto é o que poderíamos chamar de *reconstituir o percurso da letra nos caminhos abertos pela pulsão*: ler uma série de *inputs* pré-determinados para instauração de funções de *outputs* a partir de um *prompt de comando*.

No caso do *ChatGPT*, de outras inteligências artificiais e arriscamos dizer, de todas as máquinas, o que torna possível essa operação de código-fonte é que ele pode ser transcrito em termos matemáticos. Fomos, por isso, conduzidos ao tema do signo desprovido de sentido, o *signo oco* de Quentin Meillassoux (2012), utilizado para propor uma ciência matematizável capaz de captar um real independente de nós. Vamos agora abrir um tópico para explicitar como o movimento Realismo Especulativo, delimitado aqui pelos seus termos deste autor, nos auxilia a nos apropriarmos do sintoma como marca da contingência e a tomá-lo a partir de uma escrita fora do sentido narrativo.

3.1.1 Efeito de contingência: Ler o sintoma a partir do *signo oco*

Quentin Meillassoux é um dos principais expoentes do movimento filosófico chamado *Realismo Especulativo*, corrente contemporânea surgida na década de 2000, relevante hoje em diversas áreas da filosofia, incluindo a ontologia, a epistemologia e a estética. A abordagem filosófica tem como objetivo central a proposta de reexaminar a relação entre o que conhecimento pode pensar e alcançar e o “absoluto”, termo usado para definir uma realidade independente do pensamento humano. Assim Meillassoux localiza a problemática:

"Minha principal preocupação, há alguns anos, tem sido a capacidade do pensamento: o que exatamente o pensamento pode fazer? Minha tese (que pode parecer estranhamente clássica) se resume em dizer que o pensamento é capaz do 'absoluto', capaz até mesmo de produzir algo como 'verdades eternas'; e isso apesar das várias destruições e desconstruções que toda a metafísica tradicional sofreu ao longo do último século e meio." (Meillassoux, 2012, tradução nossa)

A tese central do autor, o "princípio de facticidade", conhecido principalmente através de seu clássico *After Finitude* (2010), defende, partindo deste problema, uma posição a partir da qual a realidade possa ser considerada independente da capacidade de representação do pensamento humano. Meillassoux (2010) sustenta que é possível acessar uma realidade objetiva por meio de uma abordagem filosófica especulativa, que busca compreender as estruturas e as regularidades que fundamentam o mundo, pois o mundo, em seu absoluto – ou seja, independente de nossa presença, é de caráter contingente e pode ser acessível por meio da matemática. Uma vez isto posto, é preciso perguntar: por que Meillassoux nos ajuda a *ler* e, sobretudo, a *escrever* o sintoma?

O realismo especulativo de Quentin Meillassoux interessa à nossa tese pois, ao desafiar o correlacionismo predominante na filosofia contemporânea, ele propõe uma abordagem de conhecimento que busca o acesso à uma realidade tangível fora do pensamento, a um pensamento desprovido de subjetividade – tal como o da máquina que supracitamos. É, em suma, uma reivindicação a respeito do que pode ser acessível ao nosso conhecimento: uma vez que a matemática nos oferece uma forma de explorar algo que transcende nossa existência, que é indiferente a nós, que não depende de nós e não nos diz respeito – o “absoluto”, é esse “absoluto”, aspecto do Real, que aqui nos é de interesse para pensar uma leitura do sintoma fundamentada na contingência. Mas qual a definição de Meillassoux de contingência? Começemos daí:

“Chamaremos de ‘contingente’ toda entidade, coisa ou evento que sei ser capaz de não ser, ou poderia não ter sido, ou poderia ter sido diferente. Eu sei que este vaso poderia não ter existido, ou poderia ter existido de outra forma; eu sei que este vaso caindo no chão poderia não ter acontecido.” (Meillassoux, 2012, tradução nossa)

Um vaso caindo no chão não é um exemplo usado despreziosamente. Desde o século XVII, quando Newton apresentou suas três leis do movimento e formulou a lei da gravitação universal, todos sabemos que um vaso vai ao chão ao perder sua base porque a força da gravidade é maior do que qualquer resistência ou força contrária que possa estar atuando sob ele, como o atrito com o ar, e, por isso, objetos são atraídos em direção ao centro da Terra – indubitavelmente. Este “indubitavelmente” é o que colocava a lei da gravitação universal como uma lei física a ser tomada pelo seu caráter necessário... até Meillassoux. O princípio da *facticidade* de Meillassoux implica que as leis da natureza e as regularidades observadas no mundo não são eternas nem inalteráveis, mas sim contingentes. Isso significa que não podemos confiar plenamente na estabilidade das leis científicas e devemos considerar a possibilidade de que as regularidades observadas na natureza possam se modificar no futuro – são “fatos”, mas não “leis necessárias”:

“Chamaremos de ‘fato’, por outro lado, todo tipo de entidade cujo ser-outro posso conceber, mas do qual não sabemos se poderia, efetivamente, ter sido diferente do que é. As leis da física do nosso universo se enquadram nesse caso: posso, sem contradição, e sem que isso seja invalidado por qualquer experiência passada, conceber a mudança dessas leis no futuro (este é o princípio da crítica de Hume à causalidade); e, portanto, não posso provar que são necessárias. Mas, mesmo assim, não sei se essas leis são de fato contingentes, ou se são realmente necessárias, mesmo que isso não possa ser provado. Nesse sentido, diremos que essas leis pertencem à ‘facticidade’, mas não são ‘contingentes’ no mesmo sentido que o vaso.” (Meillassoux, 2012, tradução nossa)

Trata-se, como já apontamos, de reconhecer a possibilidade da existência de uma realidade objetiva para além do que o pensamento humano foi capaz de conceber até então, uma realidade Real, se pensada nos termos de Lacan. Meillassoux enfatiza a importância da especulação filosófica como um meio de compreender o Real e suas possibilidades futuras não como movimento metafísico, mas científico, e se científico, não mais materialista, mas galileiano:

“Trata-se da tentativa de obter uma derivação factual que legitime a capacidade de absolutização da ciência moderna - ou seja, a ciência galileana, a ciência que

procede por meio da matematização da natureza.” (Meillassoux, 2012, tradução nossa)

Mas o que é pensar de forma galileiana, então? Meillassoux afirma, na esteira destes entendimentos, que o uso formal de signos desprovidos de sentido, via matemática, é o que permite alcançar as verdades *absolutas*, separadas e independentes do pensamento humano. Tal proeza é possível pois, no contexto da sintaxe, a matemática atribui um papel estrutural aos signos desprovidos de sentido – papel relacionado à nossa capacidade de conceber um *signo oco*, sem significado. Dito de outra forma, a matemática, trata-se ela mesma de uma linguagem formal capaz de se fundamentar no “absoluto” ao se diferenciar da linguagem natural porque não visa o sentido, mas a sua estrutura. Partindo daí, o *signo oco*, desprovido de semântica, representa a capacidade de conceber a possibilidade da ausência de sentido ou de referência fixa, refletindo assim a natureza contingente do mundo, onde as coisas poderiam ter sido diferentes ou poderiam deixar de existir da forma que são. Isso quer dizer que existe, portanto, uma ligação entre o signo oco e o pensamento sobre a contingência através do princípio da facticidade: é através do signo oco que o pensamento é capaz de se engajar na reflexão sobre a contingência, reconhecendo que as estruturas e regularidades do mundo não são necessárias ou imutáveis. As coisas em seu absoluto, por serem também ocas, têm natureza contingente e não essencial – não há nada nas coisas que nos garante que aquilo não poderia ter sido diferente do que é, já que coisa nenhuma tem sentido intrínseco. E é exatamente neste ponto que Meillassoux tanto nos interessa: é justamente porque as coisas também são ocas que elas podem ser tomadas fora do âmbito do sentido, para serem pensadas em sua estrutura, incluso o sintoma, como um *signo oco*.

Uma questão importante decanta-se então: o que é um signo desprovido de sentido, um *signo oco*? É notável que um signo desprovido de sentido é, em si, um signo. Ele não é menos signo do que um signo que carrega significado. Pensamos assim, porque uma vez tendo nos debruçado extensamente sobre a clínica do sintoma em Freud, entendemos ser necessário superar a ideia moderna derivada da análise linguística do signo, que sugere que o signo precisa se referir a algo: um objeto, um referente, um sentido. A noção de que um signo deve ter um sentido precisa ser transcendida e é exatamente isto que propomos quando lemos o sintoma a partir de seu caráter contingente. Quando dissemos que ele pode ser lido em analogia com a máquina que absorve *inputs* e forma a partir deles circuitarias de *outputs*, é porque sua função de *prompt de comando*

não se importa com o sentido, é pura programação linguística que pode ser matematicamente acessada. O oco do sintoma (o umbigo do sonho de Freud, o ponto sem referencial do caso Emma, a Trimetilamina...) é um signo que, mesmo sem carregar significado simbólico, pode ser descrito em sua estrutura de funcionamento. Como? Com Meillassoux (2012), podemos pensá-lo através de sua característica fundamental de *iteração*. A *iteração* de Meillassoux (2012), que na nossa abordagem do sintoma se aproxima da *compulsão* que Freud localizou como sendo da ordem da *repetição*, é por ele diferenciada como um termo específico, que vamos aqui reproduzir:

“Antes de prosseguir para esclarecer essas teses mais detalhadamente, vamos tornar nossa terminologia um pouco mais precisa:

- Toda reprodução do mesmo sinal será chamada de recorrência.
- Uma repetição (ou monotonia) é uma recorrência diferencial e finita: um friso (espacial) ou uma lamentação (temporal). Uma repetição é, portanto, de natureza espaciotemporal, entendida em termos conscientes e perceptivos - e não como um continuum físico mensurável. E uma repetição é uma recorrência que produz uma diferença sensível não devido à dissimilaridade de seus motivos, mas devido ao simples fato da reprodução de elementos semelhantes. A monotonia temporal cria um ‘efeito de lamentação (diferencial)’, a monotonia espacial um ‘efeito de friso (diferencial)’.
- Por outro lado, chamo de iteração (e não mais ‘repetição’) uma recorrência que é não-diferencial e, portanto, ilimitada, porque produz uma identidade pura de sinais. Essa iteração é precisamente implementada na apreensão de ocorrências idênticas do mesmo tipo. Nesse caso, vejo no próprio sinal aquilo que não difere sensivelmente de um sinal para o outro.” (Meillassoux, 2012, tradução nossa)

O conceito de *iteração* do signo oco de Meillassoux (2012) transcende o mero efeito de repetição porque ao observarmos um signo iterado, percebemos uma aparente reprodução, ou seja, uma recorrência de sinal, mas na verdade o que testemunhamos é uma marca singular em cadência. Não nos deparamos com a repetição que supõe algo de intrinsecamente diferencial, um efeito melódico no qual o idêntico se diferencia por meio de reproduções; em vez disso, na iteração, encontramos sempre o mesmo signo – cadenciado. É como dizer, por exemplo, que no caso de um alcoólatra, é sempre o mesmo copo que ele bebe, independente do que nele esteja posto ou das circunstâncias em que ele faz uso da bebida: aqui interessa mais o “efeito copo” como signo iterativo do que sob quais formas diferentes o uso da bebida possa ter sido repetido. O signo se itera sem a

manifestação do efeito de repetição porque nele algo resiste à natureza diferencial do tempo-espço, sua marca é um elemento invariante e desprovido de sentido. Como *signo oco* que, por exemplo, o copo é – nele existe uma qualidade de eternidade que transcende a esfera do sentido atribuído a ele, e que, uma vez este signo tendo sido posto em cadeia, ele reitera uma sequência que pode ser localizada e/ou estruturada:

“A iteração, portanto, escapa ao efeito da repetição. Agora, uma vez que o efeito da repetição não é nada além do efeito do espaço-tempo sensível (e não de uma não-semelhança), a iteração encontra na própria marca uma propriedade $=x$ que não depende do tempo ou do espaço e que, portanto, no sentido estrito, é intemporal e não espacializada, embora, paradoxalmente, esteja indexada a um objeto material determinado.

