

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

**PAULA DUARTE FÉLIX MARINHO**

**Obesidade: do caráter desvairado da pulsão ao sintoma analisável.**

**Belo Horizonte  
2012**

**PAULA DUARTE FÉLIX MARINHO**

**Obesidade: do caráter desvairado da pulsão ao sintoma analisável.**

**Dissertação apresentada à Faculdade de  
Filosofia e Ciências Humanas - FAFICH**

**-**

**da Universidade Federal de Minas  
Gerais como requisito parcial à  
obtenção do grau de Mestre em  
Psicologia**

**Área de concentração: Estudos  
Psicanalíticos - Conceitos Fundamentais,  
Investigação no Campo Clínico e Cultural**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Márcia Maria  
Rosa Vieira**

**Belo Horizonte  
2012**

150	Marinho, Paula Duarte Félix
M338o	Obesidade mórbida [manuscrito] : do caráter desviado da pulsão ao sintoma analisável / Paula Duarte Félix Marinho. - 2012.
2012	85 p. Orientador: Márcia Maria Rosa Vieira Luchina.
	Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
	1.Psicologia – Teses. 2. Obesidade mórbida-Teses.. 3.Psicanálise - Teses. I. Vieira, Márcia Maria Rosa . 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**

A Dissertação “**Obesidade: do caráter desvairado da pulsão ao sintoma analisável.**”

elaborada por **Paula Duarte Félix de Souza**

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo 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

**MESTRE EM PSICOLOGIA**

Belo Horizonte, 19 de novembro de 2012.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dra. Márcia Maria Rosa Vieira

Prof. Dra. Márcia Mello de Lima

Prof. Dr. Roberto Assis Ferreira

## DEDICATÓRIA

Aos pacientes.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFMG.

Agradeço em especial a minha orientadora Dra. Márcia Maria Rosa Vieira pela orientação precisa e generosa e que com seu percurso brilhante tem sido para mim uma fonte de inspiração.

Agradeço a Lázaro Elias Rosa pelas primeiras supervisões sobre o caso que deu origem a investigação, a Dr. Sérgio de Campos pela experiência no NEO, a Prof. Dra. Andréa Guerra pela oportunidade no estágio em docência no Grupo de Estudos dos Sintomas Contemporâneos na Graduação de Psicologia da UFMG.

Agradeço as contribuições da Dra. Beatriz Espírito Santo, da doutoranda Denise Barbosa e do Prof. Dr. Oswaldo França Neto na banca de qualificação, aos amigos e interlocutores, Bruno Machado pelas preciosas contribuições, Alexandre Costa Val, aos amigos e interlocutores do Mestrado Ana Amélia Reis, Rodrigo Pardini e Marília Moreira pelo apoio e troca de experiências e a Sérgio Mattos pela escuta.

Agradeço a meus amigos e familiares que sempre acreditaram que eu chegaria aqui.

Agradecimento especial a Fernando Marinho, que me apoia em tudo, sempre.

## RESUMO

Marinho, Paula Duarte Félix. (2012). Obesidade: do caráter desvairado da pulsão ao sintoma analisável. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte-MG.

A sociedade contemporânea, com sua orientação para o gozo e a satisfação por meio de objetos de consumo curto e rápido, associada à debilidade da autoridade paterna, que outrora regulava e orientava os modos de gozo, tem contribuído nitidamente para o desregramento do funcionamento pulsional e o rechaço do saber inconsciente, o que tem trazido consequências na forma como o adoecimento psíquico tem se manifestado nos dias de hoje. A construção dessa dissertação teve início a partir de um caso clínico em que a forma assintomática e a dificuldade com a associação livre apresentada inicialmente pela paciente suscitaram muitas questões relativas à prática e teoria psicanalíticas, no que diz respeito à entrada em análise e à direção do tratamento. Foram utilizados dois casos da literatura psicanalítica que nos auxiliaram a localizar a problemática clínica em questão e as diretrizes possíveis para a condução do tratamento. Ao resgatarmos a noção de caráter na história da psicanálise, localizamos nele um instrumento teórico importante para a investigação de manifestações de sofrimento psíquico nas quais não está em questão um sintoma. O caráter supõe algo mais arcaico que o sintoma, portanto, anterior ao estágio de sua formação, onde a pulsão se satisfaz na ação. A direção do tratamento, de acordo com alguns autores, aponta para a retificação do circuito pulsional, para a construção de um sintoma analisável que faça conexão com o inconsciente, para a tradução em termos de saber do que se realiza como gozo, e, ainda, para a saída da posição alienada do “eu não penso” em direção ao “eu não sou”.

**Palavras-chave:** Sintoma. Caráter. Pulsão. Direção do tratamento.

## ABSTRACT

Marinho, Paula Duarte Félix. (2012). Obesity: from the frenzied condition of the drive to the analyzable symptom. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte-MG.

This dissertation was initially thought from a clinical case whose landmarks were the asymptomatic form of presentation, as well the patient's difficulties to deal with free association. These two obstacles evoked many questions concerning the psychoanalytic theory and treatment, mainly the analysis entrance and the treatment direction. To achieve our purpose, two cases arising from the psychoanalytic literature were useful to illuminate the clinical problems and provide guidelines that can exist to the treatment management. If we search the sources of the concept of character in psychoanalysis history, we find in it an important theoretical device to investigate the manifestations of the psychic suffering that does not include the symptom as a decider factor. Character presumes to be more archaic than the symptom, then it emerges before its formation, in a circuit where the drive achieves satisfaction in action itself. According to some authors, the treatment direction has to be headed toward the rectification of the drive circuit, as well to the construction of an interpretable symptom that links up the unconscious. Furthermore, the treatment direction has also, as a perspective, the deciphering to language terms of what takes place as *jouissance* and, moreover, the rectification of an alienated position expressed in terms of "I do not think" toward a new position expressed in terms of "I am not".

**Key-words:** Symptom. Character. Drive. Treatment direction.



## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
1.1 Apresentação da questão .....	15
1.1.1 A obesidade para a medicina e a técnica cirúrgica como tratamento.....	15
1.1.2 O psicólogo e seu papel na equipe de tratamento cirúrgico da obesidade .....	19
1.1.3 Fragmento de caso .....	20
2 O SUJEITO OBESO PARA ALÉM DA MEDICINA - A CONSTITUIÇÃO DO CORPO, O FUNCIONAMENTO PULSIONAL E A PULSÃO ORAL .....	24
2.1 A constituição do corpo.....	24
2.2 O funcionamento pulsional e a pulsão oral .....	27
3 DO SINTOMA FREUDIANO À CHARACTEROPATIA DO TIPO “EXCEÇÃO” .....	33
3.1 Breve apresentação da noção de sintoma no ensino de Lacan .....	37
3.2 O caráter para Freud, o caráter oral de Abraham, a análise do caráter de Reich, a crítica de Lacan e a leitura de Miller.....	40
3.2.1 O caráter para Freud .....	40
3.2.2 O caráter oral de Abraham.....	44
3.2.3 A análise do caráter de Reich .....	48
3.2.4 Os comentários e críticas de Lacan sobre a noção de caráter e os desenvolvimentos de Diana Rabinovich .....	52
3.2.5 Os desenvolvimentos de Diana Rabinovich .....	55
3.2.6 A leitura de Miller .....	61
4 A DIREÇÃO DO TRATAMENTO .....	71
4.1 Algumas contribuições para a direção do tratamento: .....	72
CONCLUSÃO.....	79
REFERÊNCIAS .....	82

## INTRODUÇÃO

Temos observado que as manifestações de sofrimento psíquico desconectadas de uma fala ou queixa e esvaziadas de sentido têm se apresentado com mais força e frequência na clínica atual. Parece haver cada vez mais sujeitos em uma posição caracteropática do tipo “exceção”, como Freud localizou, sujeitos para os quais o gozo<sup>1</sup> aparece em primeiro plano. Esse fenômeno está relacionado ao nítido declínio da função paterna na contemporaneidade.

Na estruturação psíquica advinda do Édipo, sabe-se que o agente constante da angústia de castração é o pai, cuja função é a de transmitir a lei simbólica, através da castração. A presença e a força da intervenção do pai na família organizavam a transmissão da impossibilidade de uma satisfação absoluta, fazendo valer a diferença geracional e sexual, uma vez que a função paterna não deixa de operar no sentido do recalque da satisfação da pulsão<sup>2</sup>.

A partir do declínio da potência da função paterna, que é cada vez mais evidente, uma vez que se verifica uma clara perturbação no nível do agente da castração (o pai), ela traz consequências e causa impactos sobre o mecanismo do recalque.

Já em 1938, Lacan, no texto “Os complexos familiares na formação do indivíduo” afirmou a importância do papel da imago paterna na formação da maioria dos grandes homens ou simplesmente dos sujeitos e tornou evidente que as formas de neurose predominantes no fim do século XIX estavam ou eram intimamente dependentes das condições da família (Lacan, 1938/2003a). Desde então, ele advertiu, que um grande número de efeitos psicológicos parece decorrer de um declínio social desta imago e que este declínio constitui

---

<sup>1</sup> Gozo: O conceito de gozo para Lacan (1959-1960) é inicialmente associado à transgressão da lei e ele chega mesmo a dizer que esta é necessária para aceder ao gozo. Nessa época, Lacan formula o gozo como um mal, por que comportaria o mal do próximo, associando assim o que Freud apresentou como o além do princípio do prazer, como sendo a satisfação de uma pulsão de morte, de destruição. Mais adiante, Lacan (1972-1973) define o gozo como aquilo que não serve para nada. Miller (2009) esclarece que, progressivamente, até seu último ensino, o gozo para Lacan surge como gozo-satisfação e não apenas como um excesso que romperia o limite do bem-estar, havendo assim uma extensão do conceito. Lacan abre espaço para a difração do gozo, sua multiplicidade, ao opor que o gozo não é a transgressão, a partir de seu último ensino. Segundo Lacan, não está claro, podemos dizer que é justo o contrário, ou seja, o funcionamento normal e não bizarro, excepcional, visto que o gozo está articulado ao corpo e a linguagem, portanto ao *sinthoma* (Miller, 2009, p.205-208).

<sup>2</sup> A escolha da palavra pulsão para traduzir o alemão *Trieb* correspondeu à preocupação de evitar qualquer confusão com instinto e tendência. Essa opção correspondia à de Freud, que, querendo marcar a especificidade do psiquismo humano, preservou o termo *Trieb*, reservando *Instinkt* para qualificar os comportamentos animais. Em alemão, como em francês ou português, os termos *Trieb* e pulsão remetem, por sua etimologia, à ideia de um impulso, independentemente de sua orientação e seu objetivo. Quanto à tradução inglesa, parece que foi a fidelidade à ideia freudiana de uma articulação da psicanálise com a biologia que norteou a escolha que James Strachey fez da palavra *instinct*, em lugar de *drive* (Roudinesco & Plon, 1998, p. 628). \*Nessa dissertação, usaremos o termo pulsão e não instinto quando se tratar do ‘*trieb*’ freudiano.

uma crise psicológica:

(...) essas neuroses (...) parecem ter evoluído no sentido de um complexo caracterológico no qual, tanto pela especificidade de sua forma quanto por sua generalização - ele é o núcleo da maioria das neuroses -, podemos reconhecer a grande neurose contemporânea. Nossa experiência leva-nos a apontar sua determinação principal na personalidade do pai, sempre de algum modo carente, ausente, humilhada, dividida ou postiça (Lacan, 2003 p.67).

O Nome-do-Pai<sup>3</sup>, noção Lacaniana que descreve a função do pai como metáfora da impossibilidade de uma satisfação pulsional absoluta não opera tal como anteriormente nos modos de subjetivação contemporâneos. Trata-se então de saber o que pode ocorrer quando a angústia de castração não é mediada pelo papel simbólico do pai, quando seu discurso não pode fazer entrar o gozo pulsional, que geraria a angústia de castração no lugar da lei, no campo do grande Outro. De imediato, percebe-se que não há, com isso, uma redução da angústia, mas, sim, seu aumento.

Guy Trobas (2005), em seu artigo “Angústia Moderna, Angústia de Sempre”, tenta elucidar como se constituem os fenômenos sintomáticos típicos do nosso contemporâneo, e afirma que eles apresentam um distúrbio no nível da eficácia da articulação entre a castração e a formação do sintoma:

Com efeito, se a angústia de castração não é posta em jogo pelo agente paterno que vai trazer a ela uma pacificação simbólica, é uma outra figura de Outro que se vai pôr em jogo, (...), a mãe, a mãe fálica, já que o declínio da função do pai altera seu poder de privar a mãe de sua criança como objeto fálico imaginário. (Trobas, 2005, p.26).

Essas atuações, ou, em outros termos, essas saídas do sujeito, essas respostas via ato diante da invasão de gozo, parecem responder também à angústia, como observamos na inibição e no sintoma. Verificamos que há uma falha no tratamento simbólico dado pelo sujeito frente à incidência do A barrado, (S de A barrado), cuja presença está em causa na angústia. Não se faz possível construir uma questão sobre o desejo, e a resposta à angústia retorna pela via do agir e não pela construção do sintoma, que evidenciaria uma elaboração significativa e se configura como uma manifestação do inconsciente. Os atos, com a frequência que os temos encontrado na clínica atual, parecem ser uma das formas preponderantes de se tratar o real, atos nas suas modalidades de *acting out* e de passagem ao

---

<sup>3</sup> Nome-do-Pai: Termo criado por Lacan em 1953 e conceituado em 1956, para designar o significante da função paterna. (Roudinesco & Plon, 1998, p.541).

ato<sup>4</sup>.

Como dito anteriormente, na passagem ao ato há uma precipitação que leva o sujeito a sair da cena, se excluir e cair como objeto. Se o sujeito havia podido se sustentar através da encenação imaginária do *acting out*, na passagem ao ato isso não ocorre e há uma identificação absoluta desse em relação ao objeto, ao qual ele se reduz. Isso é evidenciado, por exemplo, no fading do sujeito no ato de devorar o alimento. Temos aí uma forma de tratar a angústia, onde não é possível se confrontar com a falta do objeto. Esta, entre outras formas de resposta à angústia, tão frequentes na clínica atual, é explicável. Se o gozo comanda, se ele é o produto excessivo em nossa civilização, a passagem ao ato e os *actings outs* passam a serem dominantes, pois haverá uma patente dificuldade em simbolizar o excesso de gozo.

A mudança entre uma manifestação clássica do sintoma e essa manifestação contemporânea é que, onde estava o pai, o nó de significação, o Outro de desejo e o gozo vinculado ao significante, encontramos uma realização direta da pulsão, sem a devida regulação significativa, ou seja, encontramos fatos que presentificam uma tentativa de ruptura com o Outro.

Para tratarmos desta época, onde se verifica cada vez mais uma desorientação pulsional, é necessário que situemos o que caracteriza o modo de vida contemporâneo da sociedade na qual vivemos.

Na sociedade atual, é a lógica do discurso capitalista ou discurso do mestre moderno que orienta. Lacan formaliza o discurso capitalista, modificando o discurso do mestre antigo.

---

<sup>4</sup> A passagem ao ato diz respeito ao momento no qual o sujeito aparece apagado, onde este se precipita e cai fora da cena, se encaminha para evadir da cena. Já o *acting out* é essencialmente alguma coisa que se mostra na conduta do sujeito, tendo uma orientação demonstrativa para o Outro. (Lacan, 2005, p.137).

A figura 1 mostra os quatro discursos e os elementos que os constituem:



Figura 1: Os quatro discursos.

Fonte: Recuperado em 15 de setembro de 2011, de

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682009000200010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682009000200010)

A figura 2 mostra o Discurso do Capitalista e suas modificações em relação ao Discurso do Mestre:



Figura 2: Discurso do Capitalista

Fonte: Recuperado em 15 de setembro de 2011, de

[http://pepsi.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid+S1677-11682009000200010](http://pepsi.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid+S1677-11682009000200010)

No lugar do agente, está o sujeito, e no lugar da verdade, está S1. Há ainda uma novidade, uma flecha parte de (a) ao sujeito (\$) e outra parte de S1 a S2. O discurso capitalista produz um sujeito afastado de si mesmo, uma vez que, para ser sujeito, é preciso se deparar com a falta. Nesse discurso, promove-se a ilusão de que o sujeito pode ser completo ou pode ser completado pelos *gadgets*, e, isso, a partir de um consumo compulsivo. As relações sociais se empobrecem e, em muitos casos, são observáveis contatos que se estabelecem como recepção e manipulação de bens e mensagens, na relação com um *gadget*,

objeto de consumo curto e rápido, que não tem ligação direta com o desejo e sua causa.

Esta formulação discursiva apresentada por Lacan em 1973, em “Televisão”, resultou da subversão do Discurso do Mestre e caracteriza-se pela ligação direta que o sujeito barrado (\$) poderia alcançar com o objeto  $a^5$ , ligação não mediada ou tratada pela cadeia significante (S1-S2) (Lacan, 1973/2003c). Uma das consequências do predomínio dessa forma discursiva é o reinado no social do objeto, em detrimento dos ideais e dos significantes-mestres que, outrora, ordenavam e orientavam as relações.

Onde a função do pai, o Nome-do-Pai edípico, articulava o gozo a uma perda, onde restava um subproduto que Lacan nomeou como objeto  $a$ , nos deparamos, no discurso capitalista, com uma nova lei, lei do mercado, que articula o gozo não mais a esse efeito de perda, devido à castração operada pelo pai, mas a uma falta de gozo constantemente mantida, e que leva os sujeitos ao consumo de falsos objetos, através dos imperativos superegóicos de empuxo ao gozo a qualquer preço.

Como consequência desse novo funcionamento discursivo, observamos nos sujeitos um desregramento significativo das pulsões. Eles ficam imperativamente estimulados à satisfação pulsional imediata ( $\$-a$ ). Portanto, essa nova modalidade discursiva acarretou significativas mudanças na relação do sujeito com seu modo de gozo.

Nessa dissertação, o caso clínico de uma paciente obesa que realizou uma cirurgia bariátrica nos fez refletir sobre a hipótese de que para alguns sujeitos, a obesidade se apresenta como um fenômeno sintomático e não como um sintoma, da forma como o entendemos. Esse fenômeno parece responder justamente à impossibilidade de formação de um sintoma, de uma pergunta por parte do sujeito acerca do que traz sofrimento, evidenciando o funcionamento pulsional em detrimento da palavra, funcionamento localizado, por exemplo, na ‘compulsão’ pela comida. Em alguns casos, a maneira como esses sujeitos se apresentam sugere um quadro muito semelhante a uma ‘caracteropatia<sup>6</sup>’, ou seja, uma neurose de caráter, diferente do sintoma que faz questão. Temos, nesses casos, o ato no lugar da impossibilidade de falar, de pensar.

Mássimo Recalcati, em seu texto “‘O demasiado cheio’ do corpo: por uma clínica psicanalítica da obesidade”, traz importantes contribuições teóricas para o campo de investigação da obesidade. Neste trabalho, ele afirma que a obesidade mórbida pode ser lida

---

<sup>5</sup> O conceito de objeto  $a$  foi introduzido por Lacan em 1960 para designar o objeto desejado pelo sujeito e que se furta a ele a ponto de não poder ser representável, ou se tornar um “resto” não simbolizável. Nessas condições, ele aparece apenas como uma falta-a-ser, ou então de forma fragmentada, através de quatro objetos parciais: o seio, objeto de sucção, as fezes, objeto de excreção, a voz e o olhar, objetos de próprio desejo (Roudinesco & Plon, 1998, p.551).

<sup>6</sup> A noção de caracteropatia será definida no Capítulo 3.

como paradigma clínico da civilização contemporânea, por evidenciar uma posição de passividade do sujeito frente à oferta ilimitada de objetos, expressando, desse modo, uma impossibilidade, no caso do sujeito obeso, em recusar os mais variados objetos ofertados na contemporaneidade, aliada a incapacidade de tradução do conflito psíquico em sintoma (Recalcati, 2002).

Segundo o autor, no sujeito obeso mórbido, observa-se a prevalência de uma espécie de pensamento concreto-operatório, efeito da separação existente entre o próprio sujeito e sua realidade psíquica: “A fala não incide sobre o corpo, p como se fosse separada do corpo do mesmo modo que, paradoxalmente, o sujeito se percebesse como sendo nitidamente separado de seu próprio corpo.” (Recalcati, 2002, p.54).

A separação,  $i > < a$ , que representa a disjunção entre imagem e corpo, poderia ser verificada através do corpo obeso que se apresenta dissociado de sua imagem<sup>7</sup> narcísica, no sentido em que o sujeito obeso tende a idealizar a si mesmo como outro da massa física adiposa em que se concretiza seu corpo físico; porém, ele acaba por não perceber mais o corpo como próprio, funcionando como um invólucro, uma armadura que defenderia, mas não representaria o sujeito: “Esse real do corpo, esse seu comprometimento radical comporta uma dificuldade: a de tornar eficaz a ação da fala no tratamento analítico. É como se fosse um excesso de real, no que concerne ao poder simbólico da palavra (...)” (Recalcati, 2002, p.55).

Haveria, portanto, uma inadequação geral do simbólico para interferir no real do corpo. Esse fato tornaria mais difícil a ação da fala no tratamento, caracterizando a dificuldade de acesso do sujeito obeso ao “metabolismo simbólico” (idem, 2002, p.55).

O autor explica esse fato como um defeito estrutural na especularização narcísica da imagem do corpo próprio, defeito que daria lugar a uma cisão particular, na qual o corpo, de um lado, estaria representado como um ideal virtual investido narcisicamente - investimento que compensaria imaginariamente o defeito de especularização - e, do outro, seria vivido como uma massa de carne amorfa separada do sujeito (idem, 2002, p.57).

Posto isso, trataremos a seguir do que há de específico na relação do sujeito com seu corpo e seus afetos, ponto que a ciência não alcança, mas que a prática clínica psicanalítica na escuta desses pacientes nos impõe.

No segundo capítulo trataremos da definição de corpo pulsional para a psicanálise e daremos ênfase à pulsão oral. No terceiro capítulo definiremos o conceito de sintoma e a noção de caráter, marcando suas diferenças. Ainda neste capítulo, serão apresentados e

---

<sup>7</sup> A notação  $I(a)$  representa a imagem corporal, imagem do eu enquanto instância corporal.

discutidos casos clínicos que apresentam pontos importantes para nossa investigação. Por fim, no quarto capítulo discutiremos estratégias e contribuições acerca da direção do tratamento.

O foco desse trabalho consiste nas questões que apresentam dificuldades para o trabalho de entrada em análise, questões relativas a posição do sujeito no campo do gozo e as dificuldades para a instalação do sintoma como analisável. Portanto, interessa abordar essas dificuldades através das caracteropatias<sup>8</sup>.

## **1.1 Apresentação da questão**

### **1.1.1 A obesidade para a medicina e a técnica cirúrgica como tratamento**

O nítido aumento dos casos de obesidade no mundo fez com que a Organização Mundial de Saúde [OMS], (2003) começasse a alertar a população mundial de que a globalização e o progresso científico, que vêm investindo na industrialização, urbanização e desenvolvimento econômico, estão intimamente associados às mudanças dos hábitos alimentares e estilo de vida das pessoas nos séculos XX e XXI. Muitas pessoas têm se alimentado mal, comendo rapidamente e utilizando-se muitas vezes de alimentos ricos em calorias e gorduras, isto associado à redução das atividades físicas e ao sedentarismo. Hoje, a obesidade é tratada como um problema de saúde pública, podendo ser considerada uma epidemia, especialmente nos EUA e Europa, em especial na Alemanha, Inglaterra, Itália e França.

Os pacientes com obesidade considerada grave, em muitos casos respondem de forma insatisfatória ao tratamento convencional medicamentoso associado à dieta hipocalórica e atividade física controlada. Segundo Nasser e Elias (2003), o tratamento clínico da obesidade mórbida conforme a medicina o entende, na maioria das vezes é frustrante para médico e paciente, sendo a cirurgia bariátrica, atualmente, considerada como a mais bem sucedida medida terapêutica nesse caso, pois a obesidade grave acarreta uma ameaça à vida do indivíduo.

---

<sup>8</sup> As caracteropatias podem ser entendidas como o que se conhece hoje por “novas formas de sintoma” ou “sintomas contemporâneos” onde as respostas via ato diante da invasão de gozo predominam em detrimento do sintoma articulado a uma demanda ou pergunta.



