

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

**O ACONTECIMENTO DE CORPO EM UM CASO DE SÍNDROME
DE PÂNICO**

GEORGIANA FURTADO FRANCA

**RECIFE
2008**

GEORGIANA FURTADO FRANCA

**O ACONTECIMENTO DE CORPO EM UM CASO DE SÍNDROME
DE PÂNICO**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, pela Universidade Católica de Pernambuco, na linha de pesquisa em Psicanálise e Psicopatologia Fundamental.

ORIENTADOR (a): Prof^a. Dra. Edilene Freire de Queiroz

RECIFE
2008

F814a

Franca, Georgiana Furtado

O acontecimento de corpo em um caso de
síndrome de pânico / Georgiana Furtado Franca ;
orientadora Edilene Freire de Queiroz, 2008.
91 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica
de Pernambuco – UNICAP. Pró-reitoria Acadêmica.
Coordenação Geral de Pós-graduação. Curso de
Mestrado em Psicologia Clínica, 2008.

1. Psicologia clínica. 2. Distúrbios do pânico. 3.
Psicanálise. 4. Psicopatologia. I. Título.

CDU 159.964.2

O ACONTECIMENTO DE CORPO EM UM CASO DE SÍNDROME DE PÂNICO

GEORGIANA FURTADO FRANCA

Dissertação aprovada em: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Profª Dra. Edilene Freire de Queiroz (Orientadora)

Prof. Dr. Zeferino de Jesus Barbosa Rocha

Profª Dra. Eugênia Tereza Castelo Branco C. Krutzen

Ao meu paciente Pedro, alicerce para
edificação desse trabalho.

DEDICO

AGRADECIMENTOS

“Deixar-se persuadir pelo inesperado, suspender o saber ou deixá-lo rater são possibilidades para que a surpresa aconteça”. (Freud).

Agradeço a todos vocês: Meu pai, *Argemiro Brito Monteiro da Franca*, semente de dedicação, compreensão e entusiasmo durante todo o caminho do mestrado; minha mãe, *Maria Carmen de Mendonça Furtado*, símbolo de proteção e ajuda múltipla em minha vida; meus irmãos, *Georgina, Giuliana e Argemiro Filho*, exemplos de amor e união em todos os momentos dessa jornada. E, de forma especial, a minha querida filha, *Maria Carmen Franca Ramalho*, agradeço a você, pela sua paciência, renúncia e esperança, durante todos os momentos em que precisei me ausentar, para poder realizar mais um sonho, no qual você sempre esteve presente.

Ao meu cunhado, *Marcondes Diniz*, pessoa da minha estima e admiração, muito obrigada pela transmissão de força, atenção e confiança, durante esse percurso.

A *Severino Saraiva Neto*, enorme a satisfação de ter estado a seu lado nos momentos mais difíceis da produção da escrita, pois com seu estilo alegre e divertido, soube me fazer sorrir e acreditar na possibilidade de um amanhã mais leve e promissor.

Aos meus tios: *Aluísio Franca e Mirtze Chianca Franca; Sílvio de Mendonça Furtado e Rosângela de Mendonça Furtado*, por meio de significantes situações se fizeram presentes, diria nas mais diversas, em que me vi precisando de apoio. A vocês, meu afeto e respeito.

Aos meus eternos irmãos: *Irailton César Marques de Sá e Adriana Karla Jerônimo Marques de Sá*, agradeço pelas vossas hospitalidades, quando precisei permanecer em Recife. É forte, a lembrança de um bom acolhimento, carinho e proteção, que partiram de vocês.

A minha querida *Edilene Freire de Queiroz*, minha orientadora, com sua marca de compreensão, transmissão de saber e força nessa caminhada, reconheço

que sem esse *trois pied* particular do seu estilo de ser, teria sido quase impossível a realização desse projeto.

Aos meus professores: *Zeferino Rocha, Nanette Frej, Maria de Fátima Vilar, Luciana Vieira, Zélia Maria de Melo, Cristina Brito Dias*, meus sinceros agradecimentos pelos momentos de alegria e satisfação em sala de aula, durante as discussões das nossas idéias.

A todos os meus colegas da oitava turma, rica e gratificante foi a passagem de tê-los comigo durante a construção dos saberes e na descontração em sala de aula, minhas saudades e fortes lembranças desse tempo.

A todos aqueles que fazem parte da secretaria do mestrado, de forma especial, à *Nicéias* e à *Nadjanara*, pelas suas escutas e palavras de orientação e conforto nos momentos difíceis no decorrer do estudo.