A maneira iterativa de ver a marca apreende algo eternamente idêntico em uma multiplicidade de marcas empíricas, sejam elas similares ou não. Vemos nas marcas, tomadas como ocorrências e não como motivos, algo que é eterno sem ser ideal (uma vez que as marcas são desprovidas de significado e essência - de eidos, de ideia ou de forma).

Agora, vamos observar o seguinte ponto, que para mim é essencial: o acesso a esse regime inédito de identidade também é a condição de acesso a um regime igualmente inédito de diferença: uma diferença que não é nem não-semelhança nem o efeito da repetição. Em outras palavras, o signo oco nos permite ter uma base em outra linguagem de diferença - uma que não depende mais do espaço-tempo sensível - e que, portanto, se apresenta como candidata a uma possível absolutização.” (Meillassoux, 2012, tradução nossa)

É diferente, portanto, falar de repetição e de iteração. A marca iterativa é oca de sentido, apesar de circunstancialmente estar localizada em um objeto ou situação a qual possa ter sentido atribuído a ela mesma. Não é o que dissemos, partindo de Freud, quando dissemos que o sintoma carrega um núcleo pulsional de fixação traumática embrulhado dentro de um envelope semântico? Vamos tomar os termos de Meillassoux (2012) a partir de Lacan para tornar ainda mais claro.

Lacan, em seu *Seminário 22*, ministrado entre 1974-1975, e, portanto, antes de definir o sintoma em seu lugar de *Sinthoma* a partir de Joyce, ali o define como uma função, o aproxima da função matemática $f(x)$. Uma função matemática $f(x)$ é uma relação que associa a cada valor de x , chamado de domínio, um único valor de y , chamado de imagem. Já apresentamos também aqui a localização de função proposicional apontada por Morel (1999). A função matemática descreve como os valores do domínio x estão

relacionados aos valores correspondentes da imagem y , seguindo certas regras ou propriedades específicas: essa relação é geralmente expressa por meio de uma fórmula ou uma equação algébrica, na qual x é a variável independente e $f(x)$ é a variável dependente. Vejamos: a letra na notação $f(x)$ é apenas uma convenção e pode ser substituída por qualquer outra letra ou símbolo – é o que podemos, junto a Meillassoux, chamar de *símbolo oco*. O x pode ser substituído por qualquer valor dentro de $f(x)$ porque é um símbolo desprovido de sentido intrínseco, pode assumir diversas formas sem comprometer a função $f(x)$. Um exemplo de função matemática básica é a função linear, a que produz uma relação direta e proporcional entre a variável de entrada (x) e a variável de saída ($f(x)$). Sua forma geral é expressa pela equação $f(x) = mx + b$, onde "m" é o coeficiente angular, que representa a taxa de variação da função, e "b" é o coeficiente linear, que representa o valor da função quando x é igual a zero (intercepto no eixo y). Por exemplo, considerando a função linear $f(x) = 2x + 3$, podemos encontrar os valores correspondentes de $f(x)$ para diferentes valores de x . Se substituirmos x por 1, teremos:

$$f(1) = 2(1) + 3$$

$$f(1) = 2 + 3$$

$$f(1) = 5$$

Portanto, quando x é igual a 1, $f(x)$ é igual a 5 e podemos continuar encontrando outros pares de valores ($x, f(x)$) para traçar o gráfico da função linear. Isso quer dizer que se $f(x) = y$, por exemplo, o que mudaria, no fim das contas, seria apenas a imagem em y a depender de qual valor teria $x, f(x)$, em seu lugar oco, se reiteraria permanecendo a mesmo. Fica muito claro quando os valores da função são plotados no plano cartesiano, onde as coordenadas respeitam a ordem de posição primeiro no eixo x (abscissas) e depois eixo y (ordenadas). Vejamos um exemplo simples:

x	f(x)
1	12
2	20
3	28
4	36
5	44

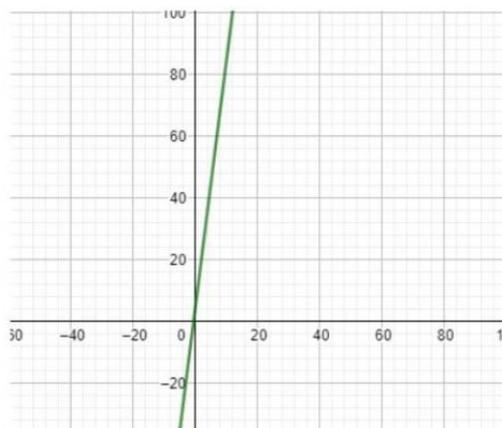


Figura 17: Função algébrica. Disponível em:
https://sme.goiania.go.gov.br/conexaoescola/ensino_fundamental/matematica-estudo-das-funcoes-polinomiais-do-primeiro-grau/

Fica claro quando ilustrado que apesar de x e a imagem gerada em y estarem em íntima relação de interdependência, há entre eles uma diferença fundamental: x é imutável, se itera, enquanto y pode se modificar adquirindo diferentes atribuições e valores. No *Seminário 22*, é a partir deste caráter *oco* de x , em sua função, que Lacan localiza a reiteração selvagem do sintoma, sua necessidade que *não cessa de ser escrita*:

“O que significa dizer o sintoma? É a função do sintoma, uma função a ser entendida como sua formulação matemática: $f(x)$. O que é esse x ? É aquilo do Inconsciente que pode ser traduzido por uma letra, na medida em que somente na letra a identidade consigo mesma está isolada de qualquer qualidade. Do Inconsciente, tudo é Um, na medida em que se sustenta o significante no qual o Inconsciente consiste, tudo é suscetível de ser escrito por uma letra. Sem dúvida, aí seria necessária uma convenção. Mas o importante é que é através disso que o sintoma opera de forma selvagem. O que não cessa de ser escrito no sintoma resulta disso.” (Lacan, Inédito, Seminário de 21 de Janeiro de 1975, tradução nossa)

Quando localizamos a função de iteração do signo *oco* descrita por Meillassoux (2012) na função $f(x)$ do sintoma lacaniano, estamos dizendo que o sentido, no lugar da imagem em y , pode mudar e assumir diversas formas atreladas a diferentes objetos, e pode, portanto, se repetir, mas o signo *oco*, no lugar da função $f(x)$, ele não se repete, ele se itera, pois é sempre o mesmo, marca absoluta da letra no litoral da pulsão. Foi o que tentamos localizar, a título de exemplo, quando dissemos que é sempre o mesmo copo que o alcoólatra bebe. Ou quando citamos o caso de Marcelo trabalhado na dissertação

que antecedeu esta tese²⁸, em que *injustiçado* cumpria uma função de localização e estabilização desse sujeito no mundo através de um núcleo de seu sintoma. Se quisermos dar ainda mais um passo, é possível também voltar aos casos clínicos de Freud, nos quais, como também já dissemos, a nomeação dada como título dos casos acabava também por nominar este $f(x)$ – foi o que antecipamos na construção da nossa hipótese. Andrade & Andrade (2019) localizam no *Homem dos Ratos*, por exemplo, como a construção do caso segue na esteira do deslizamento de *Raten* (dívida/prestação) para *Spielratte* (rato de jogo), passa por *Heiraten* (casar), aparecendo, por fim, a partir das palavras do próprio paciente, nos moldes de uma fórmula mínima - *Ratten* (ratos), ponto invariante do caso que não havia sido fruto da interpretação freudiana, mas foi acessado através dela. O que o caminho aberto pelo sentido da interpretação semântica propiciou, no deslizamento significante, foi uma abertura de leitura que pôde alcançar um *signo oco* que não se prestava à abertura narrativa, foi a função de letra que já estava ali operando como um núcleo, uma função, um nome que foi acessada no caso:

“Ele próprio fora um ser assim asqueroso, sujo, pequeno, que enraivecido podia morder e fora terrivelmente castigado por isso. Ele realmente podia ver no rato [*Ratten*] ‘uma imagem viva de si mesmo’. É como se o destino lhe lançasse, na história do capitão, uma ‘palavra-estímulo’ de complexo, e ele não deixou de reagir a ela com a ideia obsessiva”. (Freud, 2013, p.78)

Fica claro, portanto, como o elemento invariante daquele caso – *Rat* - pôde ser acessado a partir da necessidade que era representada no núcleo dos sintomas, que recorrentemente contemplavam um mesmo significante ao serem tocados pela interpretação. A necessidade paulatina demonstrada no sintoma, marca da contingência ela mesma (Milner, 1996), foi o que permitiu, como uma bússola, que Freud não se perdesse nos diversos caminhos abertos pelo sentido e que seu núcleo pudesse ser acessado em seu lugar de iteração, em sua função $f(x)$. Freud, com seus dotes literários, fez sua escrita em belíssimos termos romanescos, mas nós, de forma galileiana, assim também poderíamos escrevê-lo:

$$f(x) = y$$

$$f(\text{Rat}) = \text{Raten (dívida/prestação)}$$

²⁸ Ver páginas 19-22 desta tese.