No Brasil detectou-se que grande parte da população está obesa. Após a apuração do último senso em 2010, o excesso de peso já atinge metade da população adulta. Cerca de 70 milhões de brasileiros, o que equivale a 40% da população, está acima do peso. Consta-se que o número mais que dobrou em trinta anos. Os gastos diretos com a obesidade e medicamentos chegam a cerca de 1,1 bilhão de reais por ano - o equivalente a 12% do total de gastos do SUS. Estima-se que os custos indiretos com a obesidade girem em torno de 400 milhões de reais. Esse aumento vertiginoso das estatísticas é atribuído, como dito anteriormente, à mudança de hábitos alimentares dos brasileiros. Sendo assim, os brasileiros já ocupam o sexto lugar no ranking da população obesa, atrás apenas dos EUA, Alemanha, Inglaterra, Itália e França. No entanto, além dos números e estatísticas, interessa-nos esclarecer como a medicina entende a obesidade.

A medicina define a obesidade como uma doença metabólica de origem genética, caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo, resultante do desequilíbrio entre a oferta e o consumo de calorias, além de ser considerada uma doença crônica e multifatorial da regulação do apetite e do metabolismo energético, envolvendo assim a genética, a fisiologia, a bioquímica e as neurociências. É considerada ainda fator de risco para patologias graves, como a diabetes, as doenças cardiovasculares, a hipertensão, os distúrbios reprodutivos em mulheres, alguns tipos de câncer e problemas respiratórios, depressão e perda da qualidade de vida, dentre outros.

O índice universalmente aceito para classificar uma pessoa como obesa é o de massa corpórea (IMC) e é expresso pelo peso do indivíduo em quilogramas, dividido pelo quadrado da altura em metros. Tem sido adotado desde 1997 pela Organização Mundial de Saúde como índice de referência de medida para a obesidade. A obesidade é definida como um estado de adiposidade na qual a gordura corpórea está acima do ideal (um IMC maior que 27 kg/m<sup>2</sup>). Segundo a OMS, a obesidade deve ser dividida em três níveis: grau I, com IMC entre 30 e 34,9 kg/m<sup>2</sup>, grau II, entre 35 e 39,9 kg/m<sup>2</sup> e grau III ou obesidade mórbida, com IMC acima de 40 kg/m<sup>2</sup>. O termo mórbida significa que a obesidade atingiu um grau capaz de colocar em risco a vida do paciente.

A Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica e a Federação Internacional de Cirurgia da Obesidade (IFSO) consideram que há seis níveis de obesidade: a obesidade pequena (IMC= 27 a 30 kg/m<sup>2</sup>; a obesidade moderada (IMC=30 a 35 kg/m<sup>2</sup>, obesidade grave (IMC=35 a 40 kg/m<sup>2</sup>); obesidade mórbida (IMC=40 a 50 kg/m<sup>2</sup>); superobesidade (IMC= 50 a 60 kg/m<sup>2</sup>) e a supersuperobesidade (IMC= maior que 60 kg/m<sup>2</sup>). (IFSO, 1997)

Segundo Nasser e Elias (2003) no Brasil, a partir de 1999, o Ministério da Saúde, após

consultas à Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica, reconheceu a necessidade do tratamento cirúrgico dos obesos mórbidos e incluiu a gastroplastia entre os procedimentos cobertos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O tratamento cirúrgico da obesidade mórbida teve início na década de 50 e com o passar dos anos as técnicas foram sendo aperfeiçoadas. A partir da década de 70, passaram a predominar os procedimentos que limitam a ingestão de alimentos (Garrido Júnior, 2003). Atualmente, diversas técnicas de cirurgia são avaliadas e utilizadas de acordo com cada paciente: existem as que restringem o esvaziamento do estômago pelo emprego de um anel de contenção ou de uma banda gástrica, mas podem-se também fazer desvios no intestino, dificultando a ingestão alimentar e provocando má absorção, facilitando assim o emagrecimento. É utilizada na maioria dos casos a gastroplastia, que consiste em reduzir o tamanho do estômago para algo em torno de 40 ml, técnica que tem um caráter mutilador e punitivo e que diminui a capacidade de recepção do estômago, além de punir com dor o paciente que tenta transpor o limite do novo estômago (Garrido Júnior, 2003).

Com a redução do tamanho do estômago, a pessoa passa a ingerir pequenas quantidades de comida e se sente “satisfeita”. A perda de peso ocorre à medida em que é reduzida a quantidade de alimento ingerida. A média de perda se dá em torno de 40 % do peso total após um ano da realização da cirurgia. Necessitam ser consideradas na avaliação do candidato à cirurgia, a ausência de patologias endócrinas descompensadas e a ausência de dependência de drogas e álcool. O paciente deve ainda, conforme avaliação da equipe, apresentar compreensão e cooperação satisfatórias com relação ao procedimento. Os critérios de seleção se referem às instruções da *American Society of Bariatric Consensus*.

Garrido Jr. (2003) ressalta que antes do ato cirúrgico o paciente deve tomar conhecimento e assinar o termo de consentimento informado, que consiste em informações impressas a respeito do procedimento cirúrgico, bem como das mudanças que devem ocorrer no estilo de vida. Algumas importantes complicações podem surgir como consequência das intervenções cirúrgicas, como hérnias, infecção intra-abdominal, pneumonia, trombose, embolia pulmonar e, até mesmo, perda de peso insuficiente (*American Society of Bariatric Consensus*, 2002), assim como repercussões psicológicas, tais como desorganizações psíquicas graves (psicoses), depressões, transtorno do comer compulsivo, problemas psicossociais, insatisfação com o próprio corpo, compulsões como compras compulsivas, abuso de álcool e drogas e tentativas de autoextermínio. Portanto, é importante a participação de uma equipe multidisciplinar para a realização dessa cirurgia, composta pelo cirurgião, clínico geral, cardiologista, nutricionista, endocrinologista, psicólogo e psiquiatra.

Shiraga (2006) afirma que a cirurgia da obesidade envolve o entendimento do portador de obesidade mórbida de seus aspectos genético-familiares, sociais, psicológicos, nutricionais e metabólicos, compreendendo-se assim sua origem multifatorial. O procedimento cirúrgico deve ser particularizado, visando sempre à perda de peso considerável, com cura, ou melhor, com controle das doenças associadas, assegurando acima de tudo qualidade de vida.

Em Minas Gerais, o Hospital das Clínicas da UFMG (HCUFMG) em Belo Horizonte, foi pioneiro na realização de cirurgias bariátricas no estado. Em outubro de 1994, foi operada a primeira paciente e, então, um Grupo Multidisciplinar para o tratamento cirúrgico da obesidade foi constituído. Participam das atividades médicos residentes das áreas de Cirurgia e Endocrinologia, alunos de pós-graduação (nível mestrado e doutorado) e graduação (iniciação científica) de diversos programas da UFMG. Também se integram ao cuidado dos pacientes, profissionais das áreas de psiquiatria, psicologia, anestesiologia, neurologia, cirurgia plástica, fisioterapia, enfermagem e educação física.

No HC-UFMG, o grupo multidisciplinar de profissionais recebe pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), provenientes de todo o estado de Minas Gerais, e realiza o preparo pré-operatório, a operação e o acompanhamento prolongado no pós-operatório. Os pacientes são encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a partir da triagem do Centro Metropolitano de Especialidades Médicas. Já foram realizados mais de 400 procedimentos, entretanto, a demanda do estado é muito grande. Todos os atendimentos são oferecidos uma vez na semana. Há também atendimento em grupo conduzido por psicólogos. Reuniões mensais ocorrem apenas com os profissionais do grupo, para discussão de casos. Uma vez ao mês, as reuniões são destinadas ao esclarecimento dos pacientes em relação aos procedimentos e cuidados, tanto para os pacientes em pré, como em pós-operatório. Também são realizadas mensalmente as reuniões com o grupo da nutrição para orientações alimentares.

O Hospital Israel Pinheiro, do Instituto de Previdência do Servidor do Estado de Minas Gerais (IPSEMG), também realiza a cirurgia bariátrica, com apoio de equipe multidisciplinar. Neste serviço, está também em funcionamento o NEO (Núcleo de Estudos da Obesidade), no qual os candidatos à cirurgia bariátrica têm atendimento psicológico nos períodos pré e pós-operatório. Esse núcleo de estudos é uma das atividades do Núcleo de Pesquisa em Psicanálise e Medicina do Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais (IPSM-MG), pertencente à Escola Brasileira de Psicanálise, seção Minas Gerais.

A participação do psicólogo compondo a equipe multidisciplinar de cirurgia bariátrica é uma exigência do Sistema Único de Saúde (SUS). O atendimento psicológico deve ocorrer na preparação para a intervenção cirúrgica e no período pós-operatório, conforme pudemos

acompanhar. A seguir, veremos como o psicólogo tem atuado nesse sentido no âmbito do SUS.

### **1.1.2 O psicólogo e seu papel na equipe de tratamento cirúrgico da obesidade**

Durante a fase pré-operatória, o paciente é encaminhado ao psicólogo, através do cirurgião ou do médico clínico, para uma avaliação psicológica. A avaliação psicológica do paciente candidato à cirurgia bariátrica não obedece a nenhum protocolo específico. Cada equipe tem sua maneira de fazer o laudo psicológico. Alguns se utilizam de testes psicológicos, outros de anamneses e entrevistas, com a finalidade de identificar se o paciente está apto ou não para a realização da cirurgia. Nesse momento, é importante que pacientes portadores ou potencialmente sujeitos a distúrbios psiquiátricos graves sejam identificados e a equipe informada, para que seja tomada uma decisão quanto à capacidade do paciente em suportar psicologicamente a intervenção cirúrgica.

Franques (2003) define três grupos de pacientes em condições psicológicas de serem submetidos à cirurgia: aqueles que não apresentam patologias psiquiátricas graves e, por isso, parecem estar em condições de lidar com o rápido emagrecimento; os que estão em condições de se submeter à cirurgia desde que continuem em acompanhamento psicoterápico e aqueles que só poderão realizar a cirurgia após um longo acompanhamento psicológico. Mas, apesar dessa exigência, poucos pacientes continuam o acompanhamento psicoterápico após a intervenção cirúrgica, especialmente porque, na quase totalidade dos casos, o paciente que busca o psicólogo nesse momento, chega atendendo a um protocolo de preparo para a cirurgia da obesidade e não por ter decidido realizar um tratamento psicológico.

A literatura e a prática médica, na maioria dos casos, não consideram em toda a sua importância, os fatores inconscientes em jogo na compulsão<sup>9</sup> alimentar e no ganho de peso. Por isso se faz necessário ampliar a causalidade desses transtornos, para que possamos aumentar as possibilidades de tratamento, quando as cirurgias, dietas e medicações se mostram insuficientes ou mesmo ineficazes.

---

<sup>9</sup> De acordo com o DSM-IV, em seu Apêndice B, dentro da classificação dos Transtornos Alimentares está o Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), que está definido por episódios recorrentes de compulsão alimentar periódica, com excesso alimentar e perda de controle. Caracteriza-se por: (1) Comer rapidamente, (2) Comer até sentir-se cheio, (3) Comer grandes quantidades de comida mesmo sem estar com fome, e (4) Comer sozinho por embaraço pela quantidade de comida. Em: *American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4 edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.*

### 1.1.3 Fragmento de caso

O caso que apresentaremos a seguir através de um fragmento suscitou muitas questões relativas à prática e teoria psicanalíticas nessa área de pesquisa. As manifestações psíquicas prevalentes apresentadas pela paciente se restringiam inicialmente, e de modo marcante, aos atos em detrimento de uma queixa ou sintoma. Essas manifestações pareciam responder mais a uma neurose de caráter do que uma neurose sintomática, ou com sintomas “clássicos”, mais permeáveis à associação livre e à produção de sentido. Os desafios no manejo do tratamento, advindos dessa forma de se apresentar do sujeito, resultaram no desejo de realizarmos a investigação sobre o tema.

Este tratamento teve início em uma instituição pública. A paciente<sup>10</sup> foi encaminhada para avaliação psicológica pelo cirurgião que acompanhava seu caso, pois havia recebido a indicação de realizar a cirurgia bariátrica, devido a seu quadro de obesidade mórbida. Inicialmente, ao tê-la recebido enquanto psicóloga do Serviço, o pedido feito pela paciente foi de um laudo psicológico que lhe autorizasse a realizar a cirurgia. Frente a essa solicitação, propus que ela me contasse um pouco de sua vida. De início, me disse que já havia tentado todas as dietas e remédios para emagrecer sem sucesso e que, por isso, queria um laudo para realizar a cirurgia bariátrica que havia sido indicada.

Logo no começo dos atendimentos ficou nítida a dificuldade para dizer algo sobre si mesma, falar de sua vida. Havia também a dificuldade por parte da paciente em trabalhar com o sentido, com perguntas que remetessem ao sentido, com a equivocação, portanto, não parecia ser possível operar conforme as formações do inconsciente. Prevalencia no relato algo que fazia de seus atos um fazer automático e acéfalo, da ordem do “não penso”.

Sua relação com a comida era completamente desregulada. Dizia que comia qualquer coisa, desde que em grande quantidade. Contava que não era tão importante escolher o alimento, mas sim “preencher o vazio do estômago”, pois só assim ficava calma e tranquila, apesar da culpa que a atingia posteriormente. Um dos termos mais presentes em seu discurso com relação à comida era “atacar”. Contava diversas vezes como “atacava as panelas”. Falava disso como sendo uma “compulsão”, algo incontrolável.

Sobre sua mãe, disse que havia “uma diferença” no afeto desta para com ela e os

---

<sup>10</sup> Trata-se neste fragmento clínico de um caso de um sujeito neurótico, que apresenta um quadro de obesidade mórbida. A obesidade mórbida para um sujeito psicótico tem outras funções e desdobramentos que não são foco de investigação nesta dissertação.

demais filhos; sua irmã é quem tinha, desde a infância, o carinho e o investimento da mãe. Em relação ao pai, dizia que este era dominador, bastante consistente, “sem defeitos”, todo poderoso. Ele viajava muito a trabalho e, segundo a paciente, “compensava” esta ausência trazendo muitos presentes. Sobre sua vida, dizia ter vivido para “filho e marido”. Fazia tudo para os filhos, tinha uma vida corrida nessa “fazeção” pelo outro. Não tinha tempo para suas coisas, fazia o que os outros queriam e nem sequer “pensava”. Não “pensava” sobre si mesma.

Dizia que via sua vida como se esta “passasse na TV”, como se não fosse ela mesma a dirigir as cenas. Não “pensava” em suas tristezas, sua história. Parecia que nessa época nem era possível localizá-las. Com o passar dos anos, foi “deixando” de fazer as coisas para si mesma, foi “parando”, “estacionando”. Disse que “não viu” que estava engordando muito, pois nem se olhava no espelho. Ia para uma festa e o importante era “comer bastante” e não conversar, interagir com os outros. Quando era verbalmente agredida por familiares ou colegas de trabalho, não revidava, se calava, “para evitar conflitos”.

O sofrimento aparecia sem palavra, sem significação, evidenciado por um choro compulsivo e incontrolável que vinha, segundo ela, “de repente”, surgindo nas mais diversas situações (festas, no trabalho, em consultas médicas, na rua, etc). Ela dizia sempre que não sabia o motivo desse choro, “não sabia de onde vinha esse choro”, que “as lágrimas simplesmente caíam”. Em diversas ocasiões falou de sua falta de vontade de sair de casa, de sair da cama. Deixava de ir a compromissos sociais para não ser vista, para não ter que falar, se colocar. Evitava ir a casamentos, para não ter que comprar roupa. Só ia trabalhar “por obrigação” e até mesmo seu salário era “colocado na gaveta”, pois conta que não conseguia “arrumar o cabelo”, “fazer unha”, “comprar roupas”. O marido fazia as compras para a casa. Parecia não ser possível qualquer investimento em si mesma.

Comprava os mais variados objetos, medicamentos, roupas que jamais usaria, que iam sendo guardados, acumulados. Ela “consumia” também consultas médicas, sem saber exatamente o que a incomodava, o que queria encontrar e mesmo qual era sua queixa. Não conseguia dizer “não” às demandas que lhe eram feitas, tanto nas relações profissionais como nas pessoais e familiares. Era nítida a vivência de um excesso generalizado, sem medida, que parece ter caracterizado durante muitos anos “um jeito de ser”.

Em sua fala, faltava um enredo, uma história, e sobrava a desordem pulsional e a excessiva consistência do Outro, que ilustrava a posição de objeto oral na qual ela se oferecia em sua vida, “devorando” e “se fazendo devorar” pela família, pelo marido e pelos colegas de trabalho. Importante ressaltar que com o desenrolar dos atendimentos, o desencadeamento do

ganho de peso excessivo mostrou-se associado aos momentos de perda e separação em relação ao Outro, como a ruptura abrupta do relacionamento próximo e intenso com a irmã, por iniciativa desta, e o período de adoecimento do pai. Observamos a partir de sua fala que, nessas ocasiões, não era possível para este sujeito fazer um trabalho de luto com relação a essas perdas e separações.

Parecia não haver como sintomatizar os acontecimentos de sua vida, desta forma, o corpo tornava-se o alvo do desvario pulsional. Ou seja, sua vida era tomada por um agir impulsivo, sem pensar, automático, no qual o excesso era resultado de uma aparente falta de medida para com sua relação consigo mesma, com seu corpo e com o Outro. Chamava a atenção o modo como a paciente se referia a seu corpo, de modo bastante concreto, referindo-se ao “estômago”, “que aceita ou não aceita a comida”, quase como se este estivesse separado de seu corpo.

No decorrer dos atendimentos regulares, aos quais a paciente não deixava de comparecer, foram emergindo algumas queixas e a surpresa desta em descobrir, não sem desconforto, que havia o que ser dito e que ela não estava ali para pegar nenhuma “autorização” para realizar a cirurgia e, sim, para tentar dizer e localizar o que lhe fazia sofrer. Chegou a comparar seu corpo a uma “casca”, dando a entender que falar de si era novidade e também “muito difícil”, segundo ela mesma dizia.

Ao longo de nove meses de atendimento, que funcionaram como entrevistas preliminares, a indicação médica de realizar a cirurgia se configurou como uma decisão da paciente, fundamentada e lida por ela como a primeira coisa na vida que faria por si mesma, sem ser algo para o Outro. Esta decisão, sustentada pela analista, veio enlaçada com um pedido de continuidade dos atendimentos após o período pós-operatório. A cirurgia, do ponto de vista médico foi um sucesso, pois a paciente perdeu bastante peso e o período pós-cirúrgico transcorreu sem complicações. Ao retomarmos os atendimentos pós-cirurgia, frente à impossibilidade de continuar os atendimentos naquela instituição, ela perguntou se poderíamos continuar “em outro lugar”, pois “não poderia me deixar tão cedo”. Uma demanda de análise se manifestou, portanto.

Nas sessões em meu consultório, teve início a penosa construção de sua história, do romance familiar, que estava muito apagado, soterrado pelo peso do corpo e da devoração que preenchia todos os espaços. Também surgiu a localização da posição de grande submissão aos caprichos do Outro, no caso o marido, os filhos, os colegas de trabalho e a família, dos quais a separação era frágil. O tratamento continuou, desde então, e com importantes avanços. Um fato digno de nota é a constatação, cada vez mais clara para ela, de que o tamanho reduzido

do estômago não a impedirá de se deixar levar pela “compulsão”. Ela se refere a essa “compulsão”, como algo que não tem sentido, que não entende e que, em alguns momentos, não consegue controlar. Porém, com o tratamento, não mais se deixou tomar completamente por isso, como antes.



## **2 O SUJEITO OBESO PARA ALÉM DA MEDICINA - A CONSTITUIÇÃO DO CORPO, O FUNCIONAMENTO PULSIONAL E A PULSÃO ORAL**

### **2.1 A constituição do corpo**

Abordaremos neste capítulo, a constituição do corpo na teoria psicanalítica, na medida em que este é indissociável do conceito de pulsão. Nesse sentido, Quinet (1988) afirma que se a prática psicanalítica diz respeito ao corpo é devido ao conceito de pulsão. Em seguida, aprofundar-nos-emos nesse conceito, particularmente na questão da pulsão oral. De início, daremos ênfase, de modo não muito extenso, às referências psicanalíticas sobre a construção do corpo erógeno ou pulsional na obra de Freud e no ensino de Lacan. Algumas noções teóricas importantes serão desdobradas nos próximos capítulos.

As formulações da Psicanálise sobre a constituição do corpo se distinguem, desde seu início, daquelas de um corpo entendido sob o ponto de vista puramente fisiológico e anatômico, como é predominante na ciência médica. A Psicanálise é uma prática da fala que se interessa pelo corpo, pelo fato mesmo de tratar-se do corpo de um ser falante, que não apenas habita a linguagem, mas é também habitado por ela. Ou seja, a partir das descobertas da Psicanálise, em especial com relação à clínica da histeria, revelou-se que as palavras afetam o corpo, ou seja, o inconsciente afeta o corpo.

Podemos localizar na obra de Freud uma referência fundamental à constituição do corpo no trabalho inovador intitulado “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905/1972b). Neste texto, ele esclareceu o desenvolvimento da sexualidade infantil e sua relação com a constituição corporal, através da fragmentação do corpo em zonas determinadas denominadas “zonas erógenas”, e isso devido à ação da força que atua entre o psíquico e o somático, ou seja, a pulsão. Uma zona erógena constitui uma parte da pele ou membrana mucosa que tem uma estrutura de borda e na qual estímulos de uma determinada espécie evocariam uma sensação de prazer possuidora de uma qualidade particular.

Na fase inicial da constituição corporal, conhecida como autoerotismo, a pulsão não é dirigida para outras pessoas, mas obtém satisfação no corpo do próprio indivíduo, como quando o bebê suga o seio da mãe. Nesse caso, os lábios da criança se comportam como uma zona erógena. Freud (1905/1972b) esclarece que, em um primeiro momento, a satisfação da zona erógena tem relação com a necessidade de nutrição e autopreservação, e, posteriormente,

adquire o objetivo de satisfação sexual.

O corpo erógeno, que sofre a ação do funcionamento pulsional, Freud o entende como capaz de, por meio de qualquer parte do corpo, enviar estímulos sexualmente excitantes à mente, ‘erogenicidade’ essa que seria uma característica geral de todos os órgãos (Freud, 1905/1972b). Leclaire (1992) indica que o corpo erógeno deveria ser concebido a partir do corpo enquanto superfície onde, de qualquer ponto, seria possível originar uma excitação sexual. Haveria um conjunto erógeno, que se caracterizaria por permitir uma relação entre todos os pontos que formam o corpo.

Em “O ego<sup>11</sup> e o id”, Freud definirá o eu como essencialmente corporal, uma instância corporal e, ainda, a projeção de uma superfície: “O eu é, primeiro e acima de tudo, um eu corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície” (Freud, 1923/1976c, p.40). O eu passa a estar relacionado com o espaço, com a imagem e com o corpo, centrados na unidade representada pelo eu ideal.

No ensino de Lacan, a problemática da constituição do corpo, que dá origem ao sujeito, está presente em diversos momentos em sua trajetória na Psicanálise. Entretanto, assim como Freud, o corpo ao qual Lacan se refere não é o corpo biológico.

Ele aborda inicialmente a constituição do corpo a partir do seu escrito “O estágio do espelho como formador da função do eu” (1998b). O estágio do espelho, a partir da observação de crianças e da teoria freudiana, caracteriza uma construção lógica que tenta elucidar o modo como um organismo vivo adquire unidade corporal por intermédio de uma imagem: a imagem do outro, seu semelhante (Lacan, 1949/1998d). Trata-se da apreensão da unidade de sua forma no espelho. Esta imagem que constitui uma unidade é uma forma antecipada, ou seja, ela precede a maturidade neuro-fisiológica do indivíduo.

Lacan ressalta aqui a importância dessa imagem, de seu caráter ilusório, na constituição de uma forma, uma “*gestalt*” visual para um organismo. O estágio do espelho mostra que o despedaçamento do corpo é algo anterior à sua unidade pré-figurada pela imagem do outro ou pela imagem refletida no espelho. Este momento lógico de constituição de um corpo pela imagem corresponde à constituição do eu que nos permite evocar a observação freudiana de que a instância psíquica do eu é antes de tudo corporal. O eu e o corpo têm em comum a forma imaginária. O corpo tem uma armadura, denominada por Lacan “forma ortopédica”, que é uma imagem que dá ao indivíduo a ilusão de ter um corpo unificado. Essa imagem do corpo é de extrema pregnância, cativando e capturando o

---

<sup>11</sup> Ego é a tradução em inglês de James Strachey para *Ich* em alemão, que quer dizer Eu. Nessa dissertação, usaremos Eu quando se tratar do *Ich* freudiano.

indivíduo em sua imaginação e sua percepção.

É necessário que o organismo chegue a se incorporar na linguagem, para tornar-se efetivamente um corpo humano. Com as formulações da psicanálise, é importante ressaltar que, na relação do corpo com a linguagem, um órgão privilegiado, o pênis, entra no simbólico como significante, o falo. E é a partir de sua entrada no discurso como significante, que o homem pode encontrar a função desse mesmo órgão e também de todos os seus outros órgãos, pois o falo é o significante que traz ao sujeito os efeitos de significação.