À *Eugênia Tereza Castelo Branco C. Krutzen*, por ter aceitado o convite para fazer parte da banca de examinadores, como também pelas boas e construtivas contribuições que me foram concedidas nessa última etapa.

Aos meus inesquecíveis supervisores clínicos e amigos: *Henry Krutzen, Cleide Pereira Monteiro, Cassandra Dias, Myrna Maracajá, Sandra Garcia, Guiomar Ferreira e Orlando Vilar*, exemplos de orientação, atenção, estímulo e compreensão na realização desse objetivo.

A *Eugênio Ribeiro Nascimento*, pela sua paciência e atenção em situações que me vi sem condições de avançar, diante das dificuldades da informática.

A *Deus*, por ser a grande fortaleza em meu viver, e por ter me abençoado com essa nova conquista.

RESUMO

O presente estudo se propõe analisar os sintomas físicos manifestados na Síndrome de Pânico, enfocando-os não como reações fisiológicas, mas como eles se organizaram, psiquicamente, ou seja, como acontecimento corporal no sentido tomado por Czermak, ao referir-se à clínica do real em Lacan, que privilegia o corpo e suas intensidades. Trata-se de uma pesquisa psicanalítica, na qual utilizaremos fragmentos de um caso clínico de um jovem de vinte e nove anos, do sexo masculino, casado, cujo diagnóstico psiquiátrico é de Síndrome de Pânico. Nosso objetivo é buscar as significações metapsicológicas dos sintomas físicos manifestados. Para tanto, apresentaremos as significações dadas pelo paciente aos seus sintomas corporais, distinguindo-as das manifestações fisiológicas desencadeadas pelo pânico, descritas na síndrome. As representações corporais serão entendidas como uma memória corporal que se manifesta na transferência. Nosso propósito é compreender, a partir da análise dos fragmentos deste caso, como se organiza psiquicamente o acontecimento corporal, utilizando o método de interpretação proposto pela psicanálise. Como referencial teórico para discussão de tais questões, tomaremos as contribuições freudianas, pela ótica de Bastos, e também de autores contemporâneos que tratam do corpo na clínica, como Paul-Laurent Assoun, Piera Aulagnier, Ivanise Fontes e Maria Helena Fernandes. A análise dos fragmentos mostrou que é possível identificar, por intermédio do acontecimento de corpo manifesto nos sintomas físicos do pânico, a organização da subjetividade nascente.

Palavras-chave: Sintomas Físicos, Acontecimento de Corpo, Transferência, Memória Corporal, Síndrome de Pânico.

ABSTRACT

This study aims at analysing the physical symptoms triggered by panic disorder – not only its merely physiological reactions – but also the way they are psychologically organized, that is to say, the corporal demeanour as viewed by Czermak, When referring to real clinic in Lacan, who privileges the body and its intensities. It is a psychoanalytic research, on which we will use fragments of a clinical case of a 29 year-old young man, married, whose psychiatric diagnosis is Panic Disorder. Our purpose is to search for metapsychological meanings of the revealed physical symptoms. To accomplish this, we will present the meanings expressed by the patient in relation to his corporal symptoms, by means of distinction between such meanings and the physiological manifestations caused by panic, described on the disorder. The corporal representations will be taken as a corporal memory that is revealed on the transfer. Our aim is to comprehend, with the analysis of the fragments of the studied case, how the corporal demeanour organizes it self psychologically, by means of the interpretation method suggested by psychoanalysis. As theoretical basis for discussion of such issues, we will consider Freud's ideas, according to Basto's view as well as contemporary authors who treat the body in clinic, like Paul – Laurent Assoun, Piera Aulagnier, Ivanise Fontes and Maria Helena Fernandes. The analysis of the fragments has indicated that it is possible to identify the organization of the rising subjectiveness through body demeanour – present in the physical symptoms of panic.