$f(\text{Rat}) = \text{Spielratte}$ (rato de jogo)

$f(\text{Rat}) = \text{Heiraten}$ (casar)

$f(\text{Rat}) = \text{Ratten}$ (Ratos)

Temos, a partir daí, que a nomeação dada por Freud – Homem dos Ratos –, em seu lugar de analista, localiza o caso em uma fórmula mínima que não estava ali para ser explanada em sua esteira semântica, mas *lida*, porque recolhida em sua função de *letra*. Importante dizer ainda que, em uma função algébrica, o valor de x muitas vezes só pode ser determinado a partir da resolução posta em y , quer seja, para ser atribuído o valor de x , você precisa de y , que é a informação da imagem. Também é assim no sintoma: só se acessa seu núcleo invariante através do sentido imbuído na narrativa, trata-se de um atravessamento. No caso do *Homem dos Ratos*, a reconstituição extensa dos caminhos da pulsão que no percurso da análise daquele caso puderam ser mapeados, foi uma remontagem do Real da contingência da inscrição traumática que, ao modo de escrita documental, Certeau (2016) chamou de ficção – uma escrita correlata da ciência, uma forma credencial erudita, distinta do pensamento ordinário, de explicação de um absoluto²⁹. Quando dissemos que escrever um caso trata-se de *reconstituir o percurso da letra nos caminhos abertos pela pulsão* é justamente porque algo da contingência vem extrair, recortar, escrever uma letra no corpo ao redor do buraco aberto pelo trauma pulsional. Nos dizeres de Laurent (2020):

"É porque a letra não é uma inscrição, mas sim a constituição de uma borda ao redor de um buraco, que ela é um modo de tratamento das trajetórias e dos prazeres pulsionais, principalmente das trajetórias da voz e do olhar." (Laurent, 2020, p.13)

A letra é, portanto, uma marca contingencial que adquire no sintoma um caráter necessário. É por isto que ela pode ser escrita: a letra é asemântica, sem sentido, *signo oco* que pode ser extraído sob o modo do sintoma na neurose, sob o modo do fenômeno elementar na psicose e até mesmo sob a forma do sintoma em um fim de análise (Bayón, 2020). Assim como descreveu Meillassoux (2012), sua característica central é a iteração, não o fato de poder estar ligada de forma fixa a um ou outro sentido – ela nos é acessível em sua sintaxe.

²⁹ Como já descrevemos no Capítulo 1.

Uma vez tendo justificado a noção de contingência da qual nos servimos para nos autorizar a escrever o sintoma em uma Construção de Caso Clínico, vamos agora abrir a segunda proposta deste capítulo que é explicitar sobre o que versa essa escrita, o que é essa noção de letra que localizamos, junto a Lacan (Seminário 22, Inédito) em seu $f(x)$.

3.2 Sintoma, o que se escreve é a letra

A proposta específica deste segundo tópico é aderir à nossa tendência da Construção do Caso Clínico em Psicanálise a investigação da escrita da letra, por entendermos que tal escrita representa a concepção de um registro material, ou *documental*, se preferirmos os termos de Lacan (2019), de uma marca que se itera da pulsão. Parece simples demais até para ser explicado: escrevemos um caso clínico porque a articulação das letras é a *escrita*. Uma vez que entendemos que é o Real que suporta o Simbólico, a *escrita da letra* torna-se um paradigma possível de transmissibilidade da fixação traumática do sintoma na qual vamos nos aportar para circunscrever o invariante de um caso. Vamos retomar, então, do ponto em que chegamos junto a Meillassoux (2012), agora com Milner (1996): “Por que a matemática é o paradigma da transmissibilidade? Por causa, como dissemos, da letra” (p.104).

Inicialmente, cabe salientar que a letra como a apresentamos, em seu lugar de função $f(x)$, não corresponde ao lugar do significante de Saussure, aquele em cujo programa linguístico Lacan em um primeiro momento de seu ensino se referenciou. Nos anos 1970, Lacan se distancia da noção estruturalista de significante, que prioriza a dimensão falada sobre a dimensão escrita da língua, e se aproxima do que da língua pode ser tomado em sua positividade, em sua matéria-prima. Em Saussure o som é o ponto focal do significante porque ele é, em sua essência, mera relação: ele representa alguma coisa para alguma outra coisa, e sendo o som o meio através do qual essa representação ocorre, ele é puramente uma relação de diferença, desprovido de positividade. O significante, sendo ele destituído de quaisquer qualidades intrínsecas, não pode ser identificado a si mesmo, e por isso pode ser facilmente confundido – é o que vemos, por exemplo, no caso de algumas palavras que têm o mesmo som ou até mesmo a mesma grafia, mas não o mesmo significado (são palavras homônimas ou homófonas, mas distintas). Ilustremos. Para falantes da língua portuguesa, por exemplo, uma manga recortada de uma blusa e uma manga caída de uma frondosa árvore no mês de dezembro não são as mesmas mangas, mesmo que nada as diferencie em seu som quando faladas

ou na sua grafia quando escritas. As mangas, enquanto significantes, só podem ser diferenciadas pelo sentido que adquirem quando postas em relação a outros significantes – a blusa ou a árvore, neste caso. Isso aqui nos importa, pois, ao abandonar a predominância da linguística estrutural em sua abordagem significativa e representativa, Lacan revela que o fenômeno fundamental da linguagem não é o sentido, mas o gozo: é a pulsão, e não a significação, que põe em movimento o sujeito falante. É por isso que no segundo ensino de Lacan toma prevalência a noção de letra, porque a letra, como demonstramos, tem a positividade própria da pulsão e veicula o substrato corpóreo do sintoma. Nas palavras de Milner (1996):

“O significante é apenas relação: ele representa para e é aquilo através do quê isso representa; a letra mantém, decerto, relações com as outras letras, mas ela não consiste apenas em relações. Sendo apenas relação de diferença, o significante é sem positividade; mas a letra é positiva em sua ordem. A diferença significante sendo anterior a toda qualidade, o significante é sem qualidades; a letra é qualificada (ela tem uma fisionomia, um suporte sensível, um referente etc.). (...) Ninguém pode fechar a mão sobre um significante, já que ele é apenas definido por um outro significante; mas a letra é manipulável, até mesmo empunhável (‘este escrito (...) o que se resume a estas cinco letrinhas escritas na palma de minha mão’, assim Lacan comenta a fórmula da gravitação universal).”
(Milner, 1996, p.104)

Por conseguinte, quando nomeamos o capítulo anterior como “O sintoma em Freud, do que se escuta ao que se lê”, estávamos ali a dizer mais do que o explicitamente expresso. Reside na diferença crucial entre um significante – que se escuta – e entre uma letra – que se lê –, a possibilidade de que esta última possa ser escrita e o primeiro não, é por isso que ao construir um caso é a letra do sintoma que buscamos mapear. Neste âmbito, é possível respaldar a crítica de Derrida a Lacan em sua obra "O carteiro da verdade" (2007), acerca da preponderância que Lacan atribui ao significante em seu estudo sobre "A Carta Roubada" de Poe³⁰. Contudo, sustentar tal crítica torna-se inviável quando lemos Lacan a partir de um determinado ponto. De fato, se quisermos tomar as vezes de advogados do diabo, parece que desde este primeiro momento, em algumas passagens, Lacan já antecipava a diferença que aqui expressamos, tendo em vista que aquilo que pode ser registrado por escrito já é explicitamente demarcado em uma relação

³⁰ Texto original: "The Purloined Letter" (1844), de Edgar Allan Poe.

de diferença àquilo que pertence ao domínio da fala, justamente porque o escrito cumpre uma função de veiculação, de circulação, de um pacto não expresso:

“Oxalá os escritos ficassem, como é, antes, o caso das falas: porque, destas, ao menos a dívida indelével fecunda nossos atos com suas transferências. Os escritos carregam ao vento as promissórias em branco de uma cavalgada louca. E, se eles não fossem folhas volantes, não haveria letras roubadas, cartas que voaram. (...) Por conseguinte, seja qual for o paradeiro que a Rainha tenha optado por dar à carta/letra, essa carta não deixa de ser o símbolo de um pacto e que, mesmo que sua destinatária não assuma esse pacto, a existência da carta a situa numa cadeia simbólica distinta da que constitui seu juramento.” (Lacan, 1998, p.30-31)

Voltemos, portanto, a este ponto crucial da análise do conto "A Carta Roubada" por parte de Lacan (1998), uma vez que neste seminário ele identifica claramente sua tentativa de abordar as questões que permeiam o papel do analista. Ao articular as noções de determinação simbólica e sujeito, Lacan (1998) atribui ao sentido uma função direcional, relacionada a um percurso previamente estabelecido baseado em uma força atribuída ao sujeito que fala, não na sua coesão lógica. A carta, sujeito do conto, cumpre uma função de circulação enquanto letra, não enquanto significante, pois seu conteúdo semântico é desconhecido. Da mesma forma, ao afirmar que um sintoma possui um sentido, não estamos sugerindo, portanto, que ele sempre se manifestará na mesma função semântica, mas sim que ele, enquanto letra, possui uma direção:

“A singularidade da carta/letra, que, como indica o título, é o *verdadeiro sujeito* do conto: é por poder sofrer um desvio que ele tem um trajeto *que lhe é próprio*. (...) Se o que Freud descobriu, e redescobre com um gume cada vez mais afiado, tem algum sentido, é que o deslocamento do significante determina os sujeitos em seus atos, seu destino, suas recusas, suas cegueiras, seu sucesso e sua sorte, não obstante seus dons inatos e sua posição social, sem levar em conta o caráter ou o sexo, e que por bem ou por mal seguirá o rumo do significante, como armas e bagagens, tudo aquilo que é da ordem do dado psicológico.” (Lacan, 1998, p.33-34)

Em termos freudianos, é isso que quer dizer o axioma lacaniano "uma carta sempre chega a seu destino" (Lacan, 1998, p.45): se a atribuição última do significante é se apresentar a outro significante, ou seja, criar redes associativas de ligação secundária e passagens psíquicas suplementares como ilustramos através de seus exemplos de redes mnêmicas, por mais que esse desvio seja prolongado, o núcleo material da carta, seu resto

de processo primário, sua letra, sempre chega ao seu destino final que é se satisfazer, fazer escoar catexicamente algo que é da ordem da pulsão. Poderíamos esquematizar assim: 1) Há passagens suplementares que a carta/letra percorre, ou seja, há criação de circuitos que o sujeito cria durante a vida em associação significativa - o que Freud chamou de processo secundário. 2) Subjaz que nesses circuitos simbólicos, nessa rede prolongada de significantes, que o sujeito que o percorre é a carta/letra - ou seja, o núcleo que Freud isola no processo primário como aquilo que faz compulsão à repetição, é isso que, enquanto sujeito, está fazendo uso da circuitaria significativa para se transportar. 3) Esse núcleo, carta/letra, fica *en souffrance* na rede significativa até ser retirada em transferência (Lacan, 1998, p.41). Por que em transferência? Porque, como dissemos³¹, a transferência é sobretudo uma modificação econômica nessa circuitaria que possibilita esta extração. É por isso que o analista escreve o caso clínico, porque ele documenta, transcreve a carta/letra uma vez que ele a lê. Não que ele a possua, porque nem mesmo aquele (ou aquela, no caso do conto) que se intitula seu dono, a possui:

“A posse da carta/letra não é menos contestável para sua destinatária do que para qualquer um em cujas mãos possa cair, uma vez que nada, quanto à existência da carta, pode voltar à normalidade sem que aquele contra cujas prerrogativas ela atenta tenha tido que se pronunciar a esse respeito.” (Lacan, 1998, p.31-32)

É por isso que não é sob o significante (sob aquilo que se escuta) que se constrói um caso, é sobre a letra (que se lê): porque se o sentido da carta/letra importa, ele importa em sua função de circulação e transporte de um substrato material, que atribui poder do ponto de vista econômico e surte efeitos (de iteração) quando se inscreve:

“Sua essência é que a carta/letra tanto pôde surtir seus efeitos internamente, nos atores do conto, inclusive o narrador, quanto do lado de fora: em nós, leitores, e também em seu autor, sem que ninguém jamais tenha tido que se preocupar com o que ela queria dizer: destino comum de tudo o que se escreve.” (Lacan, 1998, p.61)

Chegamos, portanto, justamente ao ponto que este tópico busca abordar. Por que o que se escreve de um caso clínico é a letra? Porque se, por um lado, o significante, em sua fugacidade, não pode ser instituído, a letra, por outro, é dotada de uma consistência que a faz manipulável e transmissível. A materialidade que lhe é própria lhe é dada por um outro substrato, ela pode ser instituída, por exemplo, através de um discurso que a

³¹ Ver páginas 107-108 desta tese.

suporta. Sob a letra que institui uma fórmula matemática, em particular, há de ter toda uma teoria que funciona como suporte para aquilo que se torna sua grafia material: trata-se de uma letra que tem mestre. Toda a teoria da Gravitação Universal de Isaac Newton (nosso modelo de estimação adotado nesta tese), pode, à título de ilustração, ser reduzida a: $F = (G * m1 * m2) / r^2$, onde F é a força de atração entre os corpos, G é a constante gravitacional universal, m1 e m2 são as massas dos corpos envolvidos, e r é a distância entre os centros de massa dos corpos. O que estamos tentando dizer é que se ela pôde ser assim reduzida é porque seu aporte consta em outro lugar, devidamente posto: há toda uma teoria do que é gravitação, como se estabelece força de atração entre os corpos, como se mede uma distância etc., que fixa estas letras em seus lugares de função. Ao contrário do significativo, que não está fixo em referencial algum. Nas palavras de Milner:

“O significativo não tem razão de ser como é, e, antes de mais nada, porque ele não é como é; porque ele não tem identidade própria; porque não tem si; porque todo si é reflexivo e o significativo não poderia ser reflexivo, sem logo ser seu próprio segundo e um outro significativo. A letra, ao contrário, deriva sempre de uma declaração; nesse sentido, ela tem sempre razão de ser o que é, mesmo se essa razão for uma pura e simples decisão; é por isso que ela sempre diz respeito a um discurso (‘A letra, radicalmente, é efeito de discurso’, S., XX, p.36); ela nada é sem as regras que cerceiam seu manejo, mas uma vez dadas essas regras, cada letra é o que é, como é; a reflexividade lhe é permitida; ela tem um si.” (Milner, 1996, p.105)

No caso da letra que escrevemos quando escrevemos um caso, encontra suporte no elemento limítrofe-corpóreo que percorre a maquinaria econômica psíquica – ela se suporta no núcleo pulsional que lemos no sintoma. Isso porque a letra é capaz de vincular, de ser suporte, ao mesmo tempo, de um Real (R) da pulsão, de um Imaginário (I) figurado no Eu³² e de um Simbólico (S) em seu envelope semântico. É este entre-lugar que faz da letra um operador lógico importantíssimo para o edifício teórico da Psicanálise, não só em sua função de escrita do sintoma, mas também como articulador manipulável que adquire diversas formas no ensino de Lacan. Assim que nos apresentou Milner (1996):

“Em linguagem de escola, o significativo deriva apenas da instância S; mas a letra vincula R, S e I, que são mutuamente heterogêneos. Assim, tudo o que concerne ao significativo será dito num vocabulário da cadeia e da alteridade; reduzido a seu esqueleto, ele se resumirá a S1 (um significativo), S2 (um outro significativo);

³² Sobre o Eu como um *Sinthoma*: ver páginas 129-134 desta tese.

\$ (o sujeito barrado pelo intervalo de S I a S2); *a* (o que cai pelo efeito de barra). Mas tudo o que concerne à letra será dito num vocabulário do encontro, da cunhagem, do contato, do entre-dois. Esses vocabulários são múltiplos: a geometria da linha, a topologia, a lógica dos quantificadores pôde sucessivamente se servir. Elas serviram principalmente para articular a doutrina do matema, precisamente na medida em que o matema deriva da letra.” (Milner, 1996, p.105)

É este lugar do encontro da letra que nos interessa, pois o nosso objeto de investigação reside justamente em um lugar limítrofe, entre o corpo e a linguagem. Que nos foi possível pensar a partir de *Lituraterra*, texto de Lacan de 1971.

Lituraterra (Lacan, 2003b) foi um texto escrito para abrir um novo momento no ensino de Lacan? Fato primeiro: a noção de *letra* ali, como aponta o próprio autor, é retomada de um lugar marcadamente diferente daquele exposto em "*A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud*", texto de 1957. Além disso, e não menos importante, o texto inscreve uma retomada, retomada dotada de certa dose de ironia do seminário sobre *A carta roubada* (de 1955): o quê *Lituraterra* inaugura ao deslizar de *letter* (carta) para *litter* (lixo)?

Lacan (1971) parece retornar ao conto de Poe para reformular os termos do que nesta tese nos permite dizer que ela, a carta, *sempre* chega a seu destino. Lembremos: na carta, o conto e sua conta de movimentação se sustentam sem nenhum recurso a seu conteúdo. *Lituraterra*, portanto, pode ser lido como uma tentativa de retomar a letra para além de sua função de semblante, ou seja, entre o simbólico e o imaginário, para tomá-la por seu gozo fora de significação, entre simbólico e Real. A questão da literalidade posta neste “novo” momento, vai, então, além dos efeitos do significante do ponto de vista da análise semântica e abre caminho para o trabalho de Lacan nos anos 70 com o suporte lógico da letra nos matemas e fórmulas da sexualização.

No ponto em que interessa a esta tese, *Lituraterra* (Lacan, 2003b) coloca a pergunta para o que aponta, então, uma interpretação que não se presta a correr pelas vias do sentido, mas exerce função nomeatória, de redução e fixação. Como pode o analista se servir da noção de letra para acessar um Real do gozo que não esteja mediado pelo semblante? Pausa para contrastar, aqui, nossa metáfora inicial do capítulo da lousa mágica com uma assertiva do próprio Lacan, ao referenciar a mesma:

“Se eu houvesse considerado aceitáveis os modelos articulados por Freud num Projeto em que ele abriu para si rotas calcadas na impressão, nem por isso teria retirado metáfora da escrita. Ela não é impressão, a despeito do bloco mágico.” (p.19)

Retornar à metáfora do bloco mágico nos interessa para indicar de qual função de letra na escrita do caso estamos falando. Lacan (2003b), em *Lituraterra*, está dizendo que 1) não considerou aceitável o modelo de Freud no *Projeto* em que ele desenha um arquétipo de inconsciente calcado na impressão, quer seja, no seu modelo de memória; 2) A metáfora da escrita não está atrelada a algo que se imprime, pois; 3) A escrita não é impressão, mesmo que dê notícias do sulco da marca de corpo como atesta o bloco mágico. Se a escrita não é impressão, o que ela é, afinal? Litura, rasura, litoral. Dizer que o que se pode escrever de um caso é o ponto em que ele encarna uma função, função de letra, é uma assertiva paradoxal. A condição de existência da letra é antagônica: ela é, ao mesmo tempo, tentativa de inscrição e resto de um apagamento. E, se serve ao analista na escrita do caso, serve apenas na medida em que ao bordejar e ao mesmo tempo cavar o furo, ela é capaz de dar indicativos do trajeto da pulsão, litoral entre Real e simbólico.

Se retomamos as diferentes escritas no aparelho psíquico da carta 52, por exemplo, o que temos é que uma escrita não é a mesma e nem tampouco uma que se faz sob a outra: litura é rasura de traço algum que seja anterior, porque o traço primário não é uma ancoragem. Trata-se de uma reprodução não ancorada, como na caligrafia em que se reproduz sem o auxílio da sombra do que não está ali a não ser como referencial, mas materialmente inexistente. No bloco mágico marcam-se agora, portanto, dois tempos: um em que existiu um traço primário que se apaga e um outro em que uma rasura se inscreve sem a ancoragem deste no pano de fundo. Não é pela marca que se inscreveu no segundo plano que algo se coloca, mas pelo efeito de apagamento, por uma segunda escrita que representa algo que se escreve por cima do que já não está mais ali. Um litoral que não é nem um, nem outro, mas cumpre função:

“Entre centro e ausência, entre saber e gozo, há litoral que só vira literal quando, essa virada, vocês podem tomá-la, a mesma, a todo instante. E somente a partir daí que podem tomar-se pelo agente que a sustenta.” (p.21-22)

Uma função, portanto, identificada pelo ponto de chegada a seu destino, o mesmo, a todo instante. Função que só pode ser recolhida pelo analista através do ato de nomeação:

“Ela só remonta a isso se disse receber um nome, como sucede com os efeitos entre as coisas que a bateria significante denomina, por havê-las enumerado.” (p.22)

Parece que a letra, justamente por articular registros diferentes (R,S,I) e por permanecer oca em si mesma no efeito da nomeação, é o que pode ser escrito em um caso independente do que o sentido e o pensamento podem alcançar, assim como propôs Meillassoux (2010). A escrita das letras na construção de um caso pode ser, então, proposta como um matema. O que não quer dizer, em Psicanálise, que a letra faça a mesma coisa que fazem as letras das fórmulas de Newton: “Ora, o próprio dos matemas da psicanálise é que eles não se vinculam entre si” (Milner, 1996, p.106). Na espera por um discurso completo, explicativo ou dedutivo, como ocorrem em muitas fórmulas propriamente matemáticas, o que se encontra na letra lacaniana dos matemas é puramente descritivo: um matema, por exemplo, não é uma fórmula completa e funciona idealmente como uma estrutura para gerar proposições empíricas das quais “só podemos e só devemos extrair contingências sublunares” (Milner, 1996, p.106). Trata-se de um saber *não-todo*, que, se a alguns apavora, ao psicanalista mantém viva a via pela qual torna-se possível sua práxis, quer seja, mantém viva a possibilidade de que o sujeito possa falar. A característica sublunar da letra lacaniana a difere da letra pela qual Newton descreveu as regras de funcionamento de seus planetas, pois, a letra de Newton, ao cristalizar a necessidade dos planetas pela inalterabilidade de seus cursos, faz com que estes só possam permanecer emudecidos e inflexíveis. É o que nos aponta Rosa (2009):