Como foi dito, o que faz do corpo um corpo humano é a linguagem e, mais precisamente, o significante que tem incidência sobre o corpo:

A fala, com efeito, é um dom de linguagem, e a linguagem não é imaterial. É um corpo sutil, mas é corpo. As palavras são tiradas de todas as imagens corporais que cativam o sujeito; podem engravidar a histérica, identificar-se com o objeto do *Penis-neid*, representar a torrente de urina da ambição uretral, ou o excremento retido do gozo avarento (Lacan, 1953/1998c, p.302).

É este corpo simbólico que dá corpo ao corpo físico, quando de sua incorporação àquele, ou seja, a linguagem que confere um corpo ao sujeito: “O corpo (...) é aquilo que pode portar a marca adequada para situá-lo numa sequência de significantes” (Lacan, 1970/2003b, p.407). Ou seja, é através da apreensão desse corpo na cadeia significante dentro de um discurso, que o sujeito vai encontrar as funções para o próprio corpo.

No entanto, a linguagem não confere vida ao corpo, pelo contrário, a incidência do significante sobre o corpo é denominada por Lacan de mortificação. Quinet, em seu texto “O corpo e seus fenômenos” (1988), afirma:

O que faz um corpo vivo em termos de psicanálise é a libido, essa pulsação de gozo própria do vivente. Quando da entrada do sujeito no simbólico esse gozo deserta o corpo e se concentra então nesses oásis de gozo definidos por Freud como zonas erógenas, que se referem a um objeto causa do desejo que é propriamente falando fora-do-corpo, o objeto perdido (Quinet, 1988, p.17).

Através do discurso nos atribuímos um corpo, antes de nos identificarmos a ele. Falamos de “ter um corpo” e não de “ser um corpo”, como poderíamos dizer ao fazer referência aos animais. Essa atribuição implica a disjunção do sujeito e do corpo. Com relação à identificação do ser com seu corpo, sabe-se que os animais podem fazê-lo; já na espécie humana não acontece o mesmo. Nesse caso estamos diante de um corpo falante, que existe também como significante para além da vida natural, fisiológica, já que ele é, de certa maneira, duplicado pela “vida significante”. A partir do momento em que tomamos o sujeito como sujeito do significante, este não pode identificar-se com seu corpo.

Para Lacan, não há lugar para a identificação do ser com o corpo, pois isto acarretaria o apagamento do sujeito. Há uma exterioridade do saber inconsciente em relação ao ser, em relação ao corpo. Justamente por essa razão, a falha dessa identificação entre o ser e o corpo é o que determina as formações do inconsciente, a produção do sintoma e, por consequência, a própria existência da psicanálise. Por habitar e ser habitado pela linguagem, o corpo é indissociável do sexual, o que lhe proporciona sua dimensão de gozo. E o corpo, para que serve?

Lacan aborda a noção de vida e sua relação com o corpo e o gozo. Em “O Seminário 20: mais ainda”, ele define a vida como gozo e caracteriza o ser vivo como um corpo que se goza: “(...) o ser é o gozo do corpo como tal” (Lacan, 1972-1973/1985c, p. 15). Nesse sentido, não haveria gozo sem vida, pois a vida sob a forma do corpo seria a condição para o gozo. Ou seja, o que está em jogo na clínica psicanalítica é o gozo como ligado à vida, sob a forma de um corpo.

## 2.2 O funcionamento pulsional e a pulsão oral

Freud abordou o funcionamento corporal dos pacientes, ao longo de sua obra, indo muito além do seu aspecto orgânico, fisiológico. Havia, segundo ele, uma representação psíquica do corpo, afetado pela pulsão. Já na versão inicial de “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905/1972b) o conceito de pulsão<sup>12</sup> (*Trieb*) é apresentado da seguinte forma:

“(...) por pulsão deve-se entender o representante psíquico de uma fonte endossomática e contínua de excitação em contraste com um ‘estímulo’, que p estabelecido por excitação simples vinda de fora. O conceito de pulsão é assim um dos que se situam na fronteira entre o psíquico e o físico” (Freud, 1905/1972b, p.171).

No que concerne à vida psíquica, Freud afirma que ela deve ser considerada como uma medida de exigência de trabalho feita à mente. Nesse mesmo texto, Freud (1905/1972b)

---

<sup>12</sup> A escolha da palavra pulsão para traduzir o alemão *Trieb* correspondeu a preocupação de evitar qualquer confusão com instinto e tendência. Essa opção correspondia a de Freud, que, querendo marcar a especificidade do psiquismo humano, preservou o termo *Trieb*, reservando *Instinkt* para qualificar os comportamentos animais. Em alemão como em Francês ou português, os termos *Trieb* e pulsão remetem, por sua etimologia, a ideia de um impulso, independentemente de sua orientação e seu objetivo. Quanto à sua tradução inglesa, parece que foi a fidelidade à ideia freudiana de uma articulação da psicanálise com a biologia que norteou a escolha de James Strachey fez da palavra *instinct*, em lugar de *drive*. (ROUDINESCO E, & PLON, M,1998, p. 628). \* Nessa dissertação, usaremos o termo pulsão e não instinto quando se tratar do *trieb* freudiano.

esboça uma distinção entre as pulsões sexuais e pulsões de autopreservação, ligadas a satisfação de necessidades primárias. Nesse trabalho ele define a pulsão sexual como sendo distinta do instinto sexual, pois ela não se reduz às simples atividades sexuais com objetivos e objetos. Ele a caracteriza como um impulso do qual a libido<sup>13</sup> constitui a energia.

Ao falar sobre as manifestações sexuais masturbatórias, Freud (1905/1972b) distingue as zonas erógenas oral, anal e genital, em sua relação com a satisfação pulsional. Em seguida, são localizadas as fases de desenvolvimento da organização sexual, e ele as nomeia como organizações pré-genitais, a saber, fase oral e fase sádico-anal. Na fase oral, ou pré-genital canibal, a atividade sexual ainda não se separou da ingestão de alimentos e o objetivo sexual consiste na incorporação do objeto, protótipo de um processo que, sob a forma de identificação, deverá desempenhar mais tarde um importante papel psicológico: “Um vestígio desta fase construída de organização, (...) podem ser vistos na sucção do polegar, em que a atividade sexual, desligada da atividade nutritiva, substitui o objeto estranho por outro situado no próprio corpo do paciente” (Freud, 1905/1972b, p.204).

A segunda fase pré-genital é a sádico-anal, onde surge a oposição entre atividade e passividade. A atividade é posta em operação pela pulsão de domínio, por intermédio da musculatura somática e o órgão que representa o objetivo sexual passivo é a membrana mucosa erógena do ânus, que, então, adquire uma forma de satisfação autoerótica, como observamos na pulsão oral. A característica sexual das pulsões parciais, cuja soma constitui a base da sexualidade infantil, define-se, em um primeiro momento, por um processo de apoio em outras atividades somáticas ligadas a determinadas zonas do corpo.

Em “O instinto e suas vicissitudes” (1915/1974b), produção de enorme relevância para a teoria e prática analíticas, Freud promove uma recapitulação dos conhecimentos adquiridos sobre o conceito de pulsão. Mais uma vez ele alerta que não se deve igualar a pulsão e o estímulo mental, já que a pulsão, ou estímulo pulsional não surgiria do mundo externo, mas de dentro do próprio organismo, tendo, dessa forma, uma incidência distinta sobre a mente. Ainda sobre este ponto, ele afirma que, ao contrário do estímulo externo, a pulsão não imprime no aparelho psíquico um impacto momentâneo, mas, sim, uma pressão constante, não havendo, por essa razão, como escapar à sua ação.

---

<sup>13</sup> “Definimos o conceito de libido como uma força quantitativamente variável que poderia servir de medida do processo e das transformações que ocorrem no campo da excitação sexual. Distinguimos esta libido, no tocante a sua origem especial, da energia que se deve supor subjacente aos processos mentais em geral. A análise das perversões e psiconeuroses mostrou-nos que esta excitação sexual não se origina apenas das partes chamadas sexuais, mas de todos os órgãos do corpo. Alcançamos assim a ideia de uma quantidade de libido, a cuja representação mental daremos o nome de ‘libido do eu’, cujo aumento, diminuição, distribuição e deslocamento devem propiciar-nos possibilidades de explicar os fenômenos psicosexuais observados” (Freud, 1974c, p.223).

Em relação aos termos constitutivos da pulsão, Freud examina e distingue nesse trabalho sua “pressão” (*Drang*), sua “finalidade” (*Ziel*), seu “objeto” (*Objekt*) e sua “fonte” (*Quelle*). A pressão (*Drang*) de uma pulsão está relacionada ao fator motor ou à quantidade de força ou medida de exigência de trabalho que ela representa. É típico das pulsões exercer pressão, sendo essa entendida como uma atividade. Já a finalidade de uma pulsão é sempre a satisfação e esta pode ser obtida de variadas formas, podendo inclusive, ser inibida em sua finalidade, mas mesmo a inibição implica em uma satisfação parcial. O objeto (*Objekt*) é o meio pela qual a pulsão pode atingir sua finalidade e constitui o que existe de mais variável.

Neste ponto, o autor fornece um importante esclarecimento ao afirmar que o objeto não é necessariamente algo estranho ou exterior, mas que pode surgir como uma parte do próprio corpo do indivíduo. Finalmente, por fonte (*Quelle*) entende-se o processo somático que ocorre em um órgão ou parte do corpo, cujo estímulo é representado na vida mental por uma pulsão.

No ensino de Jacques Lacan, a pulsão ganha status de conceito fundamental. Em “O Seminário 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise”, Lacan retoma o artigo de 1915 “Os instintos e suas vicissitudes”, e, através de uma leitura rigorosa, localiza o funcionamento pulsional como constituindo um dado radical da experiência analítica. Nesse sentido, ele afirma que a magnitude da pulsão torna-se conhecida para todo analista pela experiência de conduzir uma análise. A esse respeito, durante a experiência analítica, a pulsão se faz reconhecer como uma força que se manifesta através da fala e dos atos do paciente, possuindo um caráter “irreprimível”, mesmo com a existência das repressões (Lacan, 1964/1985b, p.154).

Lacan compara o funcionamento pulsional a uma montagem, não no sentido de uma finalidade, mas, sim, à montagem de uma forma específica, um traçado dos atos, onde a sexualidade participa da vida psíquica (Lacan, 1964/1985b) Ela funciona em termos de economia psíquica em uma dialética de arco e flecha.

Ou seja, fica evidenciado, que, ao se tratar da pulsão, não se pode separá-la de seu vaivém, da reversão fundamental na qual ela se estrutura, ilustrando o caráter circular de seu percurso. Lacan esclarece ainda que a dialética da pulsão se distingue fundamentalmente do que é da ordem do amor, bem como do que é do bem do sujeito: sua satisfação se dá em um movimento de retorno em circuito, independente de seu alvo ou objeto. A esse respeito ele diz: “(...) o uso da função da pulsão não tem para nós outro valor senão o de pôr em questão o que é da satisfação” (Lacan, 1964/1985b, p.158).

A figura 3 mostra o circuito da pulsão e seu curso circular:

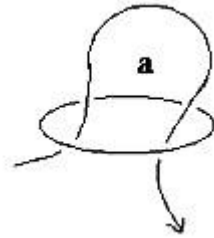


Figura 3: Circuito da pulsão

Fonte: Recuperado em 4 de setembro de 2012, de <http://www.revistaviso.com.br/visArtigo.asp?sArti=1>.

Para compreendermos o “devorar e se fazer devorar”, pertencente ao circuito pulsional da paciente citada no fragmento de caso, faz-se necessário situarmos a pulsão oral<sup>14</sup>, no que ela tem de fundamental e primitiva.

Em “O Seminário 8: a transferência”, Lacan retoma a fase oral e esclarece que a demanda oral<sup>15</sup>, a demanda mais simples, refere-se à demanda de ser alimentado que se dirige ao Outro e que retorna sobre o sujeito de forma invertida, como a demanda de se deixar alimentar. No entanto, no encontro dessas demandas, existe o fato de elas serem atravessadas pelo desejo que não permite que as mesmas sejam plenamente satisfeitas, já que a extinção ou o esmagamento da demanda na satisfação não se poderia produzir sem matar o desejo (Lacan, 1960-1961/1992, p.202). Em que pese isso, a demanda oral tem outro sentido além da satisfação da fome, tem sentido sexual: “(...) a atividade sexual ainda não se separou da ingestão de alimentos, (...) o objetivo sexual consiste na incorporação do objeto - protótipo de um processo que, sob a forma de identificação, deverá desempenhar mais tarde um importante papel psicológico. (Freud, 1905/1972b, p. 204).

Lacan afirma: “Na fase oral, p o tema do devoramento que está situado à margem do desejo, é a presença da goela aberta da vida” (Lacan, 1960-1961/1992, p. 205).

A respeito da pulsão oral, o autor analisa a relação do lactente com o seio. Em “O Seminário 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise”, Lacan afirma que a relação com o seio é estruturante para a subsistência e para a manutenção da relação com o desejo, e posteriormente o seio se tornará o objeto fantasístico (Lacan, 1964/1985b). Lacan afirma ainda que o objeto da pulsão oral - que nos interessa particularmente nesta investigação - não é o alimento em si, mas o seio na sua função de primeiro objeto de satisfação pulsional: “(...) essa boca que se abre no registro da pulsão - não é pelo alimento que ela se satisfaz, é como se

<sup>14</sup> Ainda que não só a fixação na pulsão oral esteja em questão na problemática da obesidade, no caso apresentado nessa dissertação, esta é significativamente dominante

<sup>15</sup>

diz, pelo prazer da boca - o que vai à boca retorna à boca e se esgota nesse prazer (...)” (Lacan, 1964/1985b, p.159).

Mais adiante no texto ele acrescenta:

Venhamos à pulsão oral (...) Fala-se de fantasias de devoração, se fazer papar. Pois que nos referimos ao lactente e ao seio, e que o aleitamento é a sucção, digamos que a pulsão oral, é se fazer chupar, é o vampiro (...) o seio é também algo chapado, que chupa o quê? O organismo da mãe, a reivindicação pelo sujeito de algo que está separado dele, mas lhe pertence, e do qual se trata que ele se complete (Lacan, 1964/1985b, pp.184-185).

Dessa forma, a pulsão oral seria formulada nos seguintes termos: devorar, ser devorado, devorar-se. Podemos observar que não se alteram o objeto e o Outro, o que muda é o ponto no qual incide a ação do verbo, de forma que, em uma das vozes gramaticais, o sujeito é reduzido à posição de objeto. Lacan esclarece, a respeito desta gramática pulsional freudiana, que, para ele, há sempre uma atividade em jogo na pulsão e com isso, ao invés de “se devorar”, ele propõe o “se fazer devorar”. A atividade da pulsão se concentraria nesse “se fazer” (Lacan, 1964/1985b, p.160).

Lacan observa que, em relação à pulsão oral em seu “se fazer devorar”, estão em jogo o campo fantasmático e as fantasias de devoração relacionadas com o masoquismo. Além de “se fazer sugar”, como no caso da voracidade do lactente, temos também a figura do vampiro, onde o sujeito fica em posição de “se fazer chupar”. Observamos que neste “se fazer devorar” o Outro aparece com grande consistência, surgindo como Outro devorador.

Lacan considera que a devoração sem limites de objetos finaliza-se com o sujeito buscando formar um todo relativo à dependência para com o Outro, pois, enquanto a criança mantém o objeto na boca, ela não pode ser separada da mãe. Desse modo, a satisfação da necessidade via pulsão oral compensa a frustração pela ausência do dom do amor, fazendo com que o seio ou qualquer outro alimento se torne um objeto da necessidade mais significativo do que tudo.

No capítulo a seguir, percorreremos na obra de Freud e no ensino de Lacan, as principais leituras da noção de **sintoma** para a psicanálise e suas transformações. Também abordaremos a noção freudiana de **caráter**, os desenvolvimentos de Karl Abraham sobre o erotismo e o caráter oral, o desenvolvimento de uma teoria sobre o caráter construída por Wilhelm Reich, e as teorizações de Diana Rabinovich sobre o caráter e sua relação com o eu. Localizaremos também as críticas de Lacan relacionadas à noção de caráter e à forma de condução do tratamento analítico baseada nessa noção.

Abordaremos ainda os desenvolvimentos realizados por Jacques Alain-Miller com



relação à contribuição de Reich sobre o caráter na história da psicanálise e também as suas elaborações, partir do ensino de Lacan, a respeito das insígnias ou signos de gozo, em oposição à cadeia significante. Finalmente, o caso clínico apresentado inicialmente e que deu origem a essa investigação será retomado com mais comentários. Serão abordadas as semelhanças e particularidades de dois outros casos, conduzidos por Diana Rabinovich.

Com esse percurso, tentaremos localizar elementos que nos auxiliem a abordar o sofrimento psíquico no qual o pulsional se sobrepõe ao sentido, através de atos e comportamentos impulsivos, castigando o corpo e debilitando a subjetivação.

### 3 DO SINTOMA FREUDIANO À CARACTEROPATIA DO TIPO “EXCEÇÃO”

O conceito de sintoma é crucial para a teoria e prática psicanalítica desde o seu início, a partir de Freud e também ao longo do ensino de Lacan. Ele atua como um orientador no que diz respeito ao diagnóstico estrutural e funcionamento do inconsciente. Para a investigação a ser feita nesta dissertação, é importante resgatarmos na obra de Freud o momento em que este localizou e estabeleceu as principais vertentes do sintoma, ou seja, a vertente semântica e de satisfação libidinal. Também abordaremos, de modo não muito extenso, a evolução do conceito no ensino de Lacan.

Freud em suas “Conferências introdutórias”, especialmente as de número XVII e XXIII, intituladas respectivamente de “O sentido dos sintomas” (1916-1917/1976d) e “Os caminhos da formação do sintoma” (1916-1917/1976e), afirma que os sintomas neuróticos portam um sentido inconsciente originado da vida e das experiências do paciente, que pode ser desvendado por meio do trabalho analítico. O autor também localiza que a necessidade de satisfação pulsional do aparelho psíquico é causadora da formação dos sintomas.

Na conferência XVII, “O sentido dos sintomas”, prevalece a vertente semântica do sintoma, onde Freud declara que o sintoma psíquico porta um sentido (*Sinn*), relacionado com as experiências do paciente e constituindo expressões de ideias inconscientes (Freud, 1916-1917/1976d, p.305).

São apresentados nesta conferência dois exemplos da análise de um sintoma obsessivo<sup>16</sup>, onde são demonstradas as ligações entre os sintomas apresentados e a vida sexual inconsciente dos pacientes, além de se precisar a maneira como durante o tratamento analítico esses são interpretados.

O primeiro caso refere-se a uma mulher com trinta anos de idade, que sofria com graves manifestações obsessivas, em que executava atos obsessivos muitas vezes por dia. Ela corria desde seu quarto até um outro quarto contíguo, assumia determinada posição ali, ao lado de uma mesa colocada no meio do aposento, soava a campainha chamando a empregada, dava-lhe algum recado ou dispensava-a sem maiores explicações, e, depois, corria de volta para seu quarto. Freud relatou que perguntava diretamente para a paciente qual o sentido desses atos, e a mesma respondia dizendo não saber. Então, por meio da invalidação feita por

---

<sup>16</sup> Na conferência XVII, Freud apresenta dois sintomas obsessivos que, no entanto, são fragmentos de casos de histeria. Nos dois casos evidencia-se o amor ao pai, estando o marido, no primeiro caso, no lugar-tenente do amor ao pai. Freud caracteriza tais sintomas como obsessivos pelo caráter de *Zwang*, de obrigação de seus atos (Miller, 2011, p. 20).

Freud, de uma das dúvidas da paciente, em especial uma bastante importante e fundamental, ela contou-lhe o que é que estava em conexão com o ato obsessivo.

Esses atos finalmente ganharam sentido, após a revelação por parte da paciente de um acontecimento importante, que ocorrera dez anos antes, na sua noite de núpcias com o primeiro marido, que era bem mais velho: nesta noite, ele ficou impotente. Durante a noite, ele viera correndo de seu quarto para o dela, a fim de tentar consumir a relação sexual, porém sem êxito. Na manhã seguinte, o marido disse a ela que se sentiria envergonhado perante a empregada, quando ela viesse arrumar o quarto e então pegou uma garrafa de tinta vermelha que havia no quarto e derramou no lençol, mas não no lugar exato em que a mancha viria a calhar.

Os atos repetitivos que se seguiram após essa experiência eram fruto da identificação da paciente com seu marido e tinham relação com a representação, a repetição daquela importante cena vivenciada no passado. A intenção do ato obsessivo visava “corrigir” e “consertar” a cena desagradável, a da impotência do marido. Freud afirma: “De modo que o ato obsessivo estava dizendo: ‘Não, não é verdade’. [...] Representava este desejo, à maneira de um sonho, como sendo satisfeito numa ação da época atual; servia ao propósito de fazer seu marido superar a desventura passada”. (Freud, 1916/1976, p.311).

O outro exemplo citado nesta conferência é o de uma jovem de dezenove anos, bem desenvolvida e bem dotada intelectualmente, filha única. Quando criança, não havia manifestado qualquer problema, mas no decorrer dos últimos anos havia se transformado, sem causa visível, em neurótica e muito irritável, especialmente com a mãe, e mantinha-se sempre insatisfeita e deprimida. Não conseguia mais andar livremente por praças ou ruas largas e tinha desenvolvido um complexo ritual de dormir, com o qual atormentava os pais. Segundo Freud, a análise destes tormentos foi mais trabalhosa, ao contrário da paciente citada no exemplo anterior. Ela inicialmente rechaçava todas as interpretações de Freud, mas por fim, passou a aceitá-las, o que resultou no abrandamento e posterior abandono completo do ritual. O elaborado ritual se mostrou destinado a “[...] reproduzir os desejos sexuais da paciente, num ponto positivamente, e noutra, negativamente - em parte representava esses desejos e em parte servia de defesa contra os mesmos” (Freud, 1916/1976, p. 318).

Sobre o modo como desvendar o sentido de um sintoma, o autor afirma: “A tarefa, então, consiste simplesmente em descobrir, com relação a uma ideia sem sentido e uma ação despropositada, a situação passada em que a ideia se justificou e a ação serviu a um propósito” (Freud, 1916/1976, p.319). Os sintomas representam, portanto, mensagens inconscientes que poderiam ser decifradas.

Na conferência XXIII, “Os caminhos da formação do sintoma” Freud apresenta a vertente de satisfação libidinal do sintoma, ao retomar a ideia, presente desde os “Estudos sobre a histeria” (1893-1895), do sintoma como resultado de um conflito entre duas forças antagônicas, a força da libido em busca de satisfação e a força repressora do ego, que se reconciliaram. O sintoma é o resultado deste acordo e, por isso, ele é tão resistente, já que está apoiado por ambas as partes em conflito. Uma das partes deste conflito é a libido insatisfeita, que foi repelida pela realidade e obteve outras vias de realização, logo, o sintoma é produzido como uma nova forma de satisfação da libido (Freud, 1916-1917/1976e, p.419-420).

O sintoma representa, portanto, um substituto de uma satisfação frustrada, que se constitui por meio da regressão da libido a épocas de desenvolvimento anteriores, implicando em um retorno a estágios mais remotos de escolha objetal ou de organização. Ele constitui a repetição de uma satisfação infantil, deformada pela censura presente no conflito, transformada em sofrimento e mesclada com elementos provenientes da causa precipitante da doença. Freud afirma:

(...) descobrimos, há algum tempo, que os neuróticos estão ancorados em algum ponto do seu passado; agora sabemos que esse ponto é um período do seu passado, no qual sua libido não se privava de satisfação, no qual eram felizes (...) de algum modo, o sintoma repete essa forma infantil de satisfação, deformada pela censura que surge no conflito, via de regra, transformada em uma sensação de sofrimento e mesclada com elementos provenientes da causa precipitante da doença. O tipo de satisfação que o sintoma consegue tem em si muitos aspectos estranhos ao sintoma (Freud, 1916-1917/1976e, p.427).

De acordo com Freud, os mesmos processos pertencentes ao sistema inconsciente desempenham importante papel na constituição dos sintomas, assim como o fazem na formação dos sonhos, sendo conhecidos como condensação e deslocamento. Por meio de uma condensação extrema, a satisfação é comprimida em uma só sensação ou inervação e por meio do deslocamento ela pode se restringir a apenas um pequeno detalhe de todo o complexo libidinal. Por meio da análise, Freud afirmou que, partindo dos sintomas, chega-se ao conhecimento das experiências infantis, onde a libido está fixada e que esta fixação é um dos componentes que precipita o surgimento dos sintomas.