Key-Words: Physical symptoms, Corporal demeanour, Subjectivity, Panic disorder.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
1.1	Contextualizando o caso	10
2	POR UMA METAPSIKOLOGIA DO CORPO	16
2.1	Corpo na Perspectiva Freudiana	17
2.1.1	O corpo pulsional	18
2.1.2	Dualismos pulsionais	20
2.1.3	Corpo e representação	24
2.2	Uma Leitura Contemporânea do Corpo	27
3	SINTOMAS CORPORAIS NA SÍNDROME DE PÂNICO	43
3.1	Caracterização do Transtorno de Pânico	44
3.2	Leitura Psicanalítica da Síndrome de Pânico	49
4	OS ACONTECIMENTOS DE CORPO EM UM CASO DE SÍNDROME DE PÂNICO	59
4.1	Uma Experiência de Escutar um Paciente com Síndrome de Pânico	60
4.2	As Manifestações Fisiológicas e os Sintomas Físicos	63
4.3	As Representações Corporais e a Memória Corporal	70
4.4	A Organização do Acontecimento de Corpo na Síndrome de Pânico	78
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
	REFERÊNCIAS	87

1 INTRODUÇÃO

A experiência clínica de atendimento de um caso diagnosticado como Síndrome de Pânico, despertou o interesse de investigar os sintomas físicos presentes nesta síndrome, não como reações fisiológicas desencadeadas pelo pânico, e sim, como possibilidade de subjetivação. Para tanto, tomamos para análise, fragmentos de um caso de Síndrome de Pânico, e, especificamente, através da análise de fragmentos de discursos produzidos no espaço transferencial de um jovem de vinte e nove anos, refletimos sobre os seguintes aspectos: as significações dos sintomas físicos do pânico a partir das observações feitas pelo paciente; diferenciação das manifestações fisiológicas desencadeadas pelo pânico dos sintomas físicos, ou seja, as representações corporais – lidas como uma memória corporal – que se manifestam na transferência, e, por fim, a compreensão da transferência de análise do caso em questão de como se organiza, psiquicamente, o “acontecimento corporal”¹, ou a manifestação da subjetividade no corpo.

Trata-se de uma pesquisa psicanalítica que, partindo da escuta do singular tenta produzir reflexões sobre o funcionamento do aparelho psíquico. Verifica-se que, nesse tipo de pesquisa, o singular interroga o universal e pretende, através do *setting* analítico, com o estabelecimento da transferência, investigar os processos psíquicos de um paciente, cujo trabalho de análise durou três anos. Os fragmentos, aqui analisados, são aqueles que dizem respeito aos sintomas físicos por ele apresentados e que mereceram, por parte do mesmo, reflexões e *insights*, os quais conduziram à compreensão das significações subjacentes. Portanto, o método utilizado é o da interpretação, como nos ensina Freud.

Esta pesquisa se insere num projeto de pesquisa guarda – chuva sobre o social e as psicopatologias do Corpo, desenvolvido pela linha de pesquisa Psicopatologia Fundamental e Psicanálise do Programa de Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP) que tem como objetivo construir uma metapsicologia psicanalítica do corpo, com vistas à análise das

¹ A expressão “acontecimento de corpo” foi usada por Czermak (2008) ao referir à clínica do real em Lacan que privilegia o corpo e suas intensidades. Também Assoun (1998) faz uso dessa expressão quando, por exemplo, afirma que o corpo orgânico denuncia o desarranjo simbólico que não foi possível ser trabalhado pelo psiquismo, restando-lhe como alternativa o “acontecimento” físico do sintoma.

manifestações do corpo pulsional nos processos de formação do ego e dos sintomas, ou seja, a relação do corpo com o *Outro*.

A pesquisa propriamente psicanalítica, ou seja, a que toma como referência um caso clínico, ela se inicia de forma invertida, pois o caso só é construído após o trabalho de análise. São as inquietações mobilizadas no analista pelo processo transferencial que o instiga à mudança de posição: de analista à pesquisador. Assim aconteceu: após três anos de acompanhamento psicanalítico de um caso de síndrome de pânico e considerando o modo como o analisante dava significação aos seus sintomas físicos, passamos, então, a questionar se não poderíamos dar um estatuto metapsicológico aos sintomas físicos, retirando-os da mera condição de reações fisiológicas que acompanha o pânico, como parece conotar a descrição feita no DSM IV.

Convém ressaltar que não se trata propriamente de um estudo de caso e sim do uso hermenêutico de fragmentos de um caso, no sentido de que trata Rezende (1993), ou seja, pensar os sentidos possíveis de tais fragmentos vividos no espaço transferencial de análise. Consideramos tratar-se de um recurso genuíno para se produzir reflexões sobre o corpo, melhor dizendo, sobre os acontecimentos de corpo como manifestações da subjetividade.

1.1 Contextualizando o caso

O início do atendimento do jovem Pedro se deu de modo não muito usual para a clínica psicanalítica, pois demandou ser atendido no domicílio, por não subir em prédios nem pegar elevador. Ele se reconhecia como portador de uma doença da modernidade, denominada pela clínica psiquiátrica, como Síndrome de Pânico.