“Por que será que os planetas não falam? Apesar de aparentemente absurda, essa questão atraiu a atenção de Lacan. A partir dela, Lacan observou que Newton reduzira o mundo dos planetas a ‘uma linguagem justa, bem feita, sintática, ultra-simples’ (Lacan, 1954-1955/1985, p.300). A partir daí, ele encontrou a configuração que tanto apavorava Pascal, ou seja, a do silêncio eterno dos espaços infinitos. Reduzidos a uma fórmula definitiva, os planetas perderam a fala. Todavia, se a possibilidade de reduzir os seres ao silêncio permite fazer ciência, a meta da psicanálise, bem como da literatura, não seria, certamente, a de chegar a um campo unificado, transformando os homens em luas. Trata-se, pelo contrário, de devolver-lhes a palavra. Quanto a isso, o psicanalista adverte

não ser necessário cair no misticismo, a coisa ficaria demonstrada a partir do momento em que eles começassem a nos mentir (idem). Se o real é pura e simplesmente o que é, se ele retorna, silenciosamente, sempre ao mesmo lugar, em contrapartida, o modo como os pontos luminosos no espaço celeste são agrupados em constelações (e começam a tagarelar!) mostra a ‘maneira pela qual o simbólico agarra’, e começa a ter um papel (idem).” (Rosa, 2009, p.54)

Nos reencontramos agora, por fim, com a questão que motivou esta pesquisa: é porque a letra lacaniana não é puro efeito literalizante de Real, mas não-toda, que levantamos a pergunta sobre o que pode um diagnóstico em Psicanálise. Pergunta esta que agora parece menos difícil circunscrever: no nível em que o inconsciente possa vir a ter estrutura de linguagem, pode o diagnóstico ser estrutural, no nível de lalíngua, só pode operar o diagnóstico do Um que a letra faz borda. O diagnóstico de estrutura nos abandona na medida única de cada sujeito porque onde o sujeito mesmo está, trata-se do a-estrutural de lalíngua, daquilo que é avesso à linguagem que associa e compartilha sentido. Bom, temos que aí só se pode construir ficção do Um a partir da letra que voou do enxame de lalíngua para se inscrever como S1:

“O que é que quer dizer *Há Um? Um-entre-outros*, e se trata de saber se é qualquer um, se levanta um S1, S1 que soa em francês *essaim*, um enxame significante, um enxame que zumba. Esse um, S1, de cada significante, se eu coloco a questão *é deles, dois, dos, que eu falo?*, eu a escreverei primeiro por sua relação com S2. E vocês podem pôr quantos quiserem. É o enxame de que falo.

S1 (S1 (S1 (S1 - S2)))” (Lacan, 1985, p.196)

E se dissemos que é do Um a-estrutural que se retira o diagnóstico que aporta nossa Construção do Caso Clínico, não estamos dizendo que se trata de fazer uma descrição menos precisa, pelo contrário. Essa extração da letra do banho de lalíngua supõe que antes que se faça estrutura, ou seja, antes que S1 se articule a S2, o corpo é marcado pela marca traumática da pulsão (ali no processo primário freudiano) e esta marca é o que se destina a se repetir no sintoma. Bayón (2020) expôs de forma clara e didática o que seria tal processo em três tempos lógicos e abaixo vamos integralmente reproduzir:

“- Um primeiro tempo próprio de lalíngua como enxame de S1,

- Um segundo tempo em que o S1 é extraído como efeito do *troumatismo* e produz uma borda e um buraco - o Um da letra e o zero -, ou seja, a extração da letra destinada a se repetir no sintoma,

- Um terceiro tempo em que esse S1 se articula ao S2, produzindo a linguagem. Nesse terceiro momento, a linguagem articula o S1, constituindo a invenção do fantasma, que amarra o Um ao Outro da linguagem.” (Bayón, 2020, p.94-95, tradução nossa)

A letra atua, portanto, como substrato material que transporta algo de lalíngua ao mesmo tempo em que faz função de gancho com a linguagem, que permite a passagem de S1 ao S2, a S3... sucessivamente. Ou seja, a letra é exatamente aquilo que Freud recolheu da compulsão à repetição como o que permanece do processo primário do inconsciente como um núcleo indestrutível, refratário ao processo secundário nas diversas ligações que “os representantes” podem fazer. A letra, sendo ela a borda que delimita os orifícios que faz a pulsão ao marcar o corpo, implica uma localização desse gozo, fenômeno corporal desarticulado da linguagem, que, mesmo que possa vir a ser posta em rede, permanece como um oco intraduzível dentro de cada encadeamento. Isso quer dizer que a técnica da Psicanálise está ligada a uma operação secundária? Quando Miller (1996) diz que "a psicanálise é um forçamento que relaciona o gozo com o sentido para resolvê-lo" ele está dizendo de um movimento de desa-fixação de S1's, deslizamentos de S1 para S2, S3, Sn... para tratamento econômico de gozo. Mas estamos dizendo que há uma estrutura gramatical, aquela que prevalece no inconsciente, de S1's que não chegam a S2's, que não podem ser subvertidas pelo tratamento simbólico no decurso de uma análise – e é exatamente neste nível de *lalíngua* que reside o que Lacan chamou de “núcleo do ser”. Como fazer clínica a partir daí? É o que também pergunta Bayón:

“Agora vejamos: isso não é fácil, já que toda nossa formação analítica é feita para trabalhar com a linguagem. Sabemos trabalhar com a metáfora e a metonímia, com a citação e a ambiguidade, com a escansão e o silêncio, com a sessão curta e o tempo variável. Mas não é certo que saibamos trabalhar com lalíngua. Isso implica que a clínica da coerção do Um, a clínica de lalíngua, é uma clínica a se construir.” (Bayón, 2020, p.75, tradução nossa)

Nossos termos, porventura ainda não tenham ficado claros, propõem que a construção desta clínica retome uma certa essência mecanicista da Psicanálise nos pressupostos de Freud. Quando dissemos, com Miller (2009), que a interpretação analítica deve ir em direção à *palavra que fere*, estamos aproximando a energética freudiana da ressonância corporal que o significante apresenta no último ensino de Lacan. Muito se diz que o *primeiro* Freud está no *últimíssimo* Lacan, por vezes resta provar *como*. Aqui entendemos que utilizar a noção de *falasser*, que, segundo Miller (2009), é “o pivô do

último ensino de Lacan”, para reconduzir Lacan ao primeiro ensino de Freud, à maquinaria do sintoma em termos energéticos, é um percurso que ancora-se nos pontos nomeados por Freud como *hipercatexia* e *fixação traumática* explicitados n’O Projeto, uma vez que tais noções tornam possível a interpretação de um dado significante pelo impacto de sua ressonância, não pelo sentido, e parecem se aproximar mais desta noção de inconsciente inaugurado no último ensino de Lacan:

“É com essa clivagem entre a estrutura e os elementos de acaso prévios, que ela encaixa e significa, que começa o último ensino de Lacan. A prática da psicanálise ganha então uma outra ênfase. Trata-se de reconduzir a trama de destino do sujeito da estrutura aos elementos primordiais, fora de articulação, quer dizer, fora do sentido e, porque absolutamente separados, podemos dizê-los absolutos. Trata-se de reconduzir o sujeito aos elementos absolutos de sua existência contingente.” (Miller, 2009, p.57-58)

Partir da noção do inconsciente como falasser [*parlêtre*] abre a perspectiva de como a escrita do caso permite ficcionalizar o que há de Real no acontecimento contingente que marca uma posição necessária para o sujeito, já que se trata eminentemente de um fenômeno corporal. Abre, também, uma via de tratamento, pois, como dissemos junto à Meillassoux (2012), está claro que o fato contingente poderia ter sido diferente do que é, ou, melhor ainda dizendo, nada nos garante que no futuro ele não poderá vir a ser outra coisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O “momento de concluir” lacaniano, se decidirmos levá-lo bem a sério, não tem a menor pretensão de se igualar a um derradeiro encerramento. Versa, pura e simplesmente, sobre o momento em que paciente e analista param de se encontrar. Ainda assim, é um fato que pode, por consequência, precipitar algumas conclusões. No momento em que determinadas perguntas e essa tese pararam de se encontrar, algumas conclusões se precipitaram, e agora aqui vamos tentar delimitá-las, pincelando os achados da pesquisa.

Começamos por recolher o fato de que a Construção do Caso Clínico em Psicanálise é substancialmente distinta do que aborda uma construção de caso em quaisquer outras modalidades clínicas. Apesar de reconhecermos a psicanálise como herdeira direta da tradição médica e da concepção moderna de clínica, não é apenas o tom que muda quando saltamos do prontuário para a escrita analítica: a psicanálise se difere de outras clínicas em pilares básicos como, por exemplo, o que é um diagnóstico, sob que tipo de determinação ele pode ser inferido, o que é um modelo de evolução, o que é um prognóstico, qual conceito possível de cura e direção do tratamento. Isso porque a construção do caso clínico em Psicanálise não segue as diretrizes compartilhadas pelos sistemas de gestão em saúde (inclusive sua versão de saúde é também bastante peculiar), mas segue, por outra via, à risca as leis em regência no inconsciente. Transferência, tempo lógico, um desenvolvimento não-linear, o sintoma como uma solução... são algumas das “regras” em vigência no inconsciente que se traduzem em diretrizes a partir das quais se pensa um caso nos termos psicanalíticos. Bom, outro problema se abriu a partir daí: que tipo de apreensão do sintoma é capaz de comportar tais elementos quando vamos construir um caso clínico em psicanálise.

Talvez a escrita, por ser ela mesma uma “ciência da nuance” como postulou Roland Barthes (2013), possibilite uma existência comum que não implique na pura alienação ao particular e nem na perda de nossos lugares mais singulares por ode ao universal. Para Barthes, o que estava em questão na “ciência da nuance” era saber, exatamente a que distância deve-se estar de um objeto para construir um projeto eminentemente estético que poderia ser lido a partir de uma palavra central: *idiorritmia*, ou seja, a preservação de um ritmo próprio. O professor de literatura buscava, na preparação de cada um de seus cursos ministrados no Collège de France, uma “introdução

ao viver”, um projeto ético que era essencialmente um guia de vida: “quero viver segundo a nuance”, dizia ele (p. 21). Em sua busca de nuances, Barthes considerava a literatura a grande mestra. Não é fortuito que Freud, um declarado amante das ciências da natureza representadas pela física e a química, tenha se visto diante desse método como talvez o único possível para compilar seus casos. Quando se escreve sobre algo, há desse algo uma espécie de decantação de um saber inconsciente, um saber que parece respeitar essa *idiorritmia*. Escrever é, portanto, um método capaz de fisgar a singularidade de um sintoma pela nuance, tarefa impossível de ser realizada, por exemplo, através de métodos experimentais ou até mesmo através daqueles meramente intuitivos que dispensam a descrição fidedigna. O que não quer dizer, por outra via, que a escrita se iguale ao literário.