No entanto, embora isso não as impeça de terem importância fundamental na compreensão da neurose, essas experiências, base para as fantasias<sup>17</sup>, nos permitem dizer que

---

<sup>17</sup> Fantasia: Termo utilizado por Freud como um conceito a partir de 1897. Correlato da elaboração da noção de realidade psíquica, a fantasia designa a vida imaginária do sujeito e a maneira como este representa para si mesmo sua história ou a história de suas origens; fala-se então de fantasia originária. A fantasia é descrita por Lacan no âmbito de uma estrutura significante, não podendo por isso ser reduzida ao registro do imaginário. Lacan postula a existência de uma estrutura teórica geral, a fantasia fundamental, cuja “travessia” pelo paciente

essas últimas possuem realidade psíquica, em contraste com a realidade material, e gradualmente passamos a entender que, “no mundo das neuroses, a realidade psíquica é a realidade decisiva” (Freud, 1916-1917/1976e, p.430). Freud então inclui como elementos essenciais na constituição da neurose, eventos da infância e suplementos de fantasia, situando a satisfação pulsional como fonte de alimentação e formação desses.

Como uma forma de satisfação pulsional relacionada com a formação dos sintomas, a fantasia é definida como uma atividade mental onde os seres humanos encontram um modo de obter satisfação afastada do princípio de realidade, onde tudo que é inútil ou nocivo pode crescer e proliferar, constituindo uma reserva natural, uma selva. Tais devaneios são a fonte não apenas dos sonhos noturnos, mas também dos sintomas neuróticos, esclarece Freud. A ligação entre fantasia e produção de sintomas relaciona-se com o fato de a libido regredir a pontos de fixação localizados na fantasia inconsciente, o que aumenta sua exigência de realização, gerando um conflito com o ego, que tem como resultado a formação do sintoma.

Miller em “Seminário sobre os caminhos da formação dos sintomas” (2011b) retoma as conferências freudianas citadas acima. A conferência XVII, intitulada “Der Sinn der Symptom” ou “O sentido dos sintomas” seria, segundo Miller, uma aplicação aos sintomas neuróticos do que Freud havia dito sobre os sonhos e atos falhos (Miller, 2011b).

Em relação ao título em alemão da conferência XXIII, “Die Wege der Symptombildung”, ou “O caminho da formação dos sintomas” Lacan, em “Conferência em Genebra sobre o sintoma”, afirmou que traduziu (*Bedeutung*) por significação, por não achar um equivalente e ainda que *Bedeutung* é diferente de *Sinn*, de efeito de sentido, e designa a relação ao real (Lacan, 1975/1998b, p. 11). Miller explica que a dificuldade de traduzir esta palavra para as línguas latinas relaciona-se com o fato de que ela indica ao mesmo tempo, “significação” e “referência”, e esclarece que a *Bedeutung*, traduzida como referência, é uma referência a uma experiência anterior, que causou um traumatismo no psiquismo.

Miller propõe nesse seminário, que se chame a segunda conferência, de número XXIII de “Die Bedeutung der Symptom”, por analogia a “Der Sinn der Symptom”. Ele afirma que sua proposta se justifica devido ao fato de Freud ter indicado na conferência XXIV, intitulada “O Estado Neurótico Comum”, que anteriormente havia empregado indistintamente “Der Sinn” e “Die Bedeutung” (dos Symptome, no plural). Portanto, a conferência “Os caminhos da formação do sintoma” complementa a dimensão semântica da mensagem sintomática da conferência “O sentido dos sintomas” e, isso, devido a sua dimensão referencial, devido à

---

assinala a eficácia da análise, materializada num remanejamento das defesas e numa modificação de sua relação com o gozo. No Brasil também se usa o termo “fantasma” (Roudinesco & Plon, 1998, pp.223-225).

referência ao real em jogo na pulsão.

Miller (2011b) retoma sua leitura sobre as diferenças entre as duas conferências freudianas localizando que, na primeira conferência, pode-se verificar o otimismo interpretativo de Freud e com isso, o fator econômico da libido e, conseqüentemente, a dificuldade que esta acarreta na interpretação e dissolução do sintoma, ainda não se faziam presentes para Freud.

Na segunda conferência, de número XXIII, intitulada “Die Wege der Symptombildung”, ou “O caminho da formação dos sintomas” Freud demonstra que a referência do sintoma é o fantasma, que o real em jogo do sintoma passa pelo fantasma. Longe de identificar real e fantasma, essa conferência diz que o fantasma é mais uma espécie de véu fundamental do que verdadeiramente o real, ou seja, a fixação. Miller afirma: “A conferência XXIII é um estudo dos modos de gozar segundo a definição freudiana do sintoma: apesar da fenomenologia de sofrimento, é uma modalidade de satisfação libidinal” (Miller, 2011b, p.27).

De acordo com Miller (2011b), o “Wege”, que surge no título em alemão da conferência XXIII, aponta para “os caminhos”, entendidos como a fixação e retorno da libido, sua plasticidade na formação dos sintomas. Já o “Sinn” presente no título da conferência freudiana de número XVII, tem relação com a expressão Lacaniana “envoltura formal do sintoma”, que caracteriza o mecanismo significante a partir do qual há efeitos de sentido. Miller pontua o valor do binário composto por elas, assinalado por Lacan. O binário em questão nessas conferências seria entre o *Sinn* e a *Bedeutung*, ou entre o sentido e a referência - que diz respeito à libido (*Befriedigung*), a satisfação, o que nos remete ao gozo do sintoma.

Miller (2011b) afirma que, nessa mesma direção, caminhou o ensino Lacaniano acerca do sintoma, ou seja, no vetor do sentido ao gozo do sintoma, vetor ilustrado pelo percurso feito por Lacan partindo do sintoma em direção à fantasia.

### **3.1 Breve apresentação da noção de sintoma no ensino de Lacan**

Lacan localizou a partir do avanço de suas elaborações diferentes facetas do sintoma que, sem se excluírem mutuamente, produziram, na sequência de sua formulação, abalos sobre as anteriores. Temos assim situados em grandes linhas, o sintoma-mensagem, o sintoma-gozo, o sintoma-signo. Iremos resgatar a seguir alguns textos onde podemos recolher

essas definições do sintoma.

No primeiro momento de seu ensino nos anos 1950, Lacan investiga, a partir de Freud, a primeira vertente do sintoma, a do sentido, onde a ênfase é dada à relação entre sintoma, linguagem e simbólico. Nesta época predominava o sintoma-verdade, formação do inconsciente, interpretável e, por isso, definido como um efeito de significação, isto é, uma mensagem recalcada. Ou seja, o sintoma é composto por um significante cujo significado está recalcado, aparecendo para o sujeito como um enigma.

A interpretação analítica, nesta perspectiva, aponta para liberar a fala que parece congelada e que demanda ser escutada, para que assim dê lugar à verdade que se esconde no sintoma. Em “Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise” (1953/1998) Lacan diz, evidenciando sua aposta no sentido e na interpretação: “(...) já está perfeitamente claro que o sintoma se resolve por inteiro numa análise linguageira, por ser ele mesmo estruturado como uma linguagem, por ser a linguagem cuja fala deve ser libertada” (Lacan, 1953/1998, p.270). Lacan desenvolve em “A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud” (1957/1998a) a lógica correspondente ao funcionamento da linguagem a partir dos dados enunciados pela linguística moderna, explicando desse modo o sintoma a partir da lógica da linguagem. Ele afirma que a experiência psicanalítica descobre no inconsciente a estrutura da linguagem.

Ele se utiliza do algoritmo que funda a disciplina linguística, o algoritmo criado por Ferdinand de Saussure, que se lê S/s ou significante<sup>18</sup> sobre significado. A escritura que Lacan propôs é a seguinte: S/s, isto é, significante sobre significado. Os significantes são unidades linguísticas que utilizamos para falar. Estas unidades diferenciadas umas em relação às outras se encadeiam para produzir uma significação. Este algoritmo caracteriza duas ordens distintas e separadas: a do significante e a do significado, separados pela barra, que constitui a resistência, a significação. Isto quer dizer que, na ordem do significante, que se escreve com S maiúsculo, encontramos os elementos de determinação do significado, s.

Lacan, em sua teoria do significante, afirma que o significante possui duas vertentes onde o significado encontra lugar. Ele designa com a metonímia, a primeira vertente do campo efetivo que o significante constitui. A metonímia efetua um deslizamento associativo, transporte de significação: “(...) é no de palavra em palavra dessa conexão que se apoia a

---

<sup>18</sup> Significante: Termo introduzido por Ferdinand de Saussure no quadro de sua teoria estrutural da língua, para designar a parte do signo linguístico que remete à representação psíquica do som, em oposição à outra parte, ou significado, que remete ao conceito. Retomado por Lacan como um conceito central em seu sistema de pensamento, o significante transformou-se, em psicanálise, no elemento significativo do discurso (consciente ou inconsciente) que determina os atos, as palavras, e o destino do sujeito, à sua revelia e à maneira de uma nomeação simbólica (Roudinesco & Plon, 1998, p. 708).

metonímia” (Lacan, 1957/1998a, p.509). A outra vertente é a metáfora, estrutura de superposição dos significantes. Na metáfora, a conjunção de dois significantes precisa apresentar a máxima disparidade entre as imagens significadas, para que tenha lugar a criação metafórica. Essa criação metafórica surge entre dois significantes, dos quais um substitui o outro, assumindo seu lugar na cadeia significante, enquanto o significante oculto permanece presente em sua conexão (metonímica) com o resto da cadeia. É na substituição do significante pelo significante que se produz um efeito de significação: “Uma palavra por outra, eis a fórmula da metáfora (...)” (Lacan, 1957/1998a, p.510).

Lacan aborda o sintoma a partir do funcionamento da metáfora, pela substituição de um significante por outro. Ele afirma, categoricamente, que o sintoma é uma metáfora:

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

Nessa perspectiva, o sintoma é resultado de uma opacidade na historização do sujeito, opacidade que a interpretação analítica, por meio da liberação da fala, tentaria esclarecer. Nessa perspectiva, o sintoma é um modo inconsciente de dizer. Em “O Seminário 05: as formações do inconsciente”, ao discutir os casos das histéricas analisadas por Freud, ele afirma que o sintoma é aquilo que é analisável, caracterizando uma fala que se articula (Lacan, 1957-1958/1999). Em termos linguísticos, o sintoma constitui uma significação concernente não somente ao sujeito, mas a toda sua história, por isso Lacan o escreve como *s* (A), ou seja, significado do Outro, vindo do lugar da fala. Portanto, neste primeiro tempo, o sintoma é pensado como metáfora, referido ao campo das identificações e do sentido, remetido à estrutura da linguagem e relacionado com o campo do Outro.

A partir dos anos sessenta entra de forma decisiva, no ensino de Lacan, o “sintomagozo”, evidenciando a passagem da primazia do registro simbólico para o real. Lacan retomou aquilo que Freud já nomeava como a satisfação que o sujeito retirava do sintoma, quando formulou a noção de gozo e afirmou posteriormente, que também o sintoma é um modo de gozo, manifestação da pulsão que exige satisfação.

Verifica-se, desse modo, a tendência gradual a considerar a concepção linguística do sintoma sob o enfoque de um gozo que não pode ser completamente esgotado pela interpretação. Há, então, uma reformulação da definição de sintoma com a prevalência e importância cada vez maior da noção de gozo. Lacan passa a afirmar no “O Seminário 10: a



angústia” que o sintoma não seria em toda a sua complexidade apenas um apelo ao Outro, sendo essencialmente uma satisfação: “(...) O sintoma, por natureza, é gozo, não se esqueçam disso, gozo encoberto, ele se basta” (Lacan, 1962-1963/2005, p.140). O sintoma é assim concebido como uma produção simbólica que tem efeitos de gozo. Embora ele se mantenha aberto para a produção de sentido que surge na fala, para além do efeito semântico, o sintoma faz agora do gozo sua referência.

Lacan soube distinguir, como pudemos observar por esta breve passagem pelo desenvolvimento de seu conceito de sintoma, o invólucro formal do sintoma de seu núcleo de gozo.

### **3.2 O caráter para Freud, o caráter oral de Abraham, a análise do caráter de Reich, a crítica de Lacan e a leitura de Miller**

Retomar a noção de caráter pode nos trazer alguma luz para compreendermos o que foi observado, no modo como se apresentou o sujeito no fragmento de caso citado nesta dissertação e também como muitos sujeitos têm, atualmente, lidado com a pulsão. Abordaremos o caráter no que ele demonstra de satisfação pulsional, desconectada de uma pergunta que cause enigma para o sujeito, ou seja, como algo distinto do sintoma.

O caráter exemplifica, a nosso ver, a descrença no inconsciente recalcado que se apresenta em muitos pacientes, talvez com cada vez mais frequência. No entanto, é preciso que estejamos atentos para que uma leitura a partir do ideal edípico não desqualifique esses sujeitos, pois esta é a condição para a sobrevivência de uma possibilidade de tratamento psicanalítico.

#### **3.2.1 O caráter para Freud**

Caráter é um termo que, na obra de Freud, aparece de forma dispersa, não tendo uma presença contínua, e não podemos dizer que haja uma teoria do caráter propriamente dita, diferentemente do que podemos observar com relação à pulsão ou ao sintoma. No entanto, Freud concede em alguns de seus textos, razoável importância a essa noção, o que

provavelmente serviu de estímulo para alguns de seus seguidores como Karl Abraham e Wilhelm Reich.

Nos Estudos sobre a Histeria, de 1895, o termo surge pela primeira vez durante o relato feito por Freud acerca de dois casos (Frau Emmy Von N. e Fraulein Elisabeth Von R). O caráter nesse texto caracteriza um conjunto de traços<sup>19</sup> ou características psicológicas pessoais como, por exemplo, a desobediência, a ambição, a violência, a independência, a irritabilidade, etc. Nesta época, o caráter possuía uma conotação descritiva e moral, bastante convencional.

Já em “O método psicanalítico” de Freud (1904/1972a) o autor apresenta o método psicanalítico de abordagem do psiquismo desde o método catártico, onde o termo caráter sofre um acréscimo a seu sentido mais convencional, moral e descritivo. O caráter agora surge como uma fonte de resistência: “(...) Deformações de caráter muito arraigadas, traços de uma constituição realmente degenerada, mostram-se durante o tratamento como fontes de uma resistência que dificilmente pode ser superada” (Freud, 1904/1972a, p.262).

Nos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” de 1905, Freud apresenta elementos novos que permitem uma ampliação da noção de caráter. O mais importante deles surge quando Freud afirma que: “O que descrevemos como o ‘caráter’ de uma pessoa constrói-se, em grande parte, com o material de excitações sexuais e compõe-se de pulsões que foram fixadas desde a infância (...)” (Freud, 1905/1972b, p.246). Outro ponto importante está no fato de que a solução psíquica da construção do caráter é vista como alternativa à neurose - que se instalaria caso essas excitações fossem totalmente contidas mediante o mecanismo do recalque e encontrassem solução por meio do sintoma.

Ainda neste trabalho, Freud faz preciosa articulação entre a existência de um traço de caráter e um determinado componente erógeno, afirmando que esta relação é observável em determinados casos. A respeito desta ligação ele escreveu “Caráter e erotismo anal” (1908/1976a) onde é aprofundado o estudo sobre as conexões existentes entre alguns traços de caráter e o funcionamento de determinados órgãos na infância. Ele pôde, então, deduzir que a dimensão erógena da zona anal fôra especialmente forte na infância, o que se verifica pela dificuldade na superação da incontinência fecal e por uma experiência infantil de satisfação na retenção das fezes, por exemplo.

---

<sup>19</sup> Com a noção de traço, Lacan designa um modo de relação entre o eu e o objeto: o eu se liga ao objeto, tomando-lhe emprestado apenas um traço isolado, um único traço - *einzigster Zug* (Freud, 1976c, p.135). Na base da constituição do Ideal do Eu, este traço, traduzido como unário, coloca em jogo o significante como tal, fazendo vigorar a pura diferença (Rosa, 2009, p.57). O traço unário pode ser entendido ainda como o S1, a segunda identificação.

A origem dos traços de caráter estaria no desaparecimento do erotismo anal, através de um processo de substituição, por meio da sublimação, desse erotismo quanto da formação reativa ao mesmo: “(...) o caráter, em sua configuração final, se forma a partir dos instintos constituintes: os traços de caráter permanentes são ou prolongamentos inalterados dos instintos originais, ou sublimação desses instintos, ou formações reativas contra os mesmos” (Freud, 1908/1976a, p.181).

Em “Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho psicanalítico” (1916/1974a) Freud descreve, a partir de fragmentos clínicos e exemplos literários, casos onde localiza atos e comportamentos que seriam exceções à constituição dos sintomas neuróticos em geral e que, por isso, representam dificuldades ao trabalho analítico. Importante lembrar que este artigo é da mesma época de suas “Conferências Introdutórias” de 1916-1917 onde são desenvolvidos vários tópicos acerca dos sintomas neuróticos e suas vertentes. Podemos verificar que caráter e sintoma para Freud não são a mesma coisa.

Neste trabalho, Freud tece algumas observações sobre as dificuldades técnicas que esses tipos de caráter tendem a apresentar na clínica e os associa a resistência. O texto é dividido em três partes. Logo no início da primeira parte ele afirma:

(...) Quando um médico empreende o tratamento psicanalítico de um neurótico, seu interesse não se dirige, de modo algum, em primeiro lugar, para o caráter do paciente. Prefere saber o que significam os sintomas (...). Contudo, a técnica que ele é obrigado a seguir logo o compele a dirigir sua curiosidade imediata para outros objetivos. Observa que sua investigação se acha ameaçada por resistências erguidas contra ele pelo paciente, podendo o médico, com razão, encarar essas resistências como parte do caráter do paciente. Isso passa a adquirir a prioridade de seu interesse (Freud, 1916/1974a, p. 351).

Na primeira parte, intitulada “As exceções”, o autor diz que o trabalho analítico continuamente exige que o paciente renuncie a uma dose imediata e diretamente atingível de prazer, no intuito de fazer com que ele abra mão de satisfações que trarão consequências prejudiciais, aprendendo, assim, a trocar uma dose imediata de prazer por uma mais segura, ainda que adiada (Freud, 1916/1974a, p.352). Freud alerta que existem indivíduos que resistem a essa renúncia da satisfação por uma razão especial. Julgam-se no direito de serem poupados de qualquer exigência, pois já sofreram muito em suas vidas e já renunciaram a muitas coisas, colocando-se no lugar de exceções, cujos argumentos contrários não têm qualquer efeito sobre tamanha convicção, cabendo apenas ao analista descobrir as fontes pelas quais essa prevenção prejudicial se alimenta (Freud, 1916/1974a, p.353).

Uma das causas comuns dessa posição de exceção foi localizada por Freud nas experiências mais antigas das vidas desses pacientes, cujas neuroses se ligavam a alguma

experiência de sofrimento ou desvantagem congênita a qual estiveram submetidos na infância e da qual não tiveram culpa, experiência que fôra encarada como uma injustiça imposta por outros, justificando, assim, para esses pacientes, o direito de fazerem o que quisessem.

Na segunda parte, intitulada “Os arruinados pelo êxito”, Freud afirma que algumas pessoas adoecem de neurose precisamente no momento em que um desejo profundamente enraizado e alimentado é realizado, evidenciando uma impossibilidade subjetiva de tolerar a felicidade que resulta deste êxito (Freud, 1916/1974a, p.357). Freud tenta estabelecer que a causalidade do adoecimento neurótico, neste caso, tem relação com o que ele nomeou como uma frustração externa e uma interna. No caso da frustração externa, o objeto no qual a libido pode encontrar satisfação está contido na realidade que, em si mesma, não constitui algo patogênico, até que advenha uma frustração interna, oriunda do eu. Neste caso, ocorre a disputa do acesso da libido a outros objetos que, agora, a libido busca apreender. Só então surgiria um conflito e a possibilidade de uma doença neurótica, onde uma satisfação substitutiva é alcançada indiretamente por meio do inconsciente recalçado.

Freud esclarece que nos casos excepcionais em que as pessoas adoecem em decorrência de um êxito, a frustração interna atua por si mesma e só surge depois que uma frustração externa foi substituída pela realização de um desejo (1916/1974a, pp.358-359). O eu, nessas situações, só suporta um desejo na medida em que ele se mantém em estado de fantasia onde sua realização parece distante ou improvável. Quando a realização de um desejo está em vias de acontecer o eu lutará ferozmente contra este. A distinção entre este tipo de adoecimento neurótico e as situações comuns na formação da neurose consiste no fato de que, em geral, é a intensificação interna da catexia libidinal que transforma a fantasia anteriormente tolerada em oponente temida, mas, nesses casos, o sinal para a irrupção do conflito é dado por uma mudança externa real.

O autor revela finalmente que nesta forma de adoecimento neurótico, são as forças da consciência que proíbem ao indivíduo de obter a almejada vantagem proveniente da feliz mudança da realidade. Cito Freud:

O trabalho psicanalítico nos ensina que as forças da consciência que induzem à doença em consequência do êxito, em vez de, como normalmente, em consequência da frustração, se acham intimamente relacionadas com o complexo de Édipo, a relação com o pai e a mãe - como talvez, na realidade, se ache o nosso sentimento de culpa em geral (Freud, 1916/1974ap.374).

No terceiro tipo descrito, intitulado “Criminosos em consequência de um sentimento de culpa”, são analisados casos onde indivíduos cometeram crimes como furtos, fraudes, entre

outros, como forma de proporcionar alívio de um sentimento de culpa cuja origem era desconhecida. A execução de tais crimes resultava em alívio em relação à pressão exercida pela culpa, já que esta se ligava enfim a um ato localizável. O que Freud localiza como paradoxal é o fato de o sentimento de culpa se encontrar presente antes da ação criminosa e não a partir dela. De acordo com os resultados do trabalho analítico, demonstrou-se que esse obscuro sentimento de culpa provinha do complexo de Édipo e constituía uma reação às duas grandes intenções criminosas de matar o pai e de ter relações sexuais com a mãe (Freud, 1916/1974a, p.376). Ou seja, os crimes executados tinham o propósito de localizar na consciência uma culpa preexistente em nível inconsciente.

Em “O Ego e o Id”, de 1923, Freud fornece mais alguns elementos sobre a formação do caráter, ao dizer que o caráter deriva-se da constituição do eu, da forma tomada por ele a partir do abandono ou perda de um objeto sexual, quando este introjeta as características desse objeto. O caráter consiste em um conjunto resultante dessas modificações no eu, caracterizando um precipitado de catexias objetais abandonadas atraindo para si investimentos pulsionais, e, também, resistindo ao retorno desses, tornando-se mais fixo, evidenciando que os efeitos das primeiras identificações realizadas na infância são gerais e duradouros. (Freud, 1923/1976c).

### **3.2.2 O caráter oral de Abraham**

O psiquiatra e psicanalista alemão Karl Abraham, discípulo de Freud, apresentou suas mais importantes e significativas contribuições à psicanálise por meio do trabalho Teoria psicanalítica da libido, de 1924. Neste livro, encontramos sua principal obra, que foi a investigação da caracterologia, cujos três trabalhos foram aqui reunidos em volume único, tratando em particular das orientações oral, anal e genital do caráter. Sua contribuição mais relevante parece ser a que se refere ao erotismo oral. Demonstrou sua importância clínica em relação ao alcoolismo, à utilização de drogas, à psicose maníaco-depressiva e ao papel que desempenha na vida posterior do indivíduo.

Abraham abordou, com o auxílio de espantoso material clínico, exemplos de hábitos orais infantis persistentes até uma idade em que sua natureza erótica pudesse ser posta fora de dúvida, confirmando inteiramente as conclusões de Freud sobre o erotismo oral, enriquecendo o conhecimento acerca dessa fase do desenvolvimento, particularmente em relação aos

fenômenos da vida posterior dela derivados. Lacan, em “O Seminário 4: a relação de objeto”, a respeito de Abraham, disse: “(...) leiam os bons autores analíticos, dentre os quais situo o Sr. Abraham” (Lacan, 1956-1957/1995, p.196).

Abraham afirmou existir material considerável na literatura analítica da época sobre a organização sádico-anal, no entanto, o primeiro estágio de desenvolvimento da libido, a fase “oral”, necessitava de novas investigações, pois, ainda que se possa inferir a existência de um primeiro estágio “oral” da libido, não havia uma visão direta desta condição arcaica:

(...) a psicanálise das neuroses demonstra que muito frequentemente a boca perdeu sua significação como zona erógena apenas no que se refere à consciência e que tal significação persiste no inconsciente e se manifesta na consciência através de formações substitutivas, as quais conhecemos como sintomas neuróticos (Abraham, 1924/1970, p.55).