Nas primeiras entrevistas, em sua residência, Pedro², rapaz jovem, casado, pertencente a uma família tradicional, nomeava-se como o diferente da família, pois se via com alguns princípios sócio-econômicos distintos dos de seus parentes. Esse traço – o ser diferente – revelou o particular de sua posição

² Nome fictício do paciente, escolhido para se referir a ele, resguardando sua privacidade e de seus familiares.

sintomática, uma vez que se percebia diferente dos irmãos desde a situação do parto. Segundo ele, foi o parto que apresentou algumas dificuldades, pois estava asfixiado e enlaçado pelo cordão umbilical. Parecia que não desejava nascer, ou preferia continuar no útero da mãe, sabendo que lá estando, teria proteção e segurança.

Eu não me lembro do meu nascimento pelo lado material, mas alguma coisa deve ter ficado na minha memória, sendo que eu não consigo ter essa recordação, não consigo colocar na linguagem de hoje, porque naquela época eu estava em uma outra linguagem, então é, por isso, que agora eu não estou conseguindo dizer. O que eu sei, é que ficaram só lembranças primitivas do lado do sentimento mesmo. (relato de Pedro).

Esse enunciado revela uma memória corporal, sugerindo que, do nascimento, ficaram marcas que se revelam nos sintomas físicos de pânico apresentados.

Paralela à descrição da especificidade de seu nascimento (parto)³, discorre sobre o diagnóstico de Síndrome de Pânico, realçando mais os sintomas de ordem fisiológica do que os aspectos psicológicos. A idéia que tinha de seu nascimento era de sufocamento, asfixia, falta de ar, de perda, era semelhante à sensação de estar mergulhado em uma bolha de água. Segundo o paciente:

O medo que eu tenho do parto não tem nada a ver com relação ao medo que eu tenho da vida, mas sim daqueles primeiros instantes do nascimento. A mesma coisa é com relação à morte. Eu não tenho medo do que eu vou encontrar depois [pausa], mas como vão ser aqueles primeiros instantes, quando estiver morrendo. (relato de Pedro).

Relatou que teve sua primeira crise de pânico na adolescência, com a idade de dezenove anos, quando ainda residia em Curitiba. A partir daí, sua vida tomou outra direção, a síndrome passou a tolher o convívio social, com repercussão também negativa em seu desempenho profissional. Essa época se caracterizou por apresentar sinais de morte iminente, taquicardia, sudorese, asfixia, tremores nas mãos e dor no tórax, além de outros sintomas que apareciam de forma inesperada,

³ Observar durante toda a descrição do seu nascimento, que Pedro não se refere a ele como seu nascimento e sim como “parto”. Esse significante aparece na história desse paciente em vários contextos discursivos, ora conotando o sentido de “partir” e “sair”, ora conotando o sentido de “partir”, “quebrar” e “separar”.

trazendo-lhe constantemente, uma sensação de profunda solidão, ainda não reconhecendo tais sintomas como manifestações da crise de pânico.

Depois da primeira crise de pânico, ele passou por alguns profissionais da área médica. Contudo, as crises persistiram. Em seguida, seus pais foram transferidos para uma cidade da Paraíba, próxima a João Pessoa, quando, então, iniciou o trabalho analítico em paralelo com o acompanhamento médico. Durante os primeiros meses, a idéia da doença Síndrome de Pânico, aos poucos, foi sendo resignificada, ao mesmo tempo em que pode expressar questões de sua história transgeracional. “Eu acho que o meu problema aconteceu muito antes de eu nascer, está lá atrás, no físico mesmo. Eu digo que é uma doença, porque muita gente tem o mesmo que eu sinto, por isso que eu acho que é uma doença, não é algo individual, como eu estava achando [pausa], mas sim coletivo”. (relato de Pedro).