Com Certeau (2016) chamamos essa escrita possível de um caso clínico em Psicanálise de *ficção*. Importantíssimo destacar: dizer que se trata de uma *escrita ficcional* não é o mesmo que dizer que é uma escrita do gênero da fabulação sem compromisso com o fato objetivo ou da criação de enredos. Nos termos de Certeau (2016), a *ficção* é uma escrita de caráter científico que se presta a uma tradução possível para os termos do Real, já que ele, por definição, não pode ser literalmente capturado. É uma escrita rigorosa e descritiva de algo que não se deixa apreender a não ser pelos termos de uma relação estabelecida de modo arbitrário. E, se entendemos que o paradigma de Certeau nos auxiliou, foi justamente porque o ponto sob o qual se constrói um caso em Psicanálise é também um ponto essencialmente intraduzível, pois é um não-lugar, um entre-lugar corpo e linguagem no qual localizamos o sintoma. O que nos levou então, à pesquisa do sintoma enquanto um objeto central para a Construção do Caso Clínico porque ele, depositado na clínica analítica via transferência, pode se prestar a uma *leitura* através da qual se escreve um caso.

Acerca do sintoma, resolvemos retomá-lo em seu ponto de origem: da formulação freudiana, da *leitura* construída por Freud em um passo além da escuta. Explicamos: entendemos que Freud *leu* o sintoma, e aqui essa *leitura* é diretamente retirada do uso que faz dela Miller (2011), porque Freud tinha sobretudo uma visada sobre a mecânica do sintoma, sobre seu funcionamento a partir de sua energética. Tal tese, legatária dos fundamentos sob os quais Freud enquanto médico e cientista se formou, tinha como engrenagem central a *teoria da fixação traumática* que percorremos em sua obra em 3 momentos distintos: 1) O sintoma como formação de compromisso (1893-1900), 2) O sintoma estruturado como linguagem (1900-1920) e 3) O sintoma além do princípio de

prazer (1920 – 1940). Entendemos que no período 1 o sintoma foi apresentado como um organizador homeostático do elemento traumático desarticulado da consciência do sujeito, e que tal elemento precisaria ser reengendrado em prol da economia psíquica. O sintoma, apesar de ali claramente já ter muito bem definido seu caráter de solução, ainda era tomado em um aspecto parasitário, como uma falha dos mecanismos de defesa que começavam a se desenhar nos incipientes Eu e Isso. A partir de 1900, com o marco de virada que representa a *Interpretação dos Sonhos*, o período 2 do sintoma foi por nós apreendido a partir da passagem de uma maquinaria neuronal para os termos de um aparelho psíquico de linguagem. Com essa passagem, entendemos que todos os mecanismos de deformação do conteúdo explícito dos sintomas, feitos via operação do recalque, são descritos via recursos linguísticos que permitiram sua interpretação. Sendo a linguagem o substrato dos sintomas ali localizado, era possível localizar seu sentido a partir da plasticidade intrínseca das palavras e reconduzir o material deformado até seu referente inicial. O efeito colateral primeiro deste modelo terapêutico foi o de uma inflação desmesurada de sentido, já que, como a língua é plástica e móvel, o deslizamento interpretativo poderia apontar, sem restrições, até o infinito. Mas algumas restrições deste método puderam ser recolhidas. Tal restrição veio justamente de um incômodo sobre um ponto em cada sintoma ou sonho que se mostrava refratário à interpretação, um núcleo resistente ao modelo de associação do trabalho secundário que permanecia como um intransponível a cada tratamento. Este elemento ganha particular força após 1920, quando Freud, ao se deparar com o fracasso humano em seu coletivo através da guerra, e ao se deparar igualmente com o fracasso humano em seu individual nos insucessos de sua clínica, começa a se perguntar o que estaria na base da *compulsão à repetição* que o humano tinha a exercer em seus infortúnios. Este é, portanto, o momento 3 que fizemos da leitura do sintoma freudiano, que, como que em uma retomada aos pressupostos quantitativos de sua teoria pré-psicanalítica, chama a atenção para disso que do sintoma não estaria disposto a estruturar-se como linguagem e que, por conseguinte, estaria avesso à efeitos terapêuticos aos seus moldes conhecidos pela interpretação. A introdução da noção de *pulsão de morte*, e mais especificamente deste núcleo duro que a representa em seu caráter de repetição, foram essenciais para fazer avançar o que buscávamos recolher em Freud como um método de leitura do sintoma. Isso porque este ponto refratário ao sentido e à interpretação se mostrou como um herdeiro do processo primário – aquele que não estabelece ligações associativas e apenas pressiona para descarga. Dentro do sintoma, este processo age como um ponto de resistência de mecanismos psíquicos primevos e se

mantém intacto mesmo em produtos psíquicos de alta complexidade. Com Lacan, tal noção estenografada pelo conceito de *lalíngua* mostrou-se nodal (para aqui fazer uso de um trocadilho) do que viríamos a localizar como função da *letra* para a escrita do caso em associação com este processo primário freudiano.

Em paralelo a este mapeamento da leitura do sintoma freudiano, tentamos estabelecer também 3 protótipos de aparelhos psíquicos construídos por Freud nestes momentos: um primeiro momento de um aparelho “neuronal”, aportado na referência d’*O Projeto* (de 1895) e da *Carta 52* (de 1896), um segundo momento do aparelho psíquico tradutivo da *Interpretação dos Sonhos* (de 1900), e um terceiro momento de um aparelho psíquico dinâmico com as noções de Eu, Super-Eu e Isso, a partir de 1920. Se o fizemos foi, justamente, pela necessidade que acima elencamos de definir os pressupostos que regulam o que se toma por um caso em psicanálise, elemento de orbitação específica. Algumas localizações de modos de funcionamento destes aparelhos foram essencialmente importantes para a construção da tese, como, por exemplo, a noção específica de memória e redes associativas que Freud faz sob os traços mnêmicos no *Projeto*, a natureza contra-evolutiva do encadeamento psíquico das informações na *Carta 52*, que reforçavam a ideia da fixação traumática, a nova definição do Eu a partir de 1920 como um correlato do sintoma lacaniano. Este último ponto nos foi especialmente caro: entendemos que a Psicanálise é também radicalmente diferente de outras abordagens na construção do caso clínico porque Freud, que poderia muito bem em algum momento ter se tornado um *psicólogo do ego*, caiu no fato de que o Eu é ele mesmo um sintoma. Circunscrever algumas particularidades do aparelho psíquico e, sobretudo, do funcionamento inconsciente nestes três tempos, foram então montagens necessárias para sustentar a hipótese de que o sintoma pode ser *lido* para além de seu sentido, porque ficou claro, tomando todas as evoluções ao longo da teoria freudiana, que o aparelho psíquico não é estritamente um aparelho de sentido, o sentido é apenas dele uma parte, comportando também uma essência que pode ser lida como energética e, portanto, quantitativamente descritível.

Por fim, uma vez tendo localizado o sintoma como algo que pode ser lido através da energética disposta em uma lógica quantitativa, partimos para uma leitura epistêmica do sintoma: sustentamos, junto a Meillassoux, que o sintoma pode ser *lido* como um correlato da contingência. Isso quer dizer que o sintoma pode ser traduzível em linguagem galileiana se o tomamos a partir deste núcleo refratário ao sentido freudiano, ou, dito de

outro modo, de o tomamos em seu caráter de *signo oco*. O *signo oco* de Meillassoux é um signo que se itera e que pode ser descrito, localizado ou estruturado a partir e sua sintaxe, não de sua semântica. Por entendermos que lemos o sintoma justamente no ponto em que ele não articula semântica e onde ele é iterativo em sua positividade, sustentamos que ele, enquanto *signo oco* e correlato da contingência, nos autoriza a estabelecer a construção do caso a partir de um modelo *ficcional*, nos termos de Certeau (2006).

O nome que escolhemos estenografar para dizer desta função de *signo oco* em um sintoma foi o que tomamos de empréstimo de Lacan a partir de sua noção de *letra*. A *letra* lacaniana é dotada de positividade intrínseca, material, e, apesar de parecer a nós que em muitos momentos Lacan usou diversos termos para falar de coisas muito próximas (*letra*, *sinthoma*, Um...), a *letra* em sua função nos interessou principalmente porque ela se presta a uma escrita que é ao mesmo tempo articuladora, enlaçadura de R, S e I, e, também, *oca*. Os matemas lacanianos são paradigmas claros do que a *letra*, como função sintática proposicional, pode estruturar e condensar com fins de transmissão. Partindo deste entendimento, a *letra* é o que o analista pode escrever do sintoma ao construir um caso clínico justamente porque ela faz função de borda nos buracos em que a pulsão se inscreve no corpo, resto do processo primário, aquele caroço freudiano avesso ao sentido, ou, se preferirmos os termos de Lacan, da inscrição de lalíngua na passagem do Um ao Outro. Seria muito dizer que a escrita do sintoma é uma escrita de um matema único para cada sujeito? Nos pareceu que não.

Mais, ainda...

Nos vemos agora, afortunadamente, no mesmo lugar em que Freud nos deixou no final de sua vida: o que pode uma análise? O circuito não-fechado, não-todo da *letra* lacaniana, aponta para alguma possibilidade de seu deslocamento em uma análise? Seu caráter contingente abre a possibilidade de que no futuro sua necessidade possa ser revista? Ainda que o objetivo desta tese não seja discorrer sobre esta pergunta, vamos traçar uma tentativa de fazer indicações a partir dela.

O ideal do homem moderno é o homem sem marcas. Frequentemente valorizado por sua capacidade de tomar decisões independentes, ser autossuficiente e buscar sua própria realização pessoal, deseja não ter rasuras na sua história que possam comprometer sua performance. “Mas o que eu devo fazer pra que ele não fique traumatizado?” perguntam pais desesperados aos manuais psicopedagógicos infantis. “Mas quanto tempo

vai demorar pra que eu fique livre disso?” perguntam os que se sentem incapazes de seguir adiante com a vida diante daquilo que os marcou. Se, no Capítulo 1, fizemos a provocação de trazer as indignações registradas no *Twitter* daqueles que não se conformavam com a perda de um biomarcador para localizar seu sofrimento, agora podemos dizer, para além disso, que mesmo que em algum futuro próximo isto seja possível, ainda assim isso não significa a promessa de um retorno à superfície lisa imaculada de uma história sem traumas. Aliás, se existe um ponto em que neurociências e psicanálise claramente convergem, o ponto é este: "a experiência deixa uma marca" (Ansermet & Magistretti, 2011, tradução nossa).