Abraham (1924/1970) abordou também neste trabalho a influência do erotismo oral na formação do caráter. Segundo o autor, elementos da sexualidade infantil, que são excluídos de participação na vida sexual do indivíduo adulto, em parte se transformam em certos traços de caráter. Neste sentido, é interessante observar que Freud foi o primeiro a demonstrar que certos elementos do erotismo anal entram na organização final da vida sexual madura, onde irão formar o caráter:

(...) o erotismo anal é um dos componentes do instinto [sexual] que, no decurso do desenvolvimento e de acordo com a educação que a nossa civilização exige, se tornarão inúteis para os fins sexuais. Portanto, é plausível a suposição de que esses traços de caráter (...) sejam os primeiros e mais constantes resultados da sublimação do erotismo anal (Freud, 1908/1976a, p.177).

Aprendemos a identificar no sentido clínico um “caráter anal”, que pode ser distinguido por uma acentuação extrema de certos traços caracterológicos, como a ordem, a parcimônia e a obstinação (Freud, 1908/1976a) Abraham adverte, a partir do que a experiência clínica evidencia, que nem todos os desvios da formação final do caráter se originam nas fontes anais. Ele afirma que o erotismo oral é também fonte importante de formação do caráter, de modo que poderemos falar de fontes orais, anais e genitais de formação do caráter (Abraham, 1924/1970).

Sabemos, a partir de Freud (1905/1972b), que na infância, o indivíduo tem um intenso prazer no ato de sugar, e que ele não deve ser debitado inteiramente ao processo de ingestão de alimentos, mas que se acha, em alto grau, relacionado com a significação da boca como zona erógena. Essa forma primitiva de obtenção de prazer, segundo Abraham, nunca é completamente abandonada pelo indivíduo, mas se mantém de modo disfarçado e

experimenta até mesmo uma intensificação em algumas circunstâncias especiais:

Para o objetivo de nossa investigação, é suficiente tornar claro que o primeiro e talvez mais importante passo que o indivíduo dá para atingir uma atitude normal em suas relações sociais e sexuais finais consiste em lidar com êxito com seu erotismo oral (Abraham, 1924/1970, pp.164-165).

Para que sejam compreendidos esses fatos, devemos ter em mente, segundo o autor, que o prazer do período de sucção é, em grande parte, um prazer de tomar, receber algo. Por essa razão, qualquer divergência quantitativa do grau habitual de prazer obtido pode dar origem a perturbações. O período de sucção pode ser uma época extremamente desagradável para a criança, pelo fato de seu mais primitivo anseio ser satisfeito imperfeitamente, ficando ela privada de desfrutar o estágio de sugar. Já em outros casos, este período pode ser anormalmente rico em prazer. De um modo ou de outro, há grande dificuldade em abandonar o estágio de sucção, o que gera na criança maior disposição na obtenção de prazer no próximo estágio.

Abraham afirma que, em certos casos, todo o caráter da pessoa se acha sob influência oral, após feita análise minuciosa e que, nesses casos, a sucção não foi perturbada e, sim, altamente satisfatória. Esses indivíduos, segundo o autor, apresentam um otimismo imperturbável e essa crença otimista condena-os à inatividade "... toda a sua atitude em relação à vida demonstra esperarem que o seio materno flua eternamente para eles, por assim dizer (...), não fazem qualquer tipo de esforço (...)" (Abraham, 1924/1970, p.167).

Outros indivíduos terão que carregar para toda vida, os efeitos posteriores de um período de sucção não satisfeito. Essas sempre parecem estar solicitando algo, seja sob a forma de um pedido modesto ou de uma exigência agressiva, que evidencia um modo de ser compatível com uma sucção persistente, continuando a pleitear e insistir, se aferrando como "sanguessugas" às outras pessoas. E nelas, a impaciência é uma característica acentuada.

O autor afirma ainda que certos traços de caráter são decorrentes de deslocamentos peculiares ocorridos dentro da esfera oral. Nesse caso, seu anseio por gratificação por meio da sucção foi transformado em necessidade constante de comunicar-se oralmente com outras pessoas, evidenciando uma premência obstinada em falar, atribuindo àquilo que dizem um poder especial, de raro valor. Sua relação com as outras pessoas se dá por essa descarga oral. Esses aspectos pertencem à fase sádico-oral. A generosidade é frequentemente encontrada como traço de caráter oral, mas no estágio seguinte, o sádico-oral, as coisas são diferentes, pois fica em evidência a inveja, a hostilidade e o ciúme.

Em certos neuróticos, o propósito hostil de sua fala é notável, em vez de morder e

devorar o objeto, surgiu uma forma mais suave de agressividade, embora para isso a boca ainda seja utilizada como órgão. Para alguns, a conversa é utilizada para expressar toda gama de tendências pulsionais: “Em suas fantasias, o falar está sujeito à valoração narcísica que seu inconsciente aplica a todas as produções físicas e psíquicas. Todo o seu comportamento mostra um contraste particularmente notável com as pessoas reticentes, de formação caracterológica anal” (Abraham, 1924/1970, p.169).

Uma observação feita pelo autor nos interessa particularmente nesta dissertação. Ele adverte que, além dos traços caracterológicos orais descritos, encontram-se pessoas nas quais os impulsos de origem oral escaparam a toda modificação social: “Como exemplo deles, devem-se mencionar, especialmente, um apetite mórbido, intenso, por comida e uma inclinação a diversas perversões orais” (Abraham, 1924/1970, p.171).

O autor aborda por meio do relato de um caso clínico, os sentimentos anormais de fome. Uma paciente costumava sofrer de graves crises de fome devoradora assim que se afastava alguns passos de casa. Ela nunca saía sem levar consigo algum alimento e, quando já havia comido este, costumava ter de ir a uma confeitaria, a fim de aplacar a fome. Mas era à noite que essa necessidade de comida costumava dominá-la mais intensamente. Com o passar dos anos, sua situação havia chegado a um nível tal que ela costumava fazer duas ou três grandes refeições durante a noite. Embora o seu jantar não bastasse e ela tivesse de comer outra refeição grande antes de dormir, costumava acordar durante a noite com uma fome devoradora, à qual tinha sempre que render-se. O resultado dessa alimentação constante era, naturalmente, um aumento acentuado em seu peso.

Ele afirma que certas características dessa fome neurótica devem ser notadas como não tendo relação com estar ou não com o estômago vazio, logo, ela não está associada com a necessidade normal de nutrição e é acompanhada de sentimentos de ansiedade. Nas queixas desses pacientes ficam nítidas essas “crises de fome devoradora”, nas quais os mesmos chegam a reconhecer a diferença entre a fome normal e essa “fome devoradora”, mas se acham inclinados a confundir as duas condições (Abraham, 1924/1970).

Como explicação, Abraham afirma que fortes impulsos libidinais podem se achar mascarados por uma sensação de fome: “Em alguns casos, o impulso pode ser tão forte que o paciente é forçado a adaptar e subordinar todo o seu modo de vida ao seu anseio mórbido por comida” (Abraham, 1924/1970, p. 65). Mais adiante, ele afirma que o comportamento desses pacientes, que anseiam por comida em curtos intervalos de tempo e passam por torturas se seus desejos não são satisfeitos, se assemelha, extraordinariamente, ao dos morfinômanos e de uma boa quantidade de dipsomaníacos.



### 3.2.3 A análise do caráter de Reich

Um dos seguidores de Freud, Wilhelm Reich, psiquiatra e psicanalista austríaco, produziu no período da década de 1920 e início dos anos 1930, a respeito da noção de caráter, alguns de seus trabalhos mais importantes. Foi nesta época que o autor, então engajado no movimento psicanalítico, desenvolveu sua conceituação de caráter e organizou a sua primeira técnica terapêutica, a análise do caráter.

Em 1922, Reich escreveu o trabalho intitulado “Dois tipos narcisistas”, em que faz suas primeiras referências ao termo caráter. Ele afirma existir uma distinção entre neurose e neurose de caráter em relação a seu mecanismo de formação e modo de apresentação. Na neurose, os sintomas estariam localizados e definidos, e na neurose de caráter, os sintomas seriam mais difusos, sem clara localização e misturados ao conjunto do modo de ser do paciente (Reich, 1922/1975b).

Para esclarecer o porquê desta diferença ele constrói uma tese própria. Para ele, a explicação da diferença entre neurose e neurose de caráter se daria em relação ao tipo de investimento libidinal com relação ao alvo deste investimento. Ou seja, se a pulsão que toma por alvo um objeto externo encontra-se mais intensamente perturbada pelo processo de recalçamento, há a possibilidade de se desenvolver uma neurose com delineamento claro dos sintomas, em estreita relação simbólica com o desejo recalçado e as pulsões em jogo. No entanto, se as pulsões que tomam o próprio eu como objeto são as que se encontram mais perturbadas, então os sintomas são difusos e extensos, impossíveis de serem separados do conjunto da personalidade (Reich, 1922/1975b).

Em seguida, Reich apresenta algumas características típicas da clínica de pacientes com neuroses de caráter, contrastando ainda com os pacientes neuróticos (sintomáticos). Segundo ele, nos pacientes acometidos por neuroses de caráter, há uma maior demora e menor intensidade no estabelecimento de uma transferência positiva, o que acarreta uma dificuldade no tratamento, pois a análise assumiria para eles uma dimensão ameaçadora. Como consequência desse processo, surgem sempre defesas ou “couraças” narcísicas que o analista deve habilidosamente saber penetrar (Reich, 1922/1975b).

No livro de 1925, chamado *O caráter impulsivo: um Estudo Psicanalítico da Patologia do Ego*, Reich esboça com maior clareza o que entende por caráter e dá ênfase ao caráter impulsivo, que seria uma forma específica de caráter neurótico dominado pela pulsão. Segundo o autor, essa forma de caráter ocorre quando a inibição da pulsão ocorreu de forma

defeituosa, tendo como consequência a não integração entre o eu e o supereu no conjunto do psiquismo, ficando este último isolado (Reich, 1925/1975a).

A pulsão, no caso do caráter impulsivo, teria seguido muito tempo sem ser recalcada, fortalecendo assim as demandas pulsionais e o eu primitivo. Assim, ficam impedidos o desenvolvimento da tolerância à frustração de um lado e, de outro, fica obstaculizada a constituição gradual de um ideal do eu. Com isso, constitui-se não um supereu fundido ao eu do indivíduo, como seria esperado, mas, sim, um supereu isolado, composto por elementos da autoridade repressora, adotados de forma dissociada do eu.

Outra observação interessante de Reich diz respeito ao fato de que, para o autor, a análise do caráter deve exercer mais a análise das ações e dos comportamentos do que se faria usualmente em uma “análise da memória” (Reich, 1925/1975a, p.239), isto é, em uma análise voltada para as lembranças do paciente. As ações teriam expressão privilegiada sobre as lembranças no caráter, ou seja, há um laço estreito entre caráter e ação, o que cria dificuldades no que tange à interpretação analítica: “(...) as ações são pouco adaptadas à interpretação genético-analítica sem recordações subsequentes ou sem ao menos uma reconstrução analítica das fontes do comportamento” (Reich, 1925/1975a, p.239).

Verificamos que havia por parte de Reich uma busca de novas maneiras de intervenção clínica, maneiras capazes de dar conta dessa dimensão na análise, distinta do sintoma.

Em *Análise do Caráter*, originalmente publicado em 1933, Reich justifica que seu livro é fruto dos problemas terapêuticos encontrados na pesquisa psicanalítica realizada por ele na Clínica Psicanalítica de Viena. Conforme afirma, neste trabalho realizou uma descrição e uma substanciação dos princípios da técnica que se fundamentaram na análise do caráter (Reich, 1933/1979).

Na primeira parte sobre a técnica, intitulada “Alguns problemas da técnica psicanalítica”, ele diz:

A prática apresenta diariamente ao analista, problemas para cuja solução não bastam apenas nem o conhecimento teórico nem a experiência prática. Pode-se dizer que todas as questões da técnica se resumem a esta questão essencial: (...) a questão da possibilidade e limites de aplicação da teoria à prática (Reich, 1933/1979, p.31).

Reich afirma que poucos pacientes são capazes de seguir a regra analítica desde o começo, por uma série de razões, assim descritas por ele: a dificuldade do paciente em confiar no analista, o tempo da doença, a influência duradoura de um meio neurótico, más

experiências com médicos de nervos, enfim, toda uma fragmentação secundária do Eu, que resultaria em uma situação avessa à análise. Logo, a eliminação desta dificuldade torna-se condição prévia à análise. No entanto, esta se torna mais difícil devido ao caráter do paciente, que p uma parte da neurose, sendo conhecida pelo nome de “barreira narcisista”. Mais adiante o autor afirma, no quarto capítulo da primeira parte do livro, intitulado “Para a técnica da análise do caráter<sup>20</sup>”:

(...) há neuroses com sintomas circunscritos e neuroses sem sintomas: aquelas seriam chamadas “neuroses de sintoma” e estas “neuroses de caráter”; naquelas, compreensivelmente, os sintomas são mais evidentes, nestas mostram-se os traços de caráter (...) se se reconhece que a neurose de sintomas está sempre baseada num caráter neurótico, então é claro que em cada análise temos de contar com resistências que são manifestações de um caráter neurótico (Reich, 1933/1979, p.74).

Reich afirma, ainda com relação à distinção entre a neurose sintomática e a neurose de caráter, que uma falta de conhecimento da doença por parte do paciente, é certamente uma indicação essencial da neurose de caráter:

O sintoma neurótico é sentido como qualquer coisa estranha e provoca uma sensação de doença. Por outro lado, o traço de caráter neurótico (...) está incorporado organicamente na personalidade (...) só quando o caráter neurótico se exacerba sintomaticamente, é que uma pessoa se sente doente (Reich, 1933/1979, p.75).

A segunda e importante diferença prática, segundo o autor, está relacionada com o fato de os sintomas neuróticos nunca exibirem racionalizações completas e autênticas e com isso aparentarem ser sem sentido. Já no caso do caráter neurótico, este é motivado racionalmente para não parecer patológico ou absurdo. Além disso, segundo Reich, os pacientes com traços de caráter neurótico tentam justificar os mesmos dizendo ter “nascido” desse modo. No entanto, o caráter é analisável e mutável, assim como o sintoma. Outro ponto importante é o fato de o sintoma ter uma estrutura simples, se comparado ao traço de caráter, já que é determinado por um número limitado de atitudes inconscientes. O caráter, entretanto, se baseia numa multiplicidade de esforços antagônicos e expressa uma atitude ou modo de existência: “A atitude não se deixa dissecar tão facilmente como o sintoma, (...) mas tanto uma como o outro podem regressar à origem e serem compreendidos com base em impulsos e experiências” (Reich, 1933/1979, p.77).

O autor apresenta ainda a concepção de que o sintoma não poderia surgir se não existisse já no caráter uma base de reação neurótica. Reich define como “blindagem” do

---

<sup>20</sup> Exposto pelo autor pela primeira vez no X Congresso Psicanalítico Internacional em Innsbruck, setembro de 1927.

caráter um mecanismo de defesa cronicamente implantado na estrutura psíquica, que é observável na forma de apresentação do paciente na análise. Essa blindagem defensiva tem como função afastar essencialmente a angústia, já que a análise constitui um perigo para este equilíbrio, ainda que neurótico: “(...) é desse mecanismo de defesa narcisista do Eu que têm origem as resistências que dão à análise do caso individual as suas características especiais (Reich, 1933/1979, p.77).

Em relação à análise dos sintomas, o autor afirma que, no caso da análise do caráter, o analista deve:

(...) mostrar ao doente o traço de caráter isolado, e isto, repetidamente, até que ele consiga libertar-se dele e considerá-lo como um sintoma compulsivo importuno. Ao libertar-se e ao objetivar o traço de caráter neurótico, o doente começa a senti-lo como alguma coisa que lhe é estranha e, finalmente, ganha um conhecimento da doença (Reich, 1933/1979, p.83).

Essa estratégia visa preparar a interpretação analítica e Reich defende que a análise da resistência de caráter, por ter primazia em um primeiro momento do trabalho analítico, não negligencia o conteúdo, apenas prepara ou propicia “uma educação para a análise por meio da análise” (Reich, 1933/1979, p.85).

Em relação à indicação da análise do caráter, Reich afirma, no quinto capítulo do livro em discussão - *Análise do caráter* - intitulado “Indicações e perigos da análise do caráter”, que esta é sempre aplicável em casos de neuroses compulsivas, especialmente aquelas que se evidenciam por sintomas não claramente definidos, associados a uma debilidade geral das funções e, também, naqueles casos em que os traços de caráter constituem não só o objeto do tratamento, mas também o maior obstáculo a este (Reich, 1933/1979, p.152). Com respeito às mudanças no caráter do paciente advindas da análise, ele afirma que este deve mudar até que deixe de ser a base de sintomas neuróticos e de interferir na capacidade de trabalho e gozo sexual. E que, mesmo que estes traços persistam depois da análise, devem permanecer dentro de limites que não prejudiquem a liberdade de movimentos na vida (Reich, 1933/1979, p.155).

Na segunda parte do livro em questão, intitulada “Teoria da formação do caráter”, Reich postula no primeiro capítulo, intitulado “A solução caracterológica do conflito sexual infantil<sup>21</sup>”, que o caráter do doente se torna resistência à descoberta do inconsciente se não analisado devidamente (Reich, 1933/1979, p. 186).

Com relação a sua etiologia, o autor afirma que o caráter resulta de uma mudança

---

<sup>21</sup> Apresentado pelo autor primeiramente no Congresso da Sociedade Psicanalítica Alemã em Dresden, em 28 de Setembro de 1930.

crônica do Eu, que se pode descrever como um endurecimento, sendo sua finalidade proteger o Eu dos perigos internos e externos. Surgiria, então, uma formação protetora crônica, como uma “blindagem”, que restringe a mobilidade psíquica da personalidade como um todo (Reich, 1933/1979, p.188). O Eu teria que endurecer, assumindo a defesa um caráter cronicamente eficaz e automático.

A blindagem de caráter é o resultado do conflito sexual da infância e o caminho exato por onde este conflito se tem conduzido (...) ela torna-se a base fundamental de futuros conflitos neuróticos e neuroses de sintoma na maioria dos casos; ela torna-se a base de reação do caráter neurótico (Reich, 1933/1979, p.191).

Podemos então constatar, por meio desse breve percurso pela bibliografia freudiana, abrahamiana e reichiana sobre a noção de caráter, que este se encontra essencialmente associado ao funcionamento pulsional e à resistência.

Em relação ao fragmento de caso da paciente que realizou a cirurgia bariátrica, nossa hipótese é de que a posição do sujeito estaria mais próxima da noção de caráter do tipo “exceção”. Nesse tipo, vemos a ferocidade da pulsão e sua satisfação, em que o sujeito não pode se defender do imperativo pulsional, em que, sob o efeito maciço da pulsão, ele passa ao ato, não recusa, não elabora, não pensa, não pode se privar, come sem pensar, atua na vida de modo acéfalo e automático. O caráter do tipo exceção descrito por Freud é aquele em que o sujeito não abre mão do gozo, sendo o único dos três tipos de caráter descritos no qual Freud não faz referência ao Complexo de Édipo para explicar a razão dessa fixação no gozo. Cito Freud:

(...) deve haver uma razão específica, e não universalmente presente, para que alguém realmente se proclame uma exceção e se comporte como tal (...). Suas neuroses se ligavam a alguma experiência ou sofrimento a que estiveram sujeitos em sua primeira infância, e em relação aos quais eles sabiam não ter culpa, podendo encará-los como uma desvantagem injusta a eles imposta (Freud, 1916/1974a, p.353).

### **3.2.4 Os comentários e críticas de Lacan sobre a noção de caráter e os desenvolvimentos de Diana Rabinovich**

Lacan fez algumas observações a respeito do caráter, especialmente no primeiro momento de seu ensino. No texto “Os complexos familiares na formação do indivíduo”, ele afirma que a neurose de caráter traduz-se em entraves difusos nas atividades da pessoa, em

impasses imaginários nas relações com a realidade (Lacan, 1938/2003a). Ele atribui a neurose de caráter ao supereu<sup>22</sup> e ideal do eu<sup>23</sup>, em suas interferências na gênese do eu: “As relações da neurose de caráter com a estrutura familiar decorrem do papel dos objetos parentais na formação do supereu e do ideal do eu” (Lacan, 1938/2003a, p.84). No entanto, ele afirma que, assim como as neuroses clássicas, as neuroses de caráter seriam passíveis de tratamento analítico, pois seriam formadas a partir de uma dinâmica familiar inconsciente e não de uma constituição inerte (Lacan, 1938/2003a).

Em “Variantes do tratamento-padrão”, Lacan se refere aos pós-freudianos dos anos 1920 e à sua análise das resistências, desde então considerada decisiva nas vias da análise, dizendo que essa foi motivada por um amortecimento nos resultados da análise (Lacan, 1955/1998f). O psicanalista francês afirma que o equívoco, o engodo, está em tomar o Eu como fonte de resistência, já que, a partir da segunda tópica, Freud assinala claramente que a resistência não é privilégio do Eu, mas também do Isso ou do Supereu. Para ele, o Eu não deve ser tomado como sujeito a quem o analista passa a apelar como instância constitutiva. Cito:

O passo seguinte leva à confusão da resistência com a defesa do Eu. A noção de defesa, promovida por Freud já em 1894, numa primeira referência da neurose (...), é retomada por ele, em seu trabalho maior sobre a inibição, o sintoma e a angústia, como indicativa de que o Eu se forma a partir dos mesmos momentos que um sintoma (Lacan, 1955/1998f, p.338)

Segundo Lacan, é preciso perceber que há um desvio teórico ao se postular que o Eu constitui o sujeito objetivado cujos mecanismos de defesa constituem a resistência. Conforme esse entendimento, o tratamento passa a ser concebido como um ataque que postula como princípio a existência de uma sucessão de sistemas de defesa no sujeito (Lacan, 1955/1998f).

A crítica de Lacan alerta, nesse caso, para que não se perca de vista o discurso do sujeito, seu conteúdo, em detrimento do gestual, do tom, a afetação das maneiras do paciente. Lacan adverte que a fixação nas chamadas ‘resistências’ não tornaria possível o surgimento de uma interpretação verdadeira por parte do analista, ficando a intervenção apenas no campo da

<sup>22</sup> Supereu: Conceito criado por Freud para designar uma das três instâncias da segunda tópica, juntamente com o eu e o isso. O supereu mergulha suas raízes no isso e, de uma maneira implacável, exerce as funções de juiz e censor em relação ao eu. Lacan o concebe, diferentemente de Freud, como a inscrição arcaica de uma imagem materna onipotente, que marca o fracasso ou limite do processo de simbolização. Nessas condições, o supereu encarna a falha da função paterna e esta, por conseguinte, é situada ao lado do ideal do eu (Roudinesco & Plon, 1998, pp.744-746).

<sup>23</sup> Ideal do eu: Freud utilizou essa expressão para designar o modelo de referência ao eu, simultaneamente substituto do narcisismo perdido da infância e produto da identificação com as figuras parentais e seus substitutos sociais. Em O Seminário 01: os escritos técnicos, Lacan afirma que o ideal do eu é o outro como falante, o outro na medida em que mantém comigo uma relação simbólica, sublimada, a qual, em nosso manejo dinâmico, é ao mesmo tempo igual e diferente da libido imaginária (Roudinesco & Plon, 1998, pp. 362-363).

sugestão.

Ao falar da análise do caráter preconizada por Reich, Lacan pontua seu valor na objetivação das estruturas, tais como certos tipos de caráter até então desconhecidos por serem assintomáticos e também os traços de caráter, o que “(...) constitui uma contribuição preciosa para o conhecimento psicológico” (Lacan, 1955/1998f, p.344). Ele afirma que os resultados da análise da qual Reich foi o artífice obriga a esclarecer quais tensões foram dissolvidas pela análise dessas estruturas após sua sintomatização, pela objetivação de seus traços. Lacan esclarece que essas estruturas desempenham papel apenas de esteio ou material, articulado como o material simbólico, mas que, nesse caso, têm função imaginária:

Assim, Reich cometeu apenas um erro em sua análise do caráter: tratou aquilo que denominou de “armadura” (*character armor*) e que tratou como tal não passava de armaria. O sujeito, depois do tratamento, conserva o peso das armas que extrai da natureza e apenas apaga a marca de um brasão (Lacan, 1955/1998f, p. 345).

Lacan esclarece que o erro de Reich, ao tomar o imaginário pelo simbólico, se assim se pode dizer, tem relação com sua recusa do conceito freudiano de pulsão de morte. A função imaginária no homem, segundo observa Lacan, parece estar desviada para a relação narcísica em que o Eu se funda, criando uma agressividade cuja coordenada tem relação com a pulsão de morte. Dessa forma, a análise do caráter só pode se manifestar em uma concepção mistificante do sujeito, pelo que ela mesma se denuncia como uma defesa (Lacan, 1955/1998f, p.345).