Com a evolução do tratamento, esse significante, “doença”, foi adquirindo nova significação e à medida que a transferência foi se instalando, o paciente tornou-se confiante, e as sessões foram transferidas para o consultório. Expressou não mais necessitar da crise de pânico para se sentir acolhido pelo *Outro*. Segundo ele, o pânico não mais se enquadrava em uma classificação diagnóstica de doença, e sim, em uma questão de pensamento. Revela ele: “Tem dois tipos de Síndrome de Pânico: um que é crônico e o outro que é passageiro, como se ter um surto e que pode ser devido a um *stress* [pausa]. O outro é uma doença mesmo, então, eu acho que o meu é como se eu tivesse só um surto, não é nada crônico, eu não tenho a doença [...]”. (relato de Pedro). Passou a elaborar saídas mais construtivas para lidar com as próprias limitações e perdas. Reconhece que as suas crises se associavam ao sentimento de proteção e ao desejo de reviver sentimentos da infância, mas sabia que não mais poderão tê-los. Conforme suas próprias palavras:

Eu penso nesses dois elementos como sendo os principais que estão relacionados com o pânico: o sentimento de proteção e essas emoções da infância que eu perdi [pausa]. Foram essas emoções que eu não vivi, e agora, adulto quero viver tudo de novo, mas eu sei que mesmo que eu queira viver tudo isso de novo, eu nunca vou poder ter aquelas mesmas sensações, porque claro que elas vão ser diferentes. (relato de Pedro).

Percebe-se, pela própria análise do paciente, que a idéia inicial de doença do pânico, que afeta o sujeito, é substituída por uma implicação subjetiva, quando se

reconhece portador de uma “doença”, construída por ele. Passa, então, a definir os dois lados de um só corpo, começando, também, a demandar o lugar de cada lado, em um campo simbólico. Diz ele:

Eu sei que o que tive foi uma doença inventada por mim, foi eu que a construí. Essa doença tem dois lados: o biológico, eu sei que tem a ver com a medicação [pausa] eu sei que eu tenho que tomar a medicação, porque é preciso equilibrar a serotonina, substância que ativa o meu cérebro. Eu sei que não posso ficar sem tomar a medicação, ela é importante para equilibrar essas substâncias. Antes, eu juntava esses dois lados, mas agora não, eu estou sabendo fazer a separação. Eu sei que um é diferente do outro e que cada um tem o seu valor. (relato de Pedro).

Essa nova posição subjetiva, assumida por Pedro, o fez assumir um lugar próprio, e ao se posicionar como sujeito de desejo perante a família, adquiriu uma nova imagem corporal, na qual a lei da castração está presente e se evidencia.

A partir dessas construções simbólicas, reconhece uma nova forma de conceituar seu sintoma, pois, se antes o via como sendo um engodo, hoje, vê-se capaz de conduzir-se sozinho.

Eu agora sei que o pânico foi uma enganação, uma forma que eu criei para me sentir protegido, para ter pessoas para cuidar de mim, me socorrer quando eu tivesse uma crise. Já o lado psicológico, subjetivo tem a ver com a minha carência. Mas é esse lado que agora sabe que eu sou capaz, que esse eu é auto-suficiente, que pode fazer as coisas sozinho. (relato de Pedro).

As mudanças, na estrutura subjetiva, têm fortalecido a crença em Pedro de saber o que fazer com o sintoma, e não de ficar submetido a ele. Ele sai de uma posição de assujeitado para a de sujeito⁴.

Vê-se que o trabalho de construção de significações produzido pelo analisante nos instiga a compreender os desfiladeiros porque passara a angústia, alojando-se no corpo do paciente, terreno das vivências primitivas, ocorridas num tempo onde o ego era somente corporal, carecendo de construções de

⁴ Utilizamos o termo sujeito, ora indicando um protagonista, sinônimo de agente, ora mais próximo do sentido psicanalítico de “sujeito de desejo”. Como se trata de um caso clínico, o protagonista da história é sempre um sujeito de desejo inconsciente ou consciente. Como afirma Carreira (2001), o sujeito é a possibilidade de ocupar alguma posição e nela significar algo.

representações psíquicas. É sobre essas marcas, sobre esse acontecer subjetivo no corpo que iremos nos debruçar neste trabalho.

Para realizar o percurso de discussão teórico-clínico, dividimos este trabalho de dissertação em três capítulos. O primeiro deles, constituído de material teórico, encontra-se subdividido em duas partes: a primeira, traz o percurso freudiano, usando como roteiro o trabalho de Liana Albernaz de Melo Bastos que se debruçou sobre os textos de Freud para refletir sobre a construção do ego corporal. Ela tomou os seguintes textos: *Projeto para uma psicologia científica* (1895b), *Rascunho E. Como se origina a angústia* (1896-1899), *Fragmento da análise de um caso de histeria* (1905), *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905), *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos* (1909), *As pulsões e suas vicissitudes* (1914-1915), *Além do princípio de prazer* (1920), *Inibição, sintoma e ansiedade* (1926), *Ansiedade e vida pulsional* (1932). É importante ressaltar que sublinharemos o percurso teórico de Freud, associando-o às contribuições contemporâneas, na tentativa de consolidar os argumentos para discussão da questão central da nossa pesquisa.