Voltemos à Freud. A metáfora de construção de redes mnêmicas como um curso de rio que pode sofrer alterações (um curso de rio pode receber grande fluxo de água e devastar margens na criação de um afluente muito mais forte, pode criar sulcos através de novas nascentes, pode deixar alguns caminhos d'água quase apagados por escassez...) parece ser muito próxima do mecanismo de plasticidade descrito pela neurociência atual. A dinâmica das circuitarias sinápticas envolvidas nos processos de aprendizagem e memória funciona também através da transferência de informações, que é modulada pela quantidade variável de neurotransmissores liberados e por uma cascata de eventos bioquímicos. Quando um neurônio libera neurotransmissores, eles se ligam a receptores de outros neurônios, alterando o potencial da membrana neuronal e gerando mudanças intracelulares, desde o aumento da concentração plasmática de cálcio, até o aumento da transcrição gênica e da síntese de novas proteínas no núcleo da célula. As novas proteínas poderão migrar do núcleo até a membrana, formando, por exemplo, novos receptores que favorecerão conexões futuras. É agora aceito que os locais onde ocorrem estes delicados processos de transferência de informações entre neurônios, ou seja, as sinapses, são remodelados continuamente com base nas experiências vividas pelos sujeitos e conferem individualidade às circuitarias cerebrais: dão a cada um seu cérebro (Ansermet & Magistretti, 2011, tradução nossa). Uma vez que o traço de informação armazenado é dinâmico, novas redes e circuitos associativos podem ser criados, alguns traços podem ser enfraquecidos e outros podem se tornar uma via privilegiada de associação. Se toda experiência cria traços e pode remodelar a circuitaria neuroquímica, pode uma análise abrir então novas margens de um curso de rio, estancar algumas como quem cria diques, ou, então, enfraquecer um curso formando um afluente marginal?

Fato é que, desde que Deus nos expulsou do paraíso e nos deixou à própria sorte com a língua, somos todos invariavelmente marcados pela limitação de nossos poucos recursos para lidar com a vida, com o sexo, com a violência, com a felicidade, com a morte. E, uma vez que somos todos, sem exceção, invariavelmente marcados por isso, pode-se também com isso fazer qualquer coisa: pode-se fazer arte, religião, ciência, pode-se fazer até política... e pode-se também fazer análise. De tal forma que o que uma análise pode fazer não é se oferecer como uma salvação daquilo diante do que ninguém se salva. Não se trata também de acolhimento dos combalidos, e, muito menos, de puro procedimento bioestimulador para eliminar cicatrizes. Mas, dentre muitas outras, parece ser uma chance. Foi assim que Lacan a definiu em *Meu Ensino* (2006): “A Psicanálise é uma chance, uma chance de voltar a partir”. Uma chance de não ser como o Carlos, aquele de Drummond (2013), a quem, uma vez tendo recebido a visita do anjo torto, desses que vivem na sombra, restou apenas ser gauche na vida. Se a letra é o ponto de partida de algum ingresso na linguagem, e já que a tarde nunca mais vai ser azul diante de tantos desejos, fazer análise também pode ser como fazer rimas, não soluções.

*“Quando nasci, um anjo torto
 Desses que vivem na sombra
 Disse: Vai, Carlos, ser gauche na vida*

*As casas espiam os homens
 Que correm atrás de mulheres
 A tarde talvez fosse azul
 Não houvesse tantos desejos*

*O bonde passa cheio de pernas
 Pernas brancas, pretas, amarelas
 Para que tanta perna, meu Deus? Pergunta meu coração
 Porém, meus olhos
 Não perguntam nada (...)*

*Meu Deus, por que me abandonaste?
 Se sabias que eu não era Deus
 Se sabias que eu era fraco*

*Mundo, mundo, vasto mundo
 Se eu me chamasse Raimundo
 Seria uma rima, não seria uma solução
 Mundo, mundo, vasto mundo
 Mais vasto é meu coração”*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, C. D. de. (2013). Poema das Sete Faces. Em *Alguma poesia* (1ª edição). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1930)
- Andrade, C., & Andrade, H. V. de. (2019). Os princípios da interpretação analítica freudiana no caso do Homem dos Ratos. *Analytica: Revista de Psicanálise*, 8(15), 1–17.
- Andrade, O. de. (2017). *O Rei da Vela* (1ª edição). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1937)
- André, S. (1987). *O Que Quer Uma Mulher?* (1ª edição). Editora Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1986)
- Ansermet, F., & Magistretti, P. (2011). *À chacun son cerveau: Plasticité neuronale et inconscient*. Odile Jacob. (Trabalho original publicado em 2004)
- Association, A. P., Cordioli, A. V., Silva, C. T. B. da, Passos, I. C., Kieling, C., & Barcellos, M. T. (2014). *DSM-5—Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5ª edição). Artmed.
- Assoun, P.-L. (1983). *Introdução À Epistemologia Freudiana*. Editora Imago. (Trabalho original publicado em 1981)
- Badiou, A. (2007). *O Século*. Editora Ideias & Letras. (Trabalho original publicado em 2005)
- Barthes, R. (2013). *Como Viver Junto* (2ª edição). WMF Martins Fontes.
- Bayón, P. Á. (2020). Lalengua. Em *El autismo, entre la lengua y la letra* (1ª Edição, p. 61-77). Grama Ediciones.
- Bayón, P. Á. (2020). La letra y el agujero. Em *El autismo, entre la lengua y la letra* (1ª Edição, p. 79–97). Grama Ediciones.
- Cairus, H. (2006). A arte hipocrática entre o lógos e a práxis. *Terceira Margem*, 10(14), Artigo 14. <https://revistas.ufrj.br/index.php/tm/article/view/15172>
- Cantoni, R., & Crescenti, L. (2014). speak | fala—Archives. cantoni crescenti. <https://www.cantoni-crescenti.com.br/speak-about>
- Certeau, M. de. (2016). *História e Psicanálise – Entre ciência e ficção* (2ª Edição). Autêntica Editora. (Trabalho original publicado em 2003)
- ChatGPT. (2023). Em *Wikipédia, a enciclopédia livre*. <https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=ChatGPT&oldid=65957957>

- Derrida, J. (2007). O carteiro da verdade. Em *O cartão-postal: De Sócrates à Freud e além* (p. 457–542). Editora Civilização Brasileira. (Trabalho original publicado em 1975)
- Dunker, C. (2019). Uma gramática para a clínica psicanalítica. Em *A Pulsão e seus Destinos* (1º ed, Vol. 2, p. 135–158). Autêntica Editora.
- Fernandes, S. (2022, julho 20). *Depressão não tem relação direta com baixos níveis de serotonina, diz pesquisa*. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2022/07/depressao-nao-tem-relacao-direta-com-baixos-niveis-de-serotonina-diz-pesquisa.shtml>
- Fombella Posada, M. J., & Cereijo Quinteiro, M. J. (2012). Historia de la historia clínica. *Galicia Clínica*, 73(1), 21. <https://doi.org/10.22546/16/291>
- Foucault, M. (2021). *O Nascimento da Clínica* (7ª edição). Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1963)
- Freud, S. (1996). Carta 69—Extratos dos Documentos Dirigidos a Fliess [1892-1899]. Em *Publicações Pré-psicanalíticas e Esboços Inéditos (1886-1889): Vol. I* (p. 309–311). Imago Editora. (Trabalho original de 1897)
- Freud, S. (1996a). A História do Movimento Psicanalítico. Em *A História do Movimento Psicanalítico, Artigos Sobre Metapsicologia e Outros Trabalhos: Vol. XIV*. Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1914)
- Freud, S. (1996b). As Neuropsicoses de Defesa. Em *Primeiras Publicações Psicanalíticas (1893-1899): Vol. III* (p. 50–72). Editora Imago. (Trabalho original publicado em 1894)
- Freud, S. (1996c). Carta 52—Extratos dos Documentos Dirigidos a Fliess [1892-1899]. Em *Publicações Pré-psicanalíticas e Esboços Inéditos (1886-1889): Vol. I* (p. 281–287). Imago Editora. (Trabalho original publicado de 1896)
- Freud, S. (1996d). Conferência XXIII. Os caminhos da formação dos sintomas. Em *Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (Parte III)* (Vol. XVI, p. 361–378). Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1917)
- Freud, S. (1996e). Esboços para a comunicação preliminar de 1893. Em *Publicações Pré-psicanalíticas e Esboços Inéditos (1886-1889): Vol. I* (p. 188–196). Editora Imago. (Trabalho original de 1892)
- Freud, S. (1996f). Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa. Em *Primeiras Publicações Psicanalíticas: Vol. III* (p. 159–183). Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1896)

- Freud, S. (1996g). Projeto para uma Psicologia Científica. Em *Publicações Pré-psicanalíticas e Esboços Inéditos (1886-1889): Vol. I* (p. 334–443). Editora Imago. (Trabalho original de 1895)
- Freud, S. (1996h). Rascunho K: As Neuroses de Defesa (Um Conto de Fadas Natalino). Em *Extratos dos Documentos Dirigidos a Fliess (1950 [1892-1899]): Vol. I* (p. 267–276). Editora Imago. (Trabalho original de 1895)
- Freud, S. (1996i). Conferência XVII. O sentido dos sintomas. Em *Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (Parte III): Vol. XVI* (p. 265–279). Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1917)
- Freud, S. (1996j). Hereditariedade e etiologia das neuroses. Em *Primeiras Publicações Psicanalíticas (1893-1899): Vol. III* (p. 139–155). Editora Imago. (Trabalho original publicado em 1896)
- Freud, S. (1996k). Uma nota sobre o “Bloco Mágico”. Em *O Ego e o Id e outros trabalhos (1923-1925)* (p. p.252-259). Trabalho Original de 1924.
- Freud, S. (2010a). História de uma Neurose Infantil (O Homem dos Lobos, 1918 [1914]). Em *História de uma Neurose Infantil (“O Homem dos Lobos”), Além do Princípio do Prazer e outros textos (1917-1920)*. Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1918)
- Freud, S. (2010b). Novas Conferências Introdutórias à Psicanálise: A dissecação da Personalidade Psíquica. Em *O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936)* (Vol. 18, p. 192–223). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1933)
- Freud, S. (2010c). Observações psicanalíticas sobre um caso de Paranoia (Dementia Paranoides) relatado em autobiografia (O Caso Schreber, 1911). Em *Observações psicanalíticas sobre um caso de Paranoia relatado em autobiografia: (“O Caso Schreber”): Artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913)*. Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1911)
- Freud, S. (2011a). Autobiografia. Em *O eu e o id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925)*. Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1925)
- Freud, S. (2011b). O Eu e o Id. Em *O Eu e o Id, “Autobiografia” e Outros Textos (1923-1925)* (p. 13–74). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1923)
- Freud, S. (2013). Observações sobre um caso de neurose obsessiva (O Homem do Ratos, 1909). Em *Observações sobre um caso de neurose obsessiva (“O Homem do Ratos”), uma recordação de infância de Leonardo da Vinci e outros textos (1909-1910)*. Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1909)