Para Lacan, o Eu não é nunca senão metade do sujeito; e é, ainda, aquela que ele perde ao encontrá-la. Ele observa que “(...) o sujeito sempre impõe ao outro (...) uma forma imaginária que leva o selo ou os selos superpostos das experiências de impotência em que essa forma se modelou no sujeito: e essa forma não p outra senão o Eu” (Lacan, 1955/1998f, p. 348).

Portanto, ao simplesmente acomodar sua visada no objeto, do qual o Eu do sujeito é a imagem, digamos, nos traços de caráter, ele se colocará, não menos ingenuamente do que faz o próprio sujeito, sob a influência dos artifícios de seu próprio Eu (Lacan, 1955/1998f, p. 349).

### 3.2.5 Os desenvolvimentos de Diana Rabinovich

Diana Rabinovich<sup>24</sup>, no seminário intitulado “La teoría del yo en la obra de Jacques Lacan” (1983), desenvolve pontos teóricos resultantes de um caso apresentado por ela. Ela percorre, através de distintos momentos da obra de Lacan, a importância do eu<sup>25</sup> na direção da cura e relaciona-o com a problemática do caráter.

A autora afirma que a relação do eu com o imaginário e a relação do eu com o simbólico, seja através da formulação do eu como sintoma ou de sua determinação pelo Ideal do eu são conhecidas. Entretanto, a articulação do eu com o real foi muito menos enfatizada.

O eu, na época da conceitualização do Estádio do Espelho, se fundamenta em elementos da teoria freudiana, ou seja, na imagem do próprio corpo e na teoria das identificações. A identificação, para Lacan, constitui a transformação que o sujeito sofre pela assunção de uma imagem, identificação que configura a forma mesma da causalidade psíquica. A alienação nesta imagem ortopédica estabelece uma “discordância primordial” entre o eu e o que se denomina “o ser do sujeito”. De acordo com a autora, se tomarmos a inércia do real, a resistência que o real pode oferecer, pode-se perceber que a inércia que o eu pode assumir na análise não se esgota no nível das resistências imaginárias.

Em “O Seminário 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise” Lacan define o eu como um objeto peculiar, que oferece consistência ao sujeito falante e, a partir do descobrimento do narcisismo, um objeto libidinal, que faz o privilégio e a desgraça do sujeito (Lacan, 1954-1955/1985a). Este objeto peculiar particular promove um obstáculo ao reconhecimento do vetor simbólico. A respeito da subjetividade, nem o eu e nem a consciência podem fundá-la. A existência de um sujeito se deve ao sistema significativo, um complexo aparato simbólico enquanto tal. Desse modo vemos que a teoria do eu está, desde o seu início, articulada com o objeto.

A questão do caráter no tratamento assume, na concepção Lacaniana de análise, segundo Rabinovich, uma significação distinta daquela dos pós-freudianos, se pensarmos no

---

<sup>24</sup> Diana S. Rabinovich é psicóloga e psicanalista. Doutora em Psicanálise pela Universidade Paris VIII, é Professora na Faculdade de Psicologia da Universidade de Buenos Aires e autora de diversos textos e obras na psicanálise, publicados também no Brasil.

<sup>25</sup> Eu: Termo emprestado na filosofia e na psicologia para designar a pessoa humana como consciente de si e objeto do pensamento. Retomado por Freud, esse termo, num primeiro momento, designou a sede da consciência, delimitado na primeira tópica freudiana, que abrangia o consciente, pré-consciente e o inconsciente. A partir de 1920, o termo mudou de estatuto, tornando-se uma instância psíquica, no contexto da segunda tópica, que abrangia o supereu e o isso. O eu tornou-se então, em grande parte, inconsciente (Roudinesco & Plon, 1998, p.210).



valor que pode adquirir neste contexto a leitura do a e do i (a) como objeto causa ou mais de gozar.

A autora nomeia o caráter como “metáfora estabilizada”, “forma sintomal do eu” (Rabinovich, 1983, pp.10-11). Esta definição nos leva até o problema dos aspectos reais do eu. De acordo com ela, se pensarmos na definição banal de caráter, que se escuta cotidianamente mais além dos discursos psicológico e psicanalítico, pode-se observar que nela se insiste na persistência do caráter. A partir desta definição banal, o caráter adquire uma das formas com as quais Lacan definiu o real: o que retorna sempre ao mesmo lugar. Rabinovich afirma que essas metáforas marcam o lugar onde algo, esse nada que é o que sustenta tanto as metáforas como aos aspectos imaginários do eu. Importante recordar que o objeto a está mais além do narcisismo e que não é somente objeto causa de desejo, mas também objeto mais-de-gozar.

Esse fato introduz o gozo no centro do eu e leva a que nos perguntemos sobre o papel possível do gozo na inércia do eu, em sua resistência mesma, que não se esgota no especular. No núcleo do eu podemos encontrar o objeto *a* (Rabinovich, 1983, p.12). O objeto a como “pano”, vestimenta do sujeito da consciência, lhe fornece estabilidade, consistência.

A primeira vertente do objeto a o instaura como objeto causa de desejo, produto mesmo da ação significante que separa corpo e gozo. Aqui o objeto se apresenta como um resto dessa operação. A segunda vertente produz uma recuperação de gozo, recuperação que caracteriza a definição do objeto como mais-de-gozar. Sabemos que nem todo o eu é significante, e que sua análise não se esgota nos efeitos imaginários e simbólicos que o caracterizam.

No eu se inclui em seu centro esse pedaço de real que é o objeto *a* (Rabinovich, 1983, p.12), real que resiste à interpretação significante. A respeito desse real, muitas interrogações surgem, entre outras, se tomamos em conta o lugar essencial da ética na psicanálise, se é possível e mais ainda, se é admissível modificarmos esse núcleo.

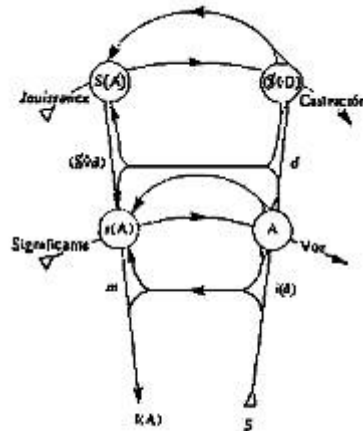
Com o fim de desenvolver essas interrogações, Rabinovich (1983) se refere a um caso clínico. Trata-se de um paciente homossexual perverso, que, ao longo de vários anos de análise, recorda a raiz de um sonho onde surge um rato, uma fobia aos ratos ou ao rato, que perdurou durante todo o seu período de latência. O pai do paciente era um alcoólatra que abandonou a família pouco antes da aparição da fobia. A partir de então, a família ficou em precária situação financeira, situação que a mãe do paciente, professora, conseguiu superar com muitos esforços. Tanto o paciente como seus irmãos são, hoje em dia, professores universitários. Este homem foi em sua infância o filho modelo, o que não trazia problemas a

mãe.

Voltemos à fobia infantil. “Ratón” na Venezuela p uma palavra que designa efeitos posteriores da bebedeira. Ter um “ratón” (ressaca) faz parte da linguagem comum no país. Esta fobia surge pouco depois do desaparecimento do pai do seio familiar e o “ratón” - graças a essa peculiaridade da fala na Venezuela - se transforma no significante curinga que vem a suprir a carência paterna e cria o objeto fóbico. É um significante que remete ao pai e a não-operação de sua lei a supre.

Rabinovich (1983) recorre ao grafo que surge nos “Escritos” de Lacan, intitulado “Subversão do Sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano” de 1960, como ponto de referência para sua análise do caso. Nesse grafo, se encontram as coordenadas simbólicas do eu, que implicam uma “reformulação” do estágio do espelho e do esquema L apresentado por Lacan em “O Seminário 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise (1954-1955/1985a)

A figura 4 mostra o Grafo da subversão do sujeito e a análise do caso a partir dele.



1. A fobia infantil está localizada no grafo a nível do s (A), lugar do sintoma.
2. Fantasia oral “Tenho que dar” localizada em ( $S \diamond a$ )
3. Fobia de “ratón” localizada em s(A)
4. Generosidade localizada em I (A).

Figura 4: Grafo da subversão do sujeito

Fonte: Recuperado em 4 de julho de 2012, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1519-94791996000100006&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1519-94791996000100006&script=sci_arttext).

Esse homem desenvolvia há muitos anos uma atividade homossexual. Inicia sua análise devido a uma separação com o parceiro mais estável que já havia tido, o que o deprimiu. Essa homossexualidade estava centrada em torno das relações orais, tanto ativas como passivas, e sua cena fantasmática parecia se localizar em torno do objeto oral. Outro traço que o caracteriza e que, em primeira instância, pode situar-se como um “aspecto

metafórico do eu” (Rabinovich, 1983, p.14), é uma forma peculiar de generosidade.

O paciente é uma pessoa desprendida, que sempre mantém alguém, apesar de não ter muitos recursos, sendo alguém que sempre viveu de seu trabalho profissional. Este “manter os outros” pode ser tanto em nível econômico como em nível “docente”. Recordemos que a mãe do paciente era professora e que se destacou por sua dedicação. Este aspecto docente da mãe surge claramente como um Ideal: alguém generoso, doador, que fornece informação, que forma. Ele aparece identificado a essa mãe, no melhor estilo freudiano, colocando o parceiro no lugar do filho que ele foi um dia, e assumindo ele o papel de mãe. Aqui temos uma identificação às insígnias do Outro, ao I (A).

Preocupava-se esse sujeito em conseguir que seu aluno, que não era necessariamente seu parceiro, fosse alguém completo. Como era de se esperar, esses personagens sempre terminavam decepcionando-o. Em sua análise, surgia como queixa de sua parte uma pergunta: “Porque sempre tenho que dar?” Essa generosidade, mais além do Ideal, estava ligada ao predomínio em sua vida do fantasma oral.

Facilmente, tratando-se de um homossexual e tratando-se de generosidade, poderíamos inclinarmo-nos, de acordo com a autora, a suspeitar da presença de um fantasma anal, em especial se recordarmos a oblatividade que Lacan situou nessa dimensão. Sem dúvida, esse analisante não respondia à demanda do Outro, não se tratava de uma pessoa obediente. O jovem da vez se localizava para ele no lugar de um outro que demandava a ele, e o gozo se estruturava em ser o objeto, a “garrafa”, diríamos, que respondia a essa demanda ao Outro. Ele se entregava à devoração.

De acordo com Rabinovich (1983) vemos, pois, que a posição em que se sustentava o Ideal aparece sustentada, via a reconstrução histórica da fobia do rato, por ser a “garrafa” e dar a beber até a saturação, o abarrotamento, ou seja, como um ratón, enganchado assim com o enigma do pai bebedor. A generosidade não se esgota do lado do Ideal, não é tão somente uma estabilização metafórica do caráter, senão que se articula com seu ser de “garrafa” e com o gozo que essa posição implica, gozo que, evidentemente, não aponta exatamente a seu bem-estar.

Ao fim desse seminário, Rabinovich (1983) afirma que em sua opinião, é indispensável introduzir na reflexão psicanalítica sobre o eu o problema do real e sua articulação com o fantasma, colocando a questão de como se vinculam fantasma e eu, como o axioma fantasmático pode também regular as posições do eu.

Em seu livro “Clínica da Pulsão: as impulsões” (2004), Diana Rabinovich foi uma das pioneiras na psicanálise de orientação Lacaniana a discutir teórica e clinicamente sobre

manifestações psicopatológicas avessas ao sentido, sintomas que evidenciavam o desregramento pulsional através do uso maciço e mortífero do corpo, em detrimento de uma queixa ou sintoma minimamente articulado. Duas descrições clínicas “clássicas” são trabalhadas em sua articulação: as caracteropatias e as impulsões. Uma parece assintomática; outras, como por exemplo, a bulimia, são fáceis de definir a partir de um critério externo, a obesidade por exemplo, elidindo, desse modo, a demanda subjetiva em jogo. Segundo a autora, ambas indicam a presença de certa satisfação pulsional que obstaculiza e freia o trabalho clínico com aqueles que se apresentam desta forma (Rabinovich, 2004).

A autora afirma ainda que esta posição caracteropática pode ser lida como uma “patologia do ato”. O caracteropático em questão não tem relação com o sintoma ser “egossintônico” ou assimilado ao eu, ou ser “egodistônico”. O termo em inglês, *character*, além de ser caráter, é personagem. Os personagens e o caráter como personagem, se aproximam mais de certa instalação na posição egóica:

A posição que chamo caracteropática é, portanto, algo que corresponde mais a uma certa forma de assumir o eu (...) há uma disjunção particular que faz com que alguns sujeitos cheguem a uma consulta a partir de uma posição, que não é a do sintoma que faz pergunta, mas a de um *character*, a de uma “forma de ser”, que não faz pergunta (Rabinovich, 2004, p.53).

Essas formas de sofrimento psíquico não seriam em si mesmas, estruturas clínicas. Trata-se, segundo ela, de patologias da identificação com o objeto *a*, onde este não se encontra latente, mas praticamente diante de nós. O sujeito ficaria instalado no lugar não da pergunta, mas da resposta, lugar sede de um gozo autoerótico que assegura também a consistência do Outro. A passagem ao ato, como exemplo da patologia do ato, fica explicitada como uma impulsão relacionada ao funcionamento da pulsão. Há algo da ordem da satisfação que, ao realizar-se de forma direta, deixa o sujeito sem lugar.

Para a autora, seriam apresentações do sujeito do lado da pulsão e não do desejo. Desse modo, trata-se de um sujeito que não pode nos dizer quase nada, a não ser nos mostrar, em ato, essa satisfação (Rabinovich, 2004, p.60). Portanto, esses fenômenos psíquicos não podem ser situados do lado do sintoma, já que caracterizam atos onde o sujeito aposta sem o Outro, onde não haveria endereçamento, apelo. O mal-estar que se produz tem relação com o fato desses sujeitos não conseguirem delimitar os efeitos pulsáteis das formações do inconsciente.

Nesse livro, Rabinovich traz um fragmento de caso que nos chamou atenção e que

possui pontos em comum com o caso que resultou no desejo de investigação nesta dissertação. A partir desse fragmento clínico e do desenvolvimento teórico sobre o tema realizado pela autora, são apresentadas neste livro importantes questões e contribuições sobre a clínica, onde a ação está inicialmente desarticulada de uma questão, de uma pergunta acerca da causa do sofrimento.

Trata-se de uma mulher jovem, casada e que tem vários filhos. Trabalha como comerciante, juntamente com o marido. A paciente se apresenta de modo extremamente vago, não sendo possível delimitar o que ocorre. Há apenas uma queixa inespecífica sobre um mal-estar, que não se sabe bem se é consigo mesma ou com os demais. Ela é nitidamente obesa, mas não faz nenhuma referência a esse fato, e esta obesidade não aparece como sintoma ou problema com implicações subjetivas. A única coisa que consegue dizer é que experimenta um mal-estar que não pode definir. O que chamava atenção é que aparentemente, não havia pergunta. Rabinovich afirma que é possível observar, na apresentação dessa paciente, o que poderia ser designado como “um ponto de partida caracteropático” (Rabinovich, 2004, p.52).

As queixas dessa paciente eram bastante triviais e pouco interessantes, tediosas. Falava em meio a um tom um pouco reinvindicativo e queixoso, de que é alguém que está sempre muito ocupada, sempre respondendo de um modo ou de outro a demandas diversas, sempre estava ali onde a chamavam. Era, sem dúvida, o que todos podem qualificar de uma “boa pessoa”. Aparecia instalada nessa posição, “boa esposa”, “boa mãe e dona-de-casa”, “boa trabalhadora”, respondia às exigências de todos, estava sempre ali onde a chamavam. Esse personagem, de “boa esposa”, “boa mãe”, “boa trabalhadora”, a tornava imune à crítica e consistente, e mantinha tanto a ela como ao Outro.

A autora afirma que esta paciente se situa em posição de objeto oral, os outros demandam e sua posição é a de responder imediatamente, se fazendo “devorar”. Rabinovich afirma que neste caso, não se pode fazer um diagnóstico de estrutura clínica relativa ao campo da neurose, porque não fica clara a manifestação do desejo, seja ele insatisfeito, precavido ou impossível.

No entanto, nos defrontamos aí com alguém que, desse lugar egóico, obtém um ganho, um mais-de-gozar que torna o Outro consistente. Desse modo, com relação ao diagnóstico estrutural, estamos diante de uma neurose segundo a autora, e não de uma perversão, pois aqui a paciente sustenta não o Outro do gozo ou o gozo do Outro, mas sim, um Outro como garantidor da verdade, o que o faz consistente. Com o decorrer das entrevistas preliminares, começam a aparecer alguns temas, simplesmente ao escutar e reafirmar a inconsistência do Outro, quer dizer, a queixa.

Há algo que começa a surgir que não é exatamente um sintoma, mas que corresponde aos ataques de bulimia que vão sendo pouco a pouco relatados. Tais ataques acontecem quando a paciente não dá conta mais de responder às demandas intensas que lhe chegam, produzindo-se a passagem ao ato bulímico. A “comoção” deste Outro consistente começa a se evidenciar quando a reclamação começa a ter consequências: queixas com relação ao trabalho, que acarretam um afastamento deste.

A paciente também decide iniciar um regime, pedindo a alguém que a ajude nisso. Começa a emagrecer e, simultaneamente, um primeiro Outro começa a tornar-se inconsistente sob a figura de seu marido. A paciente se revela insatisfeita, desiludida desse marido. Deixa de trabalhar e começa a pedir dinheiro ao marido. Ela se transforma em alguém que passa a demandar. Ocorrem mudanças físicas chamativas e ela começa a se perguntar sobre algo que nunca havia surgido, e que surge, ainda que de forma indireta, por meio de sonhos. Ela começa a se perguntar se pode causar o desejo de alguém. Surgiu então uma mulher insatisfeita sexualmente, com seus filhos e família em geral. Quanto mais essa insatisfação aumentava, mais quilos ela ia perdendo. Nessa época, já com quase dois anos e meio de tratamento, começou a estabelecer-se uma análise, onde sonhos e associações puderam finalmente surgir. Aparece algo da ordem do sintoma e surgem perguntas.

### **3.2.6 A leitura de Miller**

Em relação aos sintomas e à direção do tratamento do que resiste à interpretação, Jacques-Alain Miller, em seu décimo sétimo Curso de Orientação Lacaniana, intitulado “La experiência de lo real en la cura psicoanalítica” (2011a), localiza a importância de se retomarem as contribuições de alguns psicanalistas ao longo da história da psicanálise. O autor observa que o termo resistência pode ser entendido como um índice que aponta para o real em jogo na experiência analítica (Miller, 2011a, p.55), bem como os termos defesa e transferência negativa.

Lacan nomeou como inércia aquilo que os analistas haviam qualificado de resistência e atribuiu ao imaginário tudo o que diz “não” à intervenção terapêutica. Para Miller, trata-se, então, de localizar na história da psicanálise o que podemos mencionar como uma “teoria do obstáculo” à associação livre, ao funcionamento simbólico; obstáculo denominado até então como resistência ou inércia.

Com este intuito, Miller aborda especificamente a contribuição deixada por Wilhelm Reich. As teorias de Reich, especialmente aquelas formuladas após seu trabalho mais conhecido, “Análise do caráter” (1933), provocaram críticas que culminaram na sua exclusão do movimento psicanalítico da época. Mas as ideias presentes na *Análise do caráter* constituíram uma referência para a teoria e prática analíticas da época. Naquele momento, a origem da retomada do termo freudiano “caráter” teve relação com a percepção, por parte dos psicanalistas, da inércia ou resistência à associação livre.

Como já apresentado nessa dissertação, Reich propôs que o trabalho analítico consistisse, primeiramente, em uma eliminação progressiva do conjunto das resistências acumuladas ao nível do eu. Desse modo, não havia como proceder à interpretação do sintoma diretamente; esta deveria ser realizada posteriormente à análise das resistências, cuja finalidade era debilitá-las. Este tempo prévio, no entanto, era distinto das entrevistas preliminares.

Reich trabalhou essencialmente sobre a abordagem do que resiste à associação, sendo este, para ele, o foco principal do tratamento em sua fase inicial. Ele acreditava ainda que apenas uma minoria dos pacientes era capaz de trabalhar em associação livre desde o início da análise, já que a maioria não conseguia se submeter à regra analítica antes da debilitação das defesas (Miller, 2011a p.65-66). Reich nomeou o que ele localizou como obstáculos clínicos ao trabalho analítico de “couraça narcísica”, evidenciada pelo caráter. Esta fórmula tem relação com o que Lacan desenvolveu sobre a barreira imaginária ou interposição imaginária, que está presente na primeira concepção da psicanálise em seu ensino.

Ao acompanhar o trabalho de Reich, percebe-se que a noção de caráter é distinta daquela do sintoma. O que faz com que o caráter não seja um sintoma é o fato de que o sintoma não é nunca completamente racionalizado, pois ele tem um funcionamento parasitário com respeito à intenção que, portanto, incomoda. Já o caráter constitui uma espécie de sintoma integrado à personalidade e, por isso, é difícil de abordar. Trata-se de uma manifestação econômica, que surge devido às pressões pulsionais, caracterizando uma couraça, um obstáculo no psiquismo, não contra o “querer dizer”, encarnado pelo vetor da pergunta, mas sim uma couraça formada como uma resposta do ‘querer gozar’ da pulsão.

Para Miller a abordagem de Reich é valiosa ao sustentar que, em alguns casos, o que encontramos na operação analítica em primeiro lugar, é o obstáculo do caráter, cuja formação paradoxal não remete a uma divisão interna do ser do sujeito como vemos no sintoma, que causa sofrimento e estranheza. E seu mérito está relacionado ao fato de ter tentado com sua abordagem desfazer esse paradoxo, esta ambiguidade entre o sintoma egossintônico e

egodistônico.

Podemos perceber que os pacientes resistentes ao trabalho analítico que Reich encontrou naquela época, e que o levaram a elaborar a análise do caráter como necessária à possibilidade do trabalho com o conteúdo inconsciente, já eram muito distintos das históricas queixosas de seus sintomas disfuncionais descritas por Freud, a exemplo de Dora.

Esta diferença estaria baseada no fato de o caráter ser algo sintônico, integrado à personalidade, como se houvesse ocorrido uma condensação dos sintomas, o que não causaria incômodo, pois não seria tomado como algo disfuncional ou incapacitante. Assim, o caráter evidencia uma forma de gozar integrada ao eu e uma fonte de satisfação da pulsão. Esta manifestação sintônica não está representada por uma divisão interna do ser do sujeito, por um querer ser diferente, já que ela representa mais uma identidade subjetiva integrada ao psiquismo.

Conforme Miller nos elucida, o método de Reich consiste em empreender em um primeiro momento da análise, uma desidentificação subjetiva do caráter, ou seja, sua sintomatização. A direção seria a de despertar o interesse do paciente por alguma particularidade ou traço de seu caráter e buscar encontrar sua origem. Partindo deste ponto, a manobra analítica acarretaria, finalmente, a percepção do caráter como algo incômodo e doloroso, reencontrando assim, progressivamente, seu estatuto de sintoma (Miller, 2011a, p. 78- 81). Na figura 5, Miller escreve a distinção entre sintoma e caráter.

Sintoma // Caráter
--------------------

Figura 5: Distinção entre Sintoma e Caráter  
Fonte: Miller, 2011a, p. 113.

Reich aponta, com sua noção de caráter, não os enunciados do sujeito, mas, sim, a sua conduta e seus atos, como se o caráter fosse algo mais arcaico que o sintoma, anterior ao estágio de sua formação, onde a pulsão se satisfaz na ação. Ele se apresenta como uma patologia da conduta, manifestada na forma da repetição, beirando a estereotipia, sendo esta uma patologia que ilustra a experiência do real, distinta da divisão do sujeito, do inconsciente e do deciframento de suas formações, o que se aproxima, em termos fenomenológicos e em termos Lacanianos, com o modo de gozar (Miller, 2011a, p.79).

O caráter se apresenta distinto do sintoma, pois não se deixa ler conforme as formações do inconsciente. No caráter está, em primeiro plano, a *Befriedigung*, a satisfação, em detrimento da *Bedeutung*, a significação. Freud (1916/1974a) denomina caráter, através



dos fragmentos clínicos apresentados em seu texto sobre os tipos de caráter, ao que no sujeito não se satisfaz com o sintoma, fazendo aparecer, assim, um modo de satisfação da pulsão que não mobiliza o sintoma como mensagem do Outro.