A segunda parte diz respeito à discussão contemporânea sobre o corpo, tomando como referência autores, como Paul-Laurent Assoun e Piera Aulagnier que refletem sobre os fenômenos psicossomáticos e realçam que a atividade sensorial é constitutiva para a formação da psique-corpo; Ivanise Fontes, trazendo boas contribuições a respeito de uma memória corporal que se constitui a partir da transferência no trabalho analítico e Maria Helena Fernandes, analisando problemáticas de corpo na clínica. Acreditamos que o diálogo com tais autores, desde Freud, fornecerá a matéria prima para empreendermos a análise do percurso seguido por Pedro para se constituir como sujeito desejante, separado do *Outro*, sem ser invadido por uma onda de angústia que o desampara e o imobiliza.

No segundo capítulo, iremos nos ocupar dos sintomas corporais na Síndrome de Pânico, sublinhando a sintomatologia corporal do pânico, através do ponto de vista da psiquiatria e da psicanálise. Ainda, nesse capítulo, privilegiaremos, na literatura psicanalítica, autores que analisam esses sintomas à luz de sua articulação com a subjetividade e com a transferência, estabelecendo uma noção de memória corporal de acontecimentos primitivos.

E no último capítulo, apresentaremos a experiência de escutar um paciente com Síndrome de Pânico, incluindo, também, no relato desse caso, os obstáculos e suas resoluções. Nos debruçaremos, assim, na leitura psicanalítica dessa síndrome, interpretando as manifestações fisiológicas e os sintomas físicos como acontecimento de corpo advindo de uma memória corporal que se manifesta na transferência como expressão da subjetividade do sujeito no corpo.

2 POR UMA METAPSICOLOGIA DO CORPO

Nos tempos modernos, havia um posicionamento mais claro dos sujeitos frente a seus desejos. A primazia da razão sobre as sensações fazia com que o homem buscasse o sentido de suas ações e, com isso, as experiências corporais – o gozo do corpo – ficava submetido à lógica do sentido. Atualmente, o que se vê são sujeitos que vivem o imperativo do gozo, da sensação, que passou a dirigir seus desejos, marcados pela lógica capitalista de consumir sempre (não importa o sentido que os objetos tenham para o sujeito, o gozo está na sensação de adquirir mais um objeto). Como observa Barreto (2002), comentando Lacan, o discurso capitalista impõe ao sujeito encontrar sua completude não mais no ideal de honra, honestidade, respeito, como ocorria antes, mas sim na imediatez do gozo. Tem-se a ilusão de que quanto mais objetos consumidos, mais se alcança o bem-estar. Por outro lado, o consumo compulsivo introduz o sujeito em uma lógica de que nada satisfaz, sendo preciso buscar sempre mais. Assim, o sujeito aprisionado nessa lógica, reage ao sofrimento, posicionando-se com sintomas adictivos que, por sua vez, são estruturados pela compulsiva do “sempre mais” como: anorexia, bulimia, toxicomania. Os fenômenos psicossomáticos também aparecem como uma expressão de gozo alojado no corpo, mostrando a prevalência da sensação física em detrimento de suas representações psíquicas.

Esse modo de se posicionar, ante as exigências sociais, requer um redirecionamento da clínica psicanalítica, no sentido de considerar a leitura dos sintomas físicos como forma de se subjetivar. Assim posto, convém, então, iniciarmos nossas reflexões sobre o caso verificando, primeiro, como a psicanálise trata o estatuto do corpo. Para tanto, começaremos olhando as concepções freudianas a partir da leitura que Bastos (1998) faz delas. O trabalho minucioso dessa autora, contido em uma obra intitulada *Eu-corpando – o ego e o corpo em Freud*, servirá de roteiro para as incursões no texto freudiano.

Como bem coloca Birman (1988), comentando o percurso realizado por Bastos, seu trabalho traz a marca de uma verdadeira epopéia, sabendo-se que as grandes epopéias não somente falam de um percurso árduo e profundo daqueles que nela se vêem envolvidos. Assim, o traçado metapsicológico criado por ela, revela um traço heróico. (BIRMAN, 1988).

A construção do conceito de corpo em psicanálise não tem relação com o conceito de corpo orgânico ou de corpo somático tratado pela medicina. Para aquela o corpo apresenta um funcionamento subjetivo por parte daquele que o porta, razão pela qual Bastos (1998) se refere a um sujeito incorporado e encorpado, que circula por entre a dor e o prazer. Nesse sentido, a corporeidade seria identificada à pulsão, representante psíquico de uma força que se materializa no interior de um corpo.