- Freud, S. (2014a). A fixação no trauma, o inconsciente. Em *Conferências Introdutórias à Psicanálise (1916-1917)* (1ª Edição, Vol. 13, p. 297–310). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1917)
- Freud, S. (2014b). A Questão da Análise Leiga: Diálogo com um Interlocutor Imparcial— Pós-Escrito. Em *Inibição, Sintoma e Angústia, O Futuro de uma Ilusão e outros textos (1926-1929)*. Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1927)
- Freud, S. (2014c). As Pulsões e Seus Destinos. Em *As Pulsões e Seus Destinos* (1º ed, Vol. 2, p. 14–69). Autêntica Editora. (Trabalho original publicado em 1915)
- Freud, S. (2014d). *Inibição, Sintoma e Angústia: Vol. Volume 17* (1ª Edição). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1926)
- Freud, S. (2014e). O Sentido dos Sintomas. Em *Conferências Introdutórias à Psicanálise (1916-1917)* (1ª Edição, Vol. 13, p. 279–296). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1917)
- Freud, S. (2014f). Psicanálise e Psiquiatria. Em *Conferências Introdutórias à Psicanálise (1916-1917)* (1ª edição, Vol. 13, p. 265–279). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1917)
- Freud, S. (2015). Análise da fobia de um garoto de cinco anos (‘O Pequeno Hans’, 1909). Em *O delírio e os sonhos na Gradiva, Análise da fobia de um garoto de cinco anos e outros textos (1906-1909)* (1º ed). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1909)
- Freud, S. (2016). Análise Fragmentária de Uma Histeria (‘O Caso Dora’ 1905 [1901]). Em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, Análise Fragmentária de Uma Histeria (‘O Caso Dora’) e Outros Textos* (1º ed). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1905)
- Freud, S. (2017). *O Chiste e sua Relação com o Inconsciente: Vol. Volume 7* (1ª edição). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1905)
- Freud, S. (2018a). Análise Terminável e Interminável. Em *Moisés e o Monoteísmo, Compêndio de Psicanálise e Outros Textos (1937-1939)* (1ª edição, p. 274–326). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1937)
- Freud, S. (2018b). Construções em Análise. Em *Moisés e o Monoteísmo, Compêndio de Psicanálise e Outros Textos (1937-1939)* (1ª Edição, p. 327–344). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1937)

- Freud, S. (2019a). Capítulo VII: Psicologia dos Processos Oníricos. Em *A Interpretação dos Sonhos (1900)* (Vol. 4, p. 558–678). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1900)
- Freud, S. (2019b). O método de interpretação dos sonhos: Análise de uma amostra de sonho. Em *A Interpretação dos Sonhos (1900)* (1º ed, p. 127–154). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1900)
- Freud, S. (2020). *Além do princípio de prazer [Jenseits des Lustprinzips]* (1ª edição). Autêntica. (Trabalho original publicado em 1920)
- Freud, S., & Breuer, J. (1996). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: Comunicação preliminar. Em *Estudos sobre a Histeria (1893-1895): Vol. II* (p. 39–53). Editora Imago. (Trabalho original publicado em 1893)
- Freud, S., & Breuer, J. (2016). *Estudos sobre a histeria (1893-1895): Vol. Volume 2* (1ª edição). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1895)
- Garcia-Roza, L. A. (2009). O Recalcamento. Em *Freud e o inconsciente* (24º ed, p. 151–167). Editora Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1984)
- Iannini, G. (2019). Epistemologia da Pulsão: Fantasia, Ciência, Mito. Em *As Pulsões e seus Destinos* (1º ed, Vol. 2, p. 91–134).
- Iannini, G., & Tavares, P. H. (2020). Para Introduzir Além do Princípio de Prazer. Em *Além do princípio de prazer [Jenseits des Lustprinzips]* (1ª Edição, p. 21–35). Autêntica Editora.
- Jones, E. (1981). *A Vida e a Obra de Sigmund Freud: Os Anos de Formação e as Grandes Descobertas* (1ª edição). Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1961)
- Kammerer, T., & Wartel, R. (1989). Diálogo sobre os diagnósticos. Em *A querela dos diagnósticos* (p. 27–44). Editora Jorge Zahar. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=719501&pid=S1415-7128201500020000800007&lng=pt
- Lacan, J. (1985a). O Inconsciente Freudiano e o Nosso. Em *O Seminário, livro 11: Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise* (2ª edição, p. 23–32). Editora Jorge Zahar. (Trabalho original de 1964)
- Lacan, J. (1985b). *O seminário, livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Editora Jorge Zahar. (Trabalho original de 1954-55)
- Lacan, J. (1985c). *O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (2ª edição). Zahar. (Trabalho original de 1964)

- Lacan, J. (1985d). *O Seminário, livro 20: Mais, Ainda*. Editora Jorge Zahar. (Trabalho original de 1972-73)
- Lacan, J. (1998). O seminário sobre “A Carta Roubada”. Em *Escritos* (p. 13–66). Editora Jorge Zahar. (Trabalho original de 1955)
- Lacan, J. (1998a). A psicanálise e seu ensino. Em *Escritos* (p. 438–460). Editora Jorge Zahar. (Trabalho original de 1957)
- Lacan, J. (2003). Introdução à edição alemã de um primeiro volume dos Escritos. Em *Outros Escritos* (p. 550–556). Editora Jorge Zahar. (Trabalho original de 1953)
- Lacan, J. (2003a). O Aturdido. Em *Outros Escritos* (p. 448–497). Editora Jorge Zahar. Trabalho Original publicado em 1973.
- Lacan, J. (2003b). Lituraterra. In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar. p.15-25. (Trabalho original de 1971)
- Lacan, J. (2006). *Meu ensino*. Editora Jorge Zahar. (Trabalho original de 1967-68)
- Lacan, J. (2007). *O Seminário, livro 23: O Sinthoma*. Editora Jorge Zahar. (Trabalho original de 1975-76)
- Lacan, J. (2010). *O Seminário, livro 2: O Eu na teoria de Freud e na técnica da Psicanálise* (2ª Edição). Editora Jorge Zahar. (Trabalho original de 1954-55)
- Lacan, J. (2019). *Lacan in North Armórica: Conferências nos EUA* (2º edição). KDP. (Trabalho original de 1976)
- Lacan, J. (2023). *Le Séminaire Livre XIV: La Logique du fantasme*. Seuil. Trabalho Original de 1966-67.
- Lacan, J. (Inédito). *O Seminário, livro 22: R.S.I. Real, Simbólico e Imaginário*. (Trabalho original de 1974-75)
- Laurent, E. (2020). Prodiálogo. Em *El autismo, entre la lengua y la letra* (1ª Edição, p. 11–25). Grama Ediciones.
- Lévi-Strauss, C. (2021). *O Pensamento Selvagem* (9a. edição). Papirus Editora. (Trabalho original publicado em 1962)
- Manço, J. C. (2004). Exame clínico: Um ensaio a partir de Foucault. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 37(1/2), Artigo 1/2. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v37i1/2p117-134>
- Meillassoux, Q. (2010). *After Finitude: An Essay on the Necessity of Contingency*. Continuum.

- Meillassoux, Q. (2012). *Iteration, Reiteration, Repetition: A Speculative Analysis of the Meaningless Sign*.
- Miller, J.-A. (1996). *Os Signos Do Gozo*. Inédito. Tradução de Márcio Peter de Souza Leite. (Trabalho original de 1986-87)
- Miller, J.-A. (2009). A palavra que fere. *Opção Lacaniana: Revista brasileira e internacional de psicanálise*, 56/57, 67–70.
- Miller, J.-A. (2010). Comentario del seminario inexistente. Em *Conferencia Porteñas, tomo 2*. Buenos Aires/Barcelona/México: Paidós.
- Miller, J.-A. (2011). Ler um Sintoma. *Afreudite - Ano VII*, 13(14), 1–30.
- Milner, J.-C. (1996). *A Obra Clara. Lacan, a Ciência, a Filosofia*. Editora Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1995)
- Milner, J.-C. (2006). *Os Nomes Indistintos* (1ª edição). Editora Companhia de Freud. (Trabalho original publicado em 1983)
- Moncrieff, J., Cooper, R. E., Stockmann, T., Amendola, S., Hengartner, M. P., & Horowitz, M. A. (2022). The serotonin theory of depression: A systematic umbrella review of the evidence. *Molecular Psychiatry*, 1–14. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01661-0>
- Moreira, I. G., & Teixeira, A. (2018). *Diagnóstico em psicanálise: Da estrutura ao discurso*. <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/30217>
- Morel, G. (1999). A função do sintoma. *Agente Revista de Psicanálise da Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Bahia*, vol.11, p.4-27.
- Oxford Languages. (2022). *Dictionary Oxford Languages and Google—Portuguese*. Recuperado 7 de novembro de 2022, de <https://languages.oup.com/google-dictionary-pt/>
- Reiser, S. (1991). The clinical record in medicine. Part 1: Learning from cases. *Annals of Internal Medicine*, 114(10). <https://doi.org/10.7326/0003-4819-114-10-902>
- Rosa, M. (2009). Da cadeia significativa à constelação de letras: Os signos do gozo. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 12, 53–73. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982009000100004>
- Sant’Anna, A. L. M., & Teixeira, A. (2016). *A demissão do outro na esquizofrenia: O dito esquizofrênico sem a ajuda de nenhum discurso estabelecido*.
- Santos, A. P., & Teixeira, A. (2012). *A estabilização via sintoma: O invariante no singular da psicose*. <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUOS-9MNJWN>

- Schejtman, F. (2013). *Sinthome—Ensayos de clínica psicoanalítica nodal*. Grama Ediciones.
- Seynhaeve, B. (2009). J'étais un catholique. *La Cause freudienne*, 71(1), 186–190. <https://doi.org/10.3917/lcdd.071.0186>
- Soler, C. (2007). Inocência paranóica e indignidade melancólica. Em *O inconsciente a céu aberto da psicose* (p. 52–59). Editora Jorge Zahar.
- Strachey, J. (1996). Nota do Editor Inglês. Em *Estudos Sobre a Histeria (1893-1895): Vol. II* (p. 13–31). Editora Imago.
- Teixeira, A. (2010). De Irma a Emma: A solução do sonho na dissolução do sentido. *aSEPHallus*, 5, 41–54.
- Vieira, M. A. (2021). Posfácio—Cinco. Em *Histórias Clínicas, Cinco casos paradigmáticos da clínica psicanalítica* (p. 775–787). Editora Autêntica.
- Viganó, C. (1999). A construção do caso clínico em saúde mental. *Curinga - Psicanálise e Saúde Mental*, 13, 50–59.
- Viganò, C. (2010). A construção do caso clínico. *Opção Lacaniana Online Nova Série*, 1, 9.