Em outras palavras, o conceito de caráter foi o instrumento conceitual para estender a neurose mais além do sintoma. É como se houvesse, nesse caso, uma conexão direta, um curto-circuito, entre o traço de caráter e uma função corporal, entre o caráter e o comportamento de um órgão. Há, portanto, a ideia da base pulsional do caráter (Miller, 2011a, p.144). A distinção entre sintoma e caráter também se dá em relação à verdade, pois Lacan definiu o sintoma como o ser de verdade do sujeito, excluindo, portanto, o caráter. Miller antecipa o que Lacan denominará *sinthome*, ao final de seu ensino, como sendo a reunião do sintoma e do caráter, pois, sob a perspectiva da *Befriedigung* da satisfação, ambos são modalidades da satisfação pulsional. No entanto, apresentam-se em momentos, formas e funções distintas, o que acarreta diferentes formas de abordagem durante o tratamento.

Na figura 6, Miller escreve com o *sinthome* a reunião entre sintoma e caráter.

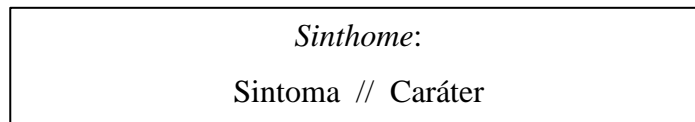


Figura 6: Reunião entre sintoma e caráter  
Fonte: Miller, 2011a, p. 113.

De acordo com Miller, a noção de caráter foi a maneira encontrada pelos analistas dos anos vinte para teorizar o que se apresentava como a incidência do corpo no inconsciente ou, ao menos, a articulação do inconsciente com o corpo. A noção de caráter, muito mais que o sintoma, fornecia o aparato próprio para pensar a repercussão da satisfação pulsional arraigada no corpo sobre o sujeito (Miller, 2011a, p.163)

Para retomarmos a noção de traço, particularmente traço de caráter, é necessário marcarmos a diferença feita por Lacan entre traço unário e um significante que remete a outro significante (S1-S2) e que, conseqüentemente, aponta para o sentido e para a articulação da cadeia significante. A problemática do caráter, enquanto uma manifestação psíquica avessa ao sentido e a interpretação, e a dificuldade de alguns sujeitos em sintomatizar esses traços, nos leva a interrogar o funcionamento da cadeia significante e o que a antecede em seus aspectos mais primários e fundamentais.

Jacques Alain Miller em seu sexto Curso de Orientação Lacaniana, intitulado “Los signos del goce” realizado nos anos de 1986-1987, percorre os desdobramentos do último

ensino de Lacan em relação ao traço unário, significante unário e à insígnia ou signo de gozo.

Miller afirma, na parte intitulada “La sustracción del sujeto”, particularmente no item chamado “Unário-binário”, que existem palavras que podem ser, aparentemente, as mais banais que o sujeito distingue e as toma para si. Essas palavras merecem ser denominadas de primeiras, quer dizer, distintas, separadas da segunda. Lacan as exemplifica como o traço que traduz como unário<sup>26</sup>.

O binário é, por exemplo, S1-S2. O unário, por sua vez, adjectiva o S1, quando está separado do S2 no tempo em que algo foi dito e, todavia, não repetido. Com o ideal do eu, I (A), aponta-se o significante que representaria o sujeito, na medida em que está fora da série.

Miller localiza essa problemática a partir da tematização da insígnia. Segundo Miller, em “Escritos”, Lacan define a insígnia como um significante imaginário, ou seja, é uma imagem utilizada como significante, e acrescenta que esse significante imaginário aparece, sobretudo, no lugar da significação (Miller, 2006, p.145). A propósito, Miller aponta uma oposição conceitual feita por Lacan, porém não desenvolvida por ele. Trata-se da oposição entre “cadeia” e “constelação”.

Segundo o autor, Lacan emprega o termo constelação a propósito das insígnias, dizendo em seus “Escritos”, mais precisamente no texto “Observações sobre o relatório de Daniel Lagache”: “(...) é a constelação dessas insígnias que constitui para o sujeito o Ideal do Eu” (Lacan, 1960/1998e, p.686). Desse modo, Lacan diz constelação de insígnias porque não se trata de uma cadeia significante. Segundo Miller, a constelação implica em duas teses:

(...) em primeiro lugar, o estatuto significante da insígnia e, logo, o fato de que se trata de um significante solto, no mesmo sentido que o falo. É um significante paradoxal porque não tem par, o qual, falando com propriedade, significa que não está articulado a uma cadeia (Miller, 2006, p.146).

Miller afirma que esta questão se torna crucial quando constatamos que Lacan define o significante por meio de sua articulação, ou seja, quando define o sujeito como aquele que é representado por um significante para outro significante. Lacan fez desse axioma não só a definição do sujeito, como também a do significante em si, o que equivaleria a definir o significante pela sua capacidade ou não de articulação.

Dessa forma, a questão da insígnia não se distingue do significante sem par que exige ser tomado como Um sozinho e contradiz, assim, a fórmula que pretendia que o significante representasse o sujeito para outro significante. O que, no ensino de Lacan, será posteriormente

---

<sup>26</sup> Miller informa que unário é um neologismo, que é usado com bastante frequência tanto na linguagem lógica como na matemática, onde também se emprega o termo binário, termo construído da mesma maneira (Miller, 2006, p.35).

localizado como a lógica paradoxal do significante Um, já aparece aqui referido à insígnia, a qual não podemos dizer que represente o sujeito tal como um significante em relação a outro significante (Miller, 2006, p.147).

Com o termo constelação, Lacan aponta um modo de agrupamento do significante distinto da cadeia, e isto, segundo Miller, traz importantes consequências para a prática da psicanálise. Com a insígnia, Lacan aponta uma identificação primordial que não é, entretanto, uma representação:

(...) o que se trata em relação com a insígnia é captar a identificação ali onde ela não é uma representação, ali onde o sujeito se toma por Um sozinho. (...) Com o termo insígnia, e estabelecido o ideal do eu como uma constelação de insígnias, Lacan aponta, precisamente, a redução do Outro e do sistema significante. Por isso, não há que confundir: o significante vale como insígnia sempre quando está solto, ou seja, fora do sistema (Miller, 2006, p.149).

De acordo com Miller (2006) com a expressão “constelação de insígnias” Lacan indica que esses significantes emblemáticos introduzem um modo de identificação diferente daquele que é o agrupamento dos traços em cadeia significante. No agrupamento em cadeia prevalece a ordem da representação e o significante representa o sujeito perante um outro significante (S1-S2). No entanto, essas marcas distintivas podem também “(...) captar a identificação ali onde ela não é uma representação, ali onde o sujeito se toma por um só. A ideia de constelação de insígnias implica justamente isto” (Miller, 2006, pp.149-150). Assim, com a insígnia, o sujeito se toma pelo Um, por uma substância, uma entidade.

Márcia Rosa (2009), no texto “Da cadeia significante à constelação de letras: os signos de gozo”<sup>27</sup> afirma:

Os traços que o sujeito toma emprestados do Outro em sua constelação de insígnias podem funcionar como significantes civilizadores, mas podem também se soltar do sistema significante, serem extraídos da cadeia significante, e se transformarem em insígnias que existem absolutamente sós. Esses significantes soltos operam fora do sistema simbólico na sua face representativa e comunicativa, fundada na lógica simbólica. Nesse sentido eles operam como letra<sup>28</sup> (Rosa, 2009, p.56).

O paradoxo da insígnia sem par é que se trata de uma construção extremamente econômica, porque destaca as duas identidades de S1: sua identidade como insígnia sozinha (neste ponto, o sujeito advém desse significante) e sua identidade como articulação (Miller,

<sup>27</sup> Esse texto da autora foi originalmente um capítulo da sua tese de doutorado intitulada “Fernando Pessoa e Jacques Lacan: constelações, letra e livro”, defendida no Programa de Pós-Graduação em Letras e Estudos Literários (UFMG), em 2005, sob orientação da Profa. Dra. Maria Ester Maciel de Oliveira Borges. Texto publicado na Revista Agora, Rio de Janeiro, v. XII- jan-jun , 2009, p. 53-73.

<sup>28</sup> Lacan nomeia como *letra* “(...) o suporte material que o discurso concreto toma emprestado da linguagem” e ainda “(...) a estrutura essencialmente localizada do significante” (Lacan, 1998a, pp.498-505).

2006, 153).

De acordo com Miller:

(...) S1 é uma letra, dado que a letra é essa unidade no campo da linguagem que não se refere a outras: (...) entendemos por letra o isso fala, o isso, que subsiste como tal (...) o que caracteriza o S1 sozinho é que - a diferença do esquema S/s- é captado fora dos efeitos de sentido, ou seja, como letra. Lacan formula então, que deste ponto de vista, S1 é homólogo ao objeto a (Miller, 2006, p.344).

Agora retomaremos algumas das particularidades dos casos apresentados até o momento. No primeiro caso apresentado, o da paciente obesa que realizou a cirurgia bariátrica, a forma do sujeito se apresentar evidenciava a impossibilidade de dar tratamento, de sintomatizar, o excesso pulsional oral que a arrebatava, devido à debilidade simbólica. O quadro caracterizava uma neurose, porém onde não se verificava a presença do que conhecemos como sintoma. Havia uma forma de se apresentar em que ficava evidente, por meio do relato de atuações do tipo passagens ao ato, uma “compulsão” por comida e pela acumulação dos mais variados objetos.

O corpo obeso da paciente havia se tornado um “depósito” do excesso, sem outra forma de saída ou elaboração, e aparecia disjunto do sujeito, quase como se o corpo e o indivíduo estivessem separados. Desse modo, o sujeito ficava identificado no lugar de “ser um corpo”, e isso se presentificou na fala da paciente, quando ela se referiu, no início de seu tratamento, a seu corpo como sendo “uma casca”, ou seja, uma “couraça” defensiva que escondia o sujeito. Esse fato dentre outros impossibilitava, inicialmente, o surgimento de uma subjetividade e impossibilitava o acesso às palavras e à associação significante.

A análise apontou que, por meio da fala, pelo relato de acontecimentos que angustiavam, foi sendo possível a modulação do excesso pulsional que massacrava o corpo em atuações “sem sentido”. Essas atuações “sem sentido” adquiriram, a partir do tratamento, outro destino que não o ato. Esse fato também provou importantes mudanças na forma como o sujeito se relacionava com seu corpo. Desta forma, pôde aparecer a construção de algo próximo de um sintoma, que fizesse anteparo ao imperativo de gozo, palavras finalmente impediam a passagem ao ato. Não fica claro qual seria o fantasma do sujeito em questão nesse caso, mas ao que tudo indica, ele aponta para o gozo oral, no “devorar” e “se fazer devorar” na relação consigo mesma e com o Outro.

No caso relatado por Rabinovich (1983) sobre o paciente homossexual perverso, podemos observar, a partir do isolamento do traço de caráter relativo à “generosidade” do

paciente, que esta caracterizava um “aspecto metafórico do eu”. A generosidade surgiu como fruto de uma identificação às insígnias do Outro materno, I (A). Essa generosidade, mais além do Ideal, estava também ligada ao predomínio do fantasma oral, caracterizando uma homossexualidade que girava em torno das relações orais, tanto ativas como passivas.

Em suas relações, o paciente colocava os parceiros no lugar do Outro que demandava a ele, e o gozo se estruturava em ser o objeto, a “garrafa” que era “sugada”, o que respondia a essa demanda ao Outro, na qual o sujeito se entregava à devoração. A fobia infantil ao rato apontava uma suplência com relação à debilidade da função paterna nesse caso. A sintomatização do traço de caráter deu origem a uma pergunta importante que foi marcando presença em sua fala ao longo de sua análise. O paciente passou a se perguntar “Por que tenho que dar?”, por que teria que “sustentar” o Outro?

Nesse caso, Rabinovich (1983) aponta que a generosidade não se resolve do lado do Ideal e não é tão somente uma “estabilização metafórica do caráter”, senão, que se articula com o ser de “garrafa” do paciente e com o gozo que essa posição implica. O problema analítico consiste no fato de que não se trata de modificar um Ideal, mas sim de enfrentar a perda de gozo que a desidentificação a esse objeto acarreta. A problemática do caso remete ao fantasma, cuja travessia poderá decidir o destino dessa “generosidade”. Esse “aspecto real do eu” se resolve e se localiza do lado do “eu não penso” da opção alienante e sua modificação só é possível, segundo Rabinovich, através da queda do objeto *a* ao final da análise, momento em que se comovem a estrutura subjetiva e o “falso ser” em que se funda o fantasma.

No outro caso relatado por Diana Rabinovich (2004), presente em seu livro “Clínica da pulsão: as impulsões”, a paciente obesa se apresenta sem uma questão ou pergunta, mantendo-se durante muito tempo em um relato queixoso e repetitivo de sua vida e de sua relação com o Outro. A paciente também apresentava esse traço de caráter oral evidenciado por sua extrema generosidade e era alguém que atendia prontamente às demandas do Outro, caracterizando um Outro extremamente consistente para esse sujeito, que assumia um “character” (personagem em inglês) de “boa mãe”, “boa trabalhadora” e “boa esposa”.

Nesse caso, a comoção do Outro muito consistente foi fundamental para a sintomatização de sua posição, o que fez com que surgissem a insatisfação, demandas, perguntas e associações, enfim algo semelhante a um sintoma. Rabinovich (2004) aponta, no entanto, que o problema não se esgota na “produção” de um sintoma nesse caso. Mais uma vez, fica evidenciada uma homologia entre o eu e o fantasma, ainda que não se saiba qual é o fantasma da paciente em questão e nem se ele seria do tipo oral, mas poderia também sê-lo, não se pode assegurar. Nesse caso, o sujeito se apresentou, inicialmente, sem condições de

fazer pergunta:

(...) as respostas estão encarnando a resposta fantasmática cuja estrutura definitiva não se conhece, e cujo primeiro esboço aparece nesse lugar homólogo ao fantasma que é o eu encarnando a satisfação pulsional (...) há algo da ordem da satisfação que, ao satisfazer-se nesse “personagem”, deixa o sujeito sem lugar (...) é um sujeito que não pode nos dizer quase nada, salvo nos mostrar, em ato, essa curiosa satisfação muda que lhe dá esse “personagem” particular que desempenha (Rabinovich, 2004, p.60).

Interessante salientar que, nos casos dos pacientes apresentados, podemos observar uma forma de apresentação caracteropática, ainda que com particularidades em cada caso. Em dois casos, os das pacientes obesas, o trabalho analítico pôde promover a inconsistência do Outro e também a do próprio sujeito, o que permitiu o surgimento de queixas e insatisfações e também a redução ou desaparecimento das passagens ao ato. A análise propiciou a construção de algo próximo a um sintoma, que fizesse anteparo à ferocidade da pulsão. No caso do paciente homossexual perverso, é decisivo o traço de caráter observável na “generosidade” do paciente na localização do fantasma de se “deixar devorar” pelos parceiros, ainda que não esteja em questão uma dificuldade simbólica no uso das palavras e na associação livre, conforme observado no relato do caso.

Com relação a sujeitos que se apresentam de forma “caracteropática”, retomemos a noção de couraça em Reich. A “couraça” para Reich representa uma barreira psíquica protetora narcisista, um esforço de autossuficiência, uma defesa. Para Lacan, o imaginário obstaculiza a análise e ele nomeia como armadura imaginária um obstáculo que não se opõe tanto ao mundo exterior nem às pulsões, na medida em que sua definição do imaginário inclui o mundo exterior e o funcionamento pulsional, mas o que experimenta como obstáculo imaginário encarnado nesta armadura diz respeito a uma intenção de ordem simbólica (Miller, 2011a, p.69). Ou seja, haveria uma separação entre “querer gozar” e “querer dizer”.

O conceito reichiano de caráter tem relação, segundo Miller (2011a), com o fantasma Lacaniano, já que este representa a maneira de ser específica de um indivíduo, fazendo com que o conceito global se aproxime da matriz de toda significação para um sujeito, que Lacan isolou como o fantasma. Podemos observar a homologia entre o eu e o fantasma<sup>29</sup> na maneira de representar o modo de ser específico de um sujeito, fazendo, desse modo, com que o conceito de caráter se aproxime, assim, como o fantasma, de toda significação para um sujeito.

---

<sup>29</sup> Rabinovich (1983) aponta que entre o fantasma e o eu existe uma relação de homologia, ou seja, equivalência de posições, não identidade. No grafo da “Subversão do sujeito” de Lacan, observamos a localização de ambos na mesma linha, como resposta a pergunta sobre o desejo do Outro.

Nesses casos, a dificuldade adicional se localiza no fato de não contarmos com um sintoma que ajude a revelar a posição de gozo situada no fantasma. Essa peculiaridade traz maiores dificuldades na intervenção e direção do tratamento.

## 4 A DIREÇÃO DO TRATAMENTO

As intervenções realizadas no tratamento do sujeito citado no fragmento de caso apresentado nessa dissertação foram conduzidas não pelo eixo da interpretação clássica, da significação, da localização dos significantes norteadores e da fantasia fundamental, enfim, do trabalho com o sintoma mais delimitado, pois não contávamos com este. Uma das intervenções que marcaram uma virada, ou melhor, uma entrada do sujeito do inconsciente em cena, tem relação com um momento em que a analista diz à analisante que ela “não era um corpo”.

A paciente muitas vezes falava de maneira bastante concreta, evidenciando um modo de se referir a si mesma como se fosse um corpo apenas. Ela falava do “estômago”, que “aceita ou não aceita a comida”, que esta podia “descer ou não”, que havia chegado do trabalho e “estacionado” na cama, etc. Essa intervenção que causou, em um primeiro momento, surpresa no sujeito, teve como intuito apontar que seu mal-estar não estava relacionado com alguma doença no corpo, mas, sim, que havia dificuldades na sua relação consigo mesma, com os outros, com os rumos de sua vida, etc. Desta forma, tentou-se localizar algo fora desse corpo, que pudesse ser articulado em palavras.

Através das intervenções, a direção do tratamento tentava sempre suscitar algum enigma em relação ao que o sujeito dizia, manifestando espanto e curiosidade com frequência, especialmente quando aparecia em sua fala esse sujeito “fora da cena” (passando ao ato), fora da possibilidade de dizer algo sobre seu ato<sup>30</sup>. Através dessa forma de pergunta, que não passava pela interpretação, tentava-se perturbar algo, para que, com algum fiapo de sentido, pudséssemos dar um contorno, uma borda ao desvario pulsional, e, com isso, localizar melhor os pontos de angústia.

Outro ponto importante foi “concordar” com ela em relação as suas reclamações relativas às demandas incessantes da família e dos colegas de trabalho, em uma tentativa de que a consistência do Outro começasse a vacilar e algo de uma separação mais eficaz com relação a esses Outros pudesse surgir. Aos poucos o sujeito foi iniciando o deslocamento da posição de objeto oral, na qual estava fixada, objeto consumido pelo Outro.

Esses momentos, ao longo do tratamento, propiciaram ao sujeito o início de seu

---

<sup>30</sup> Lacan (2005) afirma: “O que p o sintoma? e o vazamento da torneira. A passagem ao ato corresponde a abri-la sem saber o que se está fazendo. Produz-se alguma coisa na qual se libera uma causa, por meios que nada têm a ver com essa causa...” (Lacan, 2005, p.349).



trabalho com o inconsciente, o qual, finalmente, pode manifestar-se em palavras ao invés de atos, possibilitando assim a construção e elaboração de uma história que localizasse o que causava sofrimento. Assim, tornou-se possível que um gozo desmedido se conectasse com algum sentido em termos de direção (Tarrab, 2006), para que ocorresse a tradução em saber do que antes se apresentava como puro gozo.

Mesmo com os grandes avanços obtidos, ainda surge, em alguns momentos da fala do sujeito, a menção a “uma força” que a impele a comer “para preencher o vazio do estômago”. Outro fato importante é a constatação, cada vez mais clara para ela, de que o tamanho reduzido do estômago não lhe impedirá de se deixar levar pela “com - pulsão” quando o mal-estar surge.

#### **4.1 Algumas contribuições para a direção do tratamento:**

A seguir traremos algumas contribuições de autores que têm refletido no sentido de construir uma direção para o tratamento em casos onde há dificuldades no trabalho analítico devido à precariedade simbólica, precariedade que resulta na dificuldade de constituição de uma queixa ou questão que possa ser sintomatizada.

Miller, em seu décimo sétimo Curso de Orientação Lacaniana, intitulado “La experiência de lo real en la cura psicoanalítica” (2011a), propõe quanto à direção do tratamento, a interpretação como “perturbação” para tratarmos de algumas manifestações frequentes na clínica contemporânea. A estratégia da intervenção como “perturbação” é interessante porque introduz algo que vai mais além do inconsciente; essa perturbação visa retirar o efeito de sentido gozado do corpo, e, para tal, atua pelo viés da surpresa, com a finalidade de mobilizar algo desse corpo e de cindir o sujeito (Miller, 2011a, p.135). Trata-se de perturbar a defesa<sup>31</sup> quando o sujeito se apresenta pelo fazer com o corpo em lugar do dizer.

Na figura 7, reproduzimos o esquema feito por Miller neste curso (2011a, p. 134), em que aponta a interpretação por perturbação como uma forma de abordar o que se apresenta como defesa.

---

<sup>31</sup> Defesa: Freud designa por esse termo o conjunto das manifestações de proteção do eu contra as agressões internas (de ordem pulsional) e externas, suscetíveis de constituir fontes de excitação e, por conseguinte, de serem fatores de desprazer. As diversas formas de defesa em condições de especificar afecções neuróticas costumam ser agrupadas por meio da expressão “mecanismos de defesa” (Roudinesco & Plon, 1998, p.141).

Simbólico	Real
Sintoma	Caráter
Recalque	Defesa
Desejo	Gozo
Inconsciente	Pulsão
Interpretação	
Deciframento	Perturbação

Figura 7:

Fonte: Miller, 2011a, p. 134

O último ensino de Lacan<sup>32</sup>, que se caracteriza por dirigir-se ao sujeito em outro terreno que o do recalcado, evidencia uma prática de cura orientada pela antinomia entre real e semblante<sup>33</sup>, prática que re-situa o que é da ordem da interpretação do recalcado e privilegia o real sobre o semblante (Miller, 2004).

Por isso, é importante diferenciarmos a defesa do recalque<sup>34</sup>. Em “Inibição, sintoma e ansiedade” (1926/1976b)- no adendo C, intitulado “Recalque e defesa” - Freud diz explicitamente que durante algum tempo usou a palavra “recalque” em lugar da expressão “processos defensivos”, reconhecendo que não estava ainda certo das relações entre as duas. Ele esclarece:

Constituirá uma vantagem indubitável, penso eu, reverter ao antigo conceito de “defesa”,

<sup>32</sup> Jacques-Alain Miller definiu inicialmente, em caráter didático, como “primeiro ensino de Lacan ou “primeira clínica”, a época do ensino de Lacan onde o simbólico tinha primazia na teoria, o que equivale às elaborações Lacanianas dos anos 1950. Já nos anos 1960 em diante, tem início a época do ensino de Lacan que Miller nomeou como “segunda clínica”, onde o real e o gozo ganham cada vez mais evidência. No curso “La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica” (Miller, 2011a), Miller propõe uma divisão do ensino de Lacan em seis momentos, onde o critério dessa divisão é o gozo, mostrando a modulação de suas significações ao longo do ensino de Lacan.

<sup>33</sup> A noção de semblante aparece em um momento já avançado da obra de Lacan, mais exatamente após a formulação dos quatro discursos (Lacan, 1969-1970), nos quais ele indica o lugar de agente como o próprio lugar do semblante, para então, no seminário seguinte (Lacan, 1971), afirmar que não há discurso que não seja semblante. Há, na língua francesa, variados usos para o termo semblante, na maioria das vezes, referidos à ideia de falso, de simulacro, de engano ou de fingimento. Expressões em francês como *faire semblant*, ou ainda *faire semblant rien*, são portadoras dessa marca negativa, de certa aparência que insiste em dissimular a verdade. Na psicanálise, ao contrário, as considerações sobre o semblante tomam outra vertente que a do engodo, indicando tratar-se da própria verdade do sujeito, já que é na interceptação entre simbólico e real que a dimensão do semblante deve advir (Machado, C. (2009). “Semblante e Verdade”. In *Revista Latusa Digital*, 37, (pp.01-04).

<sup>34</sup> O recalque (*Verdrangung*) designa o processo que visa manter no inconsciente todas as ideias e representações ligadas às pulsões e cuja realização, produtora de prazer, afetaria o equilíbrio do funcionamento psicológico do indivíduo, transformando-se em desprazer. Freud considera que o recalque é constitutivo do núcleo original do inconsciente (Roudinesco & Plon, 1998, p.659).

contanto que o empreguemos explicitamente como uma designação geral para todas as técnicas das quais o eu faz uso em conflitos que possam conduzir a uma neurose, ao passo que conservamos a palavra “recalque” para o método especial de defesa, como qual a linha de abordagem adotada por nossas investigações nos tornou mais bem familiarizados no primeiro plano. (Freud, 1926/1976b, p.188).