2.1 Corpo na Perspectiva Freudiana

O conceito de corpo, na teoria freudiana, à semelhança da edificação de sua teoria metapsicológica, implicou um duplo movimento de avanços e incertezas, próprio da criação de todo conceito, ou seja, modifica e se contradiz no tempo de sua construção. Afinal, o corpo tratado pela psicanálise não é o mesmo dos anatomistas ou o estudado pela medicina, nem mesmo o representado pela arte, apesar de “representado”, contudo o constituído pela palavra, pelo desejo, passível de interpretação.

Ao iniciar o estudo sobre o corpo na obra de Freud, Bastos (1998), abre discussão epistemológica da noção de corporeidade nos anos oitenta, afirmando que a psicanálise recebeu, nesse período, fortes interferências do pensamento platônico, que se pautava pela lógica do pensamento e da linguagem como categorias fundamentais para definir a especificidade do sujeito. Isso, de certo modo, direcionou as discussões metapsicológicas sobre o corpo que só pode ser visto enquanto atravessado ou dominado pela linguagem. “Falava-se muito do pensamento, por um lado, e da linguagem, por outro. Como se essas categorias em si mesmas bastassem para definir a especificidade do sujeito em psicanálise e os desdobramentos da experiência analítica”. (BASTOS, 1998, p.9).

Em conseqüência dessa espécie de recalçamento do corpo, instituiu-se uma demarcação estrita de territórios epistemológicos, levando a psicanálise a se excluir em direção à intervenção do corpo-organismo, ficando este colonizado pela medicina, cabendo à psicanálise cuidar do psiquismo. Mesmo não se confundindo

esses dois registros – visto que o organismo se apresenta em ordem estritamente biológica, em oposição ao corpo, que é da ordem do sexual e do pulsional –, a separação de territórios fez com que a psicanálise pouco avançasse na compreensão de certos fenômenos corporais vistos como próprios da medicina. A noção psicanalítica de corpo não é irreduzível ao conceito de organismo, mas se apóia nele, embora o ultrapasse.

O estatuto do corpo em psicanálise não se identifica nem com o conceito de organismo, nem tampouco com o de somático [...] Afirmar que o sujeito tem um corpo, implica em dizer que aquele é encorpado, numa funcionalidade e organicidade inextrincáveis. Evidencia-se com isso, então, que não se poderia dizer rigorosamente que o sujeito tem um corpo, mas que ele é um corpo [...]. (BASTOS, 1998, p.13).

Nessa perspectiva, o corpo, para a psicanálise, apoiado no biológico, ultrapassa o limite imposto pela necessidade ou pelo impulso de autoconservação. Encontra-se situado, em um outro lugar que, ao se apresentar permeado pela linguagem, é constituído pelo simbólico, é falado antes de existir. Na verdade, trata-se de um corpo pulsional, regido por leis próprias, não se apresenta nem de todo envolvido pelo plano somático, nem pelo psíquico, contudo se constitui como efeito de representação desses espaços. A primeira inscrição da corporeidade em psicanálise seria o corpo pulsional.

2.1.1 O corpo pulsional

Convém lembrar que a noção de pulsão (*trieb*) aparece nos textos freudianos na década de 1890, em uma correspondência à Fliess (1892-1899), no *Projeto para uma psicologia científica* (1895b) e nas pesquisas sobre a *histeria* (1893-1895), sendo empregado tanto por Freud quanto por Breuer –, ao tratar da *sexualidade na etiologia das neuroses* (1893) e também no capítulo seis de *A interpretação dos sonhos* (1900). No primeiro momento dos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905), essa noção ainda aparece de forma indefinida no que concerne a ser psíquica ou não-psíquica, pois Freud a designa como estímulos

constantes que surgem no interior do próprio corpo e, também, como o representante psíquico desses estímulos. Mais adiante, portanto, ele clareia tal noção ao concebê-la como limítrofe entre o corpo e o psiquismo.

Por “pulsão” podemos entender, a princípio, apenas o representante psíquico de uma fonte endossomática de estímulo que flui continuamente, para diferenciá-lo do 'estímulo', que é produzido por excitações isoladas vindas de fora. Pulsão, portanto, é um dos conceitos da delimitação entre o anímico e o físico [...]. (FREUD, 1905, p.159).