Freud esclarece que o conceito de defesa abrange todos os processos que tenham a mesma finalidade, quando o recalque se mostra insuficiente para dar conta das exigências pulsionais e da angústia de castração. Ele diz acerca da função da defesa: “(...) a saber, a proteção do eu contra as exigências instintuais e para nele classificar o recalque como um caso especial.” (Freud, 1926/1976b, p. 189). O autor afirma ainda que a importância na diferenciação desses processos é realçada se consideramos a possibilidade de que as investigações psicanalíticas posteriores revelem haver estrita ligação entre as formas especiais de defesa e doenças específicas.

De acordo com Miller (2011a), a defesa qualifica de maneira eletiva a relação subjetiva com o real. Ela caracteriza uma defesa primária, uma relação inaugural do sujeito com o real. A abordagem do real se inscreve em primeiro lugar em termos de defesa e não de apetite, harmonia ou cálculo (Miller, 2011a, p.51). O autor afirma ainda que, do mesmo modo que dividimos “real e semblante”, podemos separar “defesa e recalque”. O recalque aponta o valor de um significante recalcado e tem relação com a cadeia discursiva, caracterizando uma resistência contra a emergência da verdade, e a defesa, ao contrário, aponta a outra operação e não recai sobre um significante.

Miller assinala que os analistas dos anos 1920, como Reich, tinham, a sua maneira, uma orientação para o real. No entanto, eles não a faziam da boa maneira, pois tentavam, de modo pouco habilidoso, ir além do semblante para ter uma relação com o real. Ou seja, mais do que escutar o paciente, havia que se observar seu comportamento, suas maneiras, sua atitude, tal como a análise do caráter de Reich.

A interpretação como perturbação tem como destino o parlêtre<sup>35</sup>, de onde a função do inconsciente se completa com o corpo. Essa modalidade de interpretação exige do analista um aporte, como o olhar, a voz, a entonação, o gesto e a pantomima. A interpretação como perturbação aborda o corpo e a figura pelo viés da surpresa, franqueando ao sujeito uma saída.

Com relação à preparação para o trabalho analítico, Máximo Recalcati em “A questão preliminar na época do Outro que não existe”, afirma que passa a se impor na clínica uma valorização particular da assim denominada “relação terapêutica”, no que diz respeito à ação da interpretação (Recalcati, 2004). Segundo ele, é necessário preparar as condições que

---

<sup>35</sup> *Falasser* ou “ser falante”.

tornem eficazes uma interpretação, sendo preciso operar preliminarmente uma retificação do Outro em vez do sujeito. Isto significa encarnar, como analista, um Outro diverso daquele real que o sujeito encontrou em sua história e que se apresenta como um Outro incapaz de operar com a própria falta:

Se a entrevista preliminar na clínica clássica da neurose insistia em ressaltar a retificação da posição do sujeito e, assim, numa modificação radical da demanda como efeito de uma assunção da responsabilidade subjetiva, a nova clínica impõe uma mutação radical da oferta. Deve-se ofertar, segundo o autor, um “Outro-parceiro” para o sujeito presa de um excesso de gozo que parece extinguir o poder da palavra e anular a própria existência do inconsciente (Recalcati, 2004, p.7).

Miller (2004) afirma que, em alguns casos, seria o laço transferencial que atuaria como pivô da relação analítica, sendo o amor de transferência, e não mais o sujeito suposto saber (SSS), o aspecto mais fundamental para fazer existir o inconsciente como saber na experiência analítica. O amor teria a função de fazer a mediação frente a um inconsciente que não se apresentaria como saber articulado na cadeia S1-S2, ou seja, apresentar-se-ia como inconsciente real, onde S1 e S2 se mostram radicalmente separados (S1//S2). Por meio da transferência analítica, na qual o amor se dirige ao saber suposto, tornar-se-ia possível fazer existir a relação analítica.

Um dos caminhos possíveis de intervenção nesse sentido é a construção, possibilitada pelo analista, de um sintoma que faça uma ligação ou conexão com o inconsciente. Maurício Tarrab, em seu texto “Produzir novos sintomas” (2006), explica que essa seria uma tentativa de conseguir que um gozo desmedido se conecte com algum sentido, que poderia produzir o acesso ao inconsciente.

Desse modo, aspira-se conseguir que esse gozo opaco e solitário seja cifrado no inconsciente e que possa, posteriormente, ser decifrado. Assim, o gozo se articularia ao sentido, não necessariamente como sinônimo de significação, mas em termos de direção, de vetorialização. A aposta analítica seria que se traduzisse em termos de saber o que se realiza como gozo. Como resultado, obter-se-ia uma nova orientação para esse gozo, promovendo um *savoir-y-faire*, um saber-fazer com.

Diana Rabinovich (2004) afirma que se exige um longo trabalho prévio em casos onde predomina a defesa, antes que o paciente possa ocupar o lugar de sujeito em análise, lugar que seria, por excelência, o lugar do sujeito dividido. Em relação a esse ponto, esses sujeitos podem ser caracterizados fenomenologicamente como esféricos, “duros” (Rabinovich, 2004, p.39). Esta preparação para o trabalho analítico seria necessária, pois um sujeito imerso no gozo não seria capaz de endereçar qualquer questão ao analista e, por isso, a própria

associação livre estaria comprometida.

A possibilidade de que este “personagem” fique incomodado consigo mesmo é o ponto em que ele pode vir a pedir algo através do qual ele pode surgir como sujeito. A inconsistência do Outro muitas vezes não se apresenta para o sujeito com esse tipo de formação sintomática, e o que surge são reclamações com relação ao Outro, o que não é a mesma coisa. Por isso, o analista poderia, através dessas reclamações, abrir caminho para um questionamento deste Outro em sua consistência excessiva. Isso pode fazer com que o ganho de gozo dessa posição de objeto oral, quer dizer, desta posição de responder imediatamente à demanda do Outro, na qual o sujeito se oferece, vacile um pouco (Rabinovich, 2004, p.58).

Rabinovich alerta que não se trata, por parte dos analistas, no manejo das intervenções com esses sujeitos “esféricos”, nos quais, aparentemente nada faz furo, de que esses:

(...) saquem a broca e tratem de furar a pedra; entenda-se: de comover a golpes e fazer um furo à força. Já não se faz sob a forma da análise das resistências, coisa que aprendemos a não fazer com Lacan (...) Não é nossa função cavar a falta. Porque cavar a falta é o que faz a própria estrutura. A falta está na estrutura, não se há que cavá-la. Qual é nossa função? É promover a passagem da opção alienante do “eu não penso” ao “eu não sou” (Rabinovich, 2004, p.64).

A respeito da direção do tratamento, Rabinovich retoma o esquema da alienação de Lacan, em seu livro “Clínica da pulsão: as impulsões”, publicado originalmente em 1989, para articular seus desenvolvimentos teóricos com o caso apresentado. Com esse intuito, a autora recorre à opção alienante, que é apresentada em “O Seminário 14: a lógica do fantasma”, originalmente publicado em 1966-1967. Lacan (1966-1967, citado por Rabinovich, 1989/2004, pp.117-135) faz uma disjunção entre um “ou eu não penso ou eu não sou”. Retomar esse desenvolvimento teórico nos auxiliará a esclarecer este “não pensar” manifestado pela paciente em nosso fragmento de caso.

Na figura 8, Lacan apresenta o esquema da alienação.

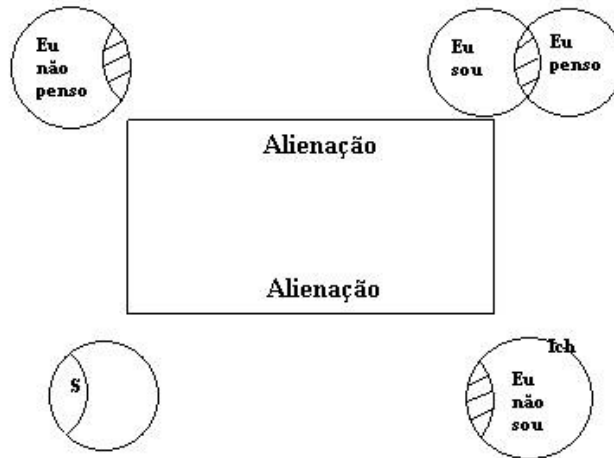


Figura 8: Esquema da alienação

Fonte: Recuperado em 11 de agosto de 2011, de <http://www.tellesdasilva.com/fantasma-7.html>.

Na posição relacionada ao “eu não penso”, estamos diante de uma articulação particular entre o fantasma e a pulsão pelo lado da escolha do “eu não penso” (Rabinovich, 1989/2004, p.59). Esta forma de assumir o eu faz com que o sujeito se apresente sem um sintoma, mas situado em uma forma de ser que não faz pergunta. A escolha do “eu não penso” permite que surja algo cuja essência é ser “não eu”, ou seja, algo que se sustenta por não ser eu. Este não eu se “positiviza” em uma forma particular que é o Isso freudiano.

Quando o “não penso” se “positiviza”, surge um ser que se afirma no Isso freudiano. Lacan diz que o isso do qual se trata na alienação não é a primeira, nem a segunda, nem a terceira pessoa (Lacan, 1966-1967, citado por Rabinovich, 1989/2004, p.130). No isso em questão, nos aproximamos de enunciados tais com isso brilha, isso mexe, isso chove. O isso não se enuncia por si mesmo, pois ele é, propriamente falando, o que, no discurso, como estrutura lógica gramatical, exatamente tudo o que não sou eu. Esta estrutura gramatical é o próprio suporte do que se trata na pulsão, no fantasma “uma criança é espancada”.

A estrutura dessa frase, “uma criança é espancada”, não se comenta, ela simplesmente se mostra. Não há outra maneira de fazer funcionar a relação do eu como ser-no-mundo senão passar por esta estrutura gramatical, que não é outra coisa senão a essência do isso. Lacan afirma, no seminário em discussão, que a escolha obrigatória, no sentido da alienação, é a que leva a este tipo de posição. Esta forma de assumir o eu, que faz com que o sujeito se apresente sem uma pergunta, é a que leva ao “eu não penso”, e, por outro lado, a opção da análise p a que leva ao “eu não sou” (Lacan, 1966-1967, citado por Rabinovich, 1989/2004, p.128). Esses pontos desenvolvidos por Lacan sobre a opção alienante são muito importantes, pois sabemos que existem sujeitos, como por exemplo alguns obesos mórbidos, que chegam ao tratamento fixados na posição do “eu não penso”, como no caso da paciente cujo fragmento

de caso é apresentado nessa dissertação. Por essa razão, esses pacientes parecem ficar sem instrumentos para o trabalho de associação pela palavra, sem instrumentos que possam produzir um saber-fazer melhor com o gozo que invade o corpo. Este funcionamento acéfalo culmina muitas vezes na devoração do alimento, devoração que pode ser lida como uma passagem ao ato, na qual o sujeito sai da cena.

A direção do tratamento deve propiciar a passagem da opção alienante do “eu não penso” ao “eu não sou”, para que possa ocorrer a perda de gozo necessária, perda que poderá abrir caminho às formações do inconsciente.

## CONCLUSÃO

Na Introdução dessa dissertação, tentamos localizar em nossa investigação, algumas características da sociedade em que vivemos que podem dar pistas do aumento de patologias<sup>36</sup> como a obesidade mórbida, onde a atuação mortífera sobre o corpo parece preponderante. A falência e fragilidade do Nome-do-Pai em sua regulação do gozo leva ao ápice o objeto *a* em sua vertente de imperativo de gozo. Esse fato tem como consequência a obturação da falta, da divisão subjetiva que pode ocasionar uma demanda, o que causa problemas na constituição do sintoma, da queixa, de uma pergunta do sujeito acerca do seu mal-estar.

A partir da apresentação da questão, acompanhamos o aumento do fenômeno da obesidade em quantidade e gravidade dos casos, em todas as idades e classes sociais. Surgiram também novas formas de tratamento ofertadas pela ciência médica, sendo a cirurgia bariátrica a técnica mais utilizada atualmente nos casos de obesidade mórbida. No entanto, a técnica cirúrgica por si só, não pode ser entendida como “cura” para a compulsão por comida, para a obesidade. A cirurgia bariátrica não dá conta das questões inconscientes que estão em jogo na relação do sujeito consigo mesmo e com o Outro e que se mostram decisivas no ganho e na manutenção do peso.

O caso que nos levou à investigação que resultou nessa dissertação teve origem na clínica. Posteriormente, nos deparamos com alguns casos na literatura psicanalítica, nos quais a forma de se apresentar do sujeito, seu modo de “ser”, não tornava possível inicialmente, localizar uma questão, uma pergunta, ou algo próximo do que conhecemos como sintoma. O que saltava aos olhos era a presença de um funcionamento pulsional que levava a atos em detrimento da fala, de um dizer, atos que caracterizavam, principalmente, passagens ao ato.

Já que em muitos desses casos não contamos inicialmente com algo próximo de um sintoma, fomos pesquisar na literatura psicanalítica, a partir de Freud, subsídios teóricos que nos auxiliariam a compreender melhor essa apresentação não-sintomática tão frequente na clínica contemporânea. Localizamos então a noção de caráter em psicanálise, que Freud diferenciou do sintoma.

Freud afirmou que a solução psíquica da construção do caráter seria vista como alternativa a neurose, devido ao fato de, no caso do caráter, as excitações psíquicas não terem

---

<sup>36</sup> Temos constatado na clínica contemporânea o aumento de patologias como a toxicomania, a anorexia, a bulimia, dentre outras. Como características comuns, podemos observar que, nesses casos, o sofrimento psíquico manifesta-se, predominantemente, em atos que têm o corpo como destino, em detrimento da queixa ou de um sintoma que pede decifração.



sido totalmente contidas pelo mecanismo do recalque, ao contrário da solução pela via do sintoma<sup>37</sup> (Freud, 1905/1972b). Freud também abordou no trabalho “Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho analítico” (1916/1974a), por meio de fragmentos clínicos e exemplos literários, casos que seriam exceções à constituição dos sintomas neuróticos. Nessa mesma época de sua obra, localizam-se as “Conferências Introdutórias” (1916-1917/1974) onde ele aborda as vertentes do sintoma, o que evidencia que sintoma e caráter são mecanismos psíquicos distintos.

A noção de caráter foi desenvolvida também por discípulos de Freud, como Karl Abraham, em especial no que ele descreveu como “caráter oral”, e Wilhem Reich e sua proposta de abordagem e tratamento do caráter dos pacientes. Através das elaborações desses psicanalistas, podemos constatar que eles isolaram uma forma de apresentação subjetiva onde o pulsional, o gozo e a satisfação eram predominantes e por isso, mais avessos à interpretação e mais trabalhosos em relação ao manejo das intervenções por parte do analista.

Diana Rabinovich (1983) abordou a problemática do caráter através de um caso clínico, onde definiu o caráter como uma “forma sintomal do eu”. Ela tratou da constituição do eu ao longo do ensino de Lacan, dando especial ênfase a seu aspecto real, que resiste à interpretação significativa. Rabinovich postulou a existência do gozo no centro do eu, o que acarretaria o aspecto inercial deste. Ainda no núcleo do eu estaria o objeto a, na vertente de objeto mais-de-gozar, o que tornaria o sujeito consistente. No entanto, essa suposta consistência constituinte do eu dificultaria o acesso à subjetividade, que se dá por meio da articulação significativa. O caráter, ao possuir essa “forma sintomal do eu”, teria como características sua inércia e resistência à abordagem significativa.

Miller retomou na história da psicanálise, a noção de caráter, em seu curso intitulado “La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica” (2011a) Ele abordou as diferenças entre caráter e sintoma a partir do livro de Reich, intitulado “Análise do caráter” (1933). A proposta de tratamento analítico feita por Reich evidenciou, segundo Miller, o encontro dos analistas daquela época com o real, com a inércia do simbólico, da palavra, do sentido. Nesse sentido, ainda que Lacan tenha feito várias críticas e observações quanto à condução clínica e postulados teóricos dos analistas do caráter, Miller afirma que é importante salientar que seus esforços surgiram do encontro na clínica com questões que não respondiam às ferramentas teóricas e clínicas existentes na época. Com a noção de caráter, foi localizado um modo de

---

<sup>37</sup> Interessante constatar que Freud assinalou a insuficiência do mecanismo do recalque com relação ao caráter, o que evidencia sua diferença com relação ao sintoma. Como resultado desse processo, podemos compreender a dificuldade na sintomatização dos atos por parte do paciente, já que o caráter está mais relacionado ao mecanismo de defesa e não ao retorno do recalçado.

gozo de difícil abordagem no tratamento analítico.

Miller percorreu em seu curso intitulado “Los signos del goce” (2006), os desdobramentos do último ensino de Lacan em relação ao traço unário, significante unário e a insígnia ou signo de gozo, diferenciando a insígnia e sua constelação do significante que se articula em cadeia que promove a associação, típica do funcionamento inconsciente.

A cadeia significante estaria em oposição à constelação de insígnias, sendo a insígnia definida como um significante imaginário, que apareceria no lugar da significação. A insígnia caracteriza um significante solto, não articulado à cadeia S1-S2, e que, por essa razão, não poderia representar o sujeito tal como um significante em relação a outro significante. Com a insígnia, o sujeito se tomaria por uma substância, uma entidade, estando fora do sistema simbólico na sua face representativa e comunicativa, excluído dos efeitos de sentido, surgindo como letra de gozo.

A abordagem dessas elaborações localizadas no final do ensino de Lacan realizada por Miller é valiosa para refletirmos acerca das diferenças entre a apresentação subjetiva “caracteropática” ou não-sintomática com as quais temos, cada vez mais, nos deparado na clínica e a neurose com sintomas clássicos claramente delineados.

Talvez possamos supor que o que se apresenta como traço de caráter em alguns sujeitos tenha, em termos Lacanianos, o estatuto de insígnia, de letra de gozo, de significante solto, em detrimento de significantes que fazem cadeia e comportam sentido, e, portanto, mais afeitos à interpretação.

## REFERÊNCIAS<sup>38</sup>

- Abraham, K. (1970). *Teoria psicanalítica da libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1924).
- American Society of Bariatric Consensus (2002). Gainesville, FL. Recuperado em 07 de março de 2010, de <http://www.asbs.org/>.
- Franques, A. R. M. (2003). Participação do psiquiatra e do psicólogo na fase perioperatória: participação do psicólogo. In Garrido Júnior, A. B. (Org). *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Atheneu.
- Freud, S. (1972a). O método psicanalítico de Freud. (pp. 254-262). In Freud, S. *Um caso de histeria, três ensaios sobre sexualidade e outros trabalhos*. (Vol. VII). ESB. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1904).
- Freud, S. (1972b). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. (pp. 135-250). (Vol. VII). ESB. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905).
- Freud, S. (1974a). Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho analítico (pp.351-377). In Freud, S. *A história do movimento psicanalítico: artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos* (Vol. XIV). ESB. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1916).
- Freud, S. (1974b). O instinto e suas vicissitudes (pp. 137-162). In Freud, S. *A história do movimento psicanalítico: artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos* (Vol. XIV). ESB. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (1976a). Caráter e erotismo anal. (p. 175-181). In Freud, S. *Gradiva de Jensen e Outros Trabalhos*. (Vol IX). ESB, Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1908).
- Freud, S. (1976b). Inibições, sintomas e ansiedade. (p. 95-200). In Freud, S. *Um estudo autobiográfico, inibições sintoma e ansiedade, a questão da análise leiga e outros trabalhos*. (Vol. XX). ESB. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926).
- Freud, S. (1976c). *O ego e o id* (pp. 32-89). (Vol. XIX). ESB. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923).
- Freud, S. (1976d). O sentido dos sintomas (pp. 305-322). In Freud, S. *Conferências introdutórias* (Vol. XVI). ESB. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1916-1917).

---

<sup>38</sup> De acordo com o estilo APA - *American Psychological Association*.

- Freud, S. (1976e). Os caminhos da formação do sintoma (pp. 419-439). In Freud, S. *Conferências introdutórias* (Vol.XVI). ESB. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1916-1917).
- Garrido Júnior. A. B., Ferraz E.M., Barroso F.L., Marchesini, J.B., Szego, T. (2003). *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Atheneu.
- Lacan, J. (1985a). *O seminário 02: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1954-1955).
- Lacan, J. (1985b). *O seminário 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1964).
- Lacan, J. (1985c). *O seminário 20: mais ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1972-1973).
- Lacan, J. (1992). *O seminário 08: a transferência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1960-1961).
- Lacan, J. (1995). *O seminário 04: A relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1956-1957).
- Lacan, J. (1998a). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. (pp. 496- 533). In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1957).
- Lacan, J. (1998b). Conferência em Genebra sobre o sintoma. In *Opção Lacaniana*, n 23, (pp. 06-16). (Trabalho original publicado em 1975).
- Lacan, J. (1998c). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. (pp. 238-324). In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1953).
- Lacan, J. (1998d). O estádio do espelho como formador da função do eu (pp. 96-103). In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1949).
- Lacan, J. (1998e). Observações sobre o relatório de Daniel Lagache. (pp. 653-691). In Lacan, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1960).
- Lacan, J. (1998f). Variantes do tratamento-padrão (pp- 323-364). In Lacan, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1955).
- Lacan, J. (1999). *O seminário 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1957-1958).
- Lacan, J. (2003a). Os complexos familiares na formação do indivíduo (pp. 29-90). In Lacan, J. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1938).

- Lacan, J. (2003b). Radiofonia (pp.400-447). In Lacan, J. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1970).
- Lacan, J. (2003c). Televisão (pp. 508-543). In Lacan, J. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1973).
- Lacan, J. (2005). *O seminário 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1962-1963).
- Leclaire, S. (1992). *O corpo erógeno: uma introdução à teoria do Complexo de Édipo*. São Paulo: Escuta.
- Miller, J. A. (2004). Uma fantasia. In *Opção Lacaniana*, n. 42, (pp.07-18).
- Miller, J. A. (2006). *Los signos del goce*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J. A. (2009). *Perspectivas dos escritos e outros escritos de Lacan: entre desejo e gozo*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- Miller, J. A. (2011a). *La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J. A. (2011b). Seminário sobre os caminhos da formação dos sintomas. *Opção Lacaniana*, n 60, (pp. 11- 36).
- Nasser, D. Elias, A. (2003). Indicação de tratamento cirúrgico da obesidade grave. In Garrido Jr. Arthur (orgs). *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Atheneu.
- Quinet, A. (1988). *O corpo e seus fenômenos*. Belo Horizonte: Papéis do Simpósio.
- Rabinovich, D. (1983). La teoría del yo en la obra de Jacques Lacan (pp.01-17). In *Dos dimensiones clínicas: sintoma e fantasma*. Buenos Aires: Fundación Del Campo Freudiano em Argentina, Manantial.
- Rabinovich, D. (2004). *Clínica da pulsão: as impulsões*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, José Nazar Editor. (Trabalho original publicado em 1989).
- Recalcati, M. (2002). O demasiado cheio do corpo: por uma clínica psicanalítica da obesidade. *Ornicar? Digital*, 199. Recuperado em 09 de maio de 2010.
- Recalcati, M. (2004). A questão preliminar na época do outro que não existe. *Latusa Digital*. Recuperado em 20 de junho de 2010, de [http://www.latusa.com.br/pdf\\_latusa\\_digital\\_7\\_a2\\_.pdf](http://www.latusa.com.br/pdf_latusa_digital_7_a2_.pdf).

- Reich, W. (1975a). The Impulsive Character: a Psychoanalytic Study of Ego Pathology. In: *Early Writings*, 1. New York, Farrar, Straus and Giroux, (pp. 237-332). (Trabalho original publicado em 1925).
- Reich, W. (1975b). Two Narcissistic Types. In *Early Writings*, 1, New York, Farrar, Straus and Giroux, (pp.133-142). (Trabalho original publicado em 1922).
- Reich, W. (1979). *Análise do caráter*. São Paulo, Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1933).
- Rosa, M. (2009). Da cadeia significativa à constelação de letras: os signos de gozo. *Ágora*, Vol. XII (pp.53-73).
- Roudinesco, E. & Plon. M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Shiraga, E. (2006). A doença obesidade e a atuação da equipe multidisciplinar no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida . In A. R. M. Franques & M. S. Arenoli-Loli (Orgs). *Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade*. São Paulo: Vetor.
- Tarrab, M. (2006). Produzir novos sintomas. In. *Asephallus- Revista Eletrônica do Núcleo Sephora*, (pp. 01-05). Recuperado em 25 de junho de 2010, de [http://www.isepol.com/asephallus/numero\\_02/artigo\\_05port\\_edicao02.htm](http://www.isepol.com/asephallus/numero_02/artigo_05port_edicao02.htm).
- Trobas, G. (2005). Angústia moderna, angústia de sempre. *Curinga*, 21. (pp. 17-28).