A pulsão não é objeto da consciência; ela irá se apresentar por meio de uma representação no inconsciente. Com isso, ela não é o representante psíquico orgânico e nem psíquica em si mesma. No texto *A repressão* (1915), Freud irá afirmar que ela se faz representar psiquicamente através da idéia e do afeto – dois pólos constitutivos do representante psíquico da pulsão que sofrem destinos diferentes quando acontece o recalque.

Como a pulsão não é somente psíquica, ela esvazia a possibilidade de uma definição que corresponda ao referencial especificamente psicológico, observa Bastos (1998). Nesse sentido, isso acaba por influenciar Freud, acrescenta a autora, quando resgata a fisiologia como tentativa para se falar dela. “A pulsão não pertence nem à fisiologia nem à biologia. São as características próprias da pulsão que vão marcar a sua diferença e situá-la como um conceito – limite entre o somático e o psíquico”. (BASTOS, 1998, p.106-107).

Para Freud, a pulsão é considerada como um estímulo para o psíquico que, de fora, demanda uma exigência de trabalho ao psiquismo. “A fonte da pulsão é um processo excitador interno a um órgão e sua meta imediata consiste em cancelar esse estímulo de órgão”. (FREUD, 1905, p.153). Ou seja, os órgãos do corpo são a fonte da pulsão e ela, em si, seria o elo do psíquico com o corpo.

Comenta Hans (1999, p. 49) que:

O percurso da *Trieb* como um circuito de circulação pulsional brota no somático como energia-estímulo nervoso e atinge o sistema nervoso central na forma de sensações e imagens (idéias) para, então, ser descarregado através de certas ações mentais ou motoras.

Acrescenta o autor que em outras ocasiões Freud utiliza o termo *Trieb* para abranger em arco completo que inclui os grandes princípios fundamentais que regem as ações dos viventes: as pulsões biológicas gerais comuns a certas espécies, o pequeno circuito interno de circulação pulsional no indivíduo. Assim, a concepção de pulsão em Freud diz respeito à condição existencial em torno da qual se organizará a vida psíquica, as representações, os afetos e as significações.

Em todo o processo de construção desse conceito, fica claro o empenho de Freud em manter uma distinção dele com o de instinto. Sobre este último, Freud pouco se referiu. Para a pulsão não há programação e sim uma pluralidade de possibilidades de satisfação. Ainda que tenha uma fonte somática, é no psiquismo que ela se representa, adquire qualidade e segue diferentes percursos até encontrar a satisfação.

2.1.2 Dualismos pulsionais

No texto, *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905), Freud dá ênfase às questões relacionadas ao corpo, priorizando certas partes do corpo como zona erógena. “Existem zonas erógenas predestinadas, como mostra o exemplo do chuchar [...] qualquer outro ponto da pele ou da mucosa pode tomar a seu encargo as funções de uma zona erógena, devendo, portanto, ter certa aptidão para isso”. (FREUD, 1905, p.173). Nessa perspectiva, Freud afirma que a excitação sexual surge como reprodução de uma satisfação vivenciada em relação a outros processos orgânicos, como também pela estimulação periférica das zonas erógenas. Apontamos, como exemplo de uma excitação sexual, o *Caso do pequeno Hans* (1909), cujo órgão genital tornou-se fonte do mais intenso prazer. Hans tinha um interesse todo particular dirigido para o seu “pipi” – potencializado pelos cuidados maternos em relação a ele, transformando-o em zona erógena e produtora de

ansiedade erótica recalcada em relação a sua mãe. Observamos que Freud, na apresentação desse caso, valorizou as zonas genitais como fonte de erogeneidade e de significação na relação de Hans com a figura materna, não se atendo à idéia de identificar um todo corporal erógeno rico de significação para a criança. Conforme ele próprio nos ensinou, todo corpo pode ser erógeno e perverso, uma vez que a energia sexual pode se deslocar para qualquer parte do corpo. O corpo da histérica, por exemplo, denuncia o excesso de erogeneidade corporal por meio da atividade somática. O corpo infantil é tomado pela pulsão que se serve, inicialmente, das funções vitais, para se apoiar e restaurar a satisfação, mas logo isso, marca, de um lado, o corpo das necessidades orgânicas e, de outro, o corpo do desejo sexual. Segundo Bastos 1998, p. 110:

O apoio da sexualidade nas funções corporais determinava uma separação/imbricação da fome e do amor. Ao nível oral, por exemplo, o chupar e o mamar eram referidos à pulsão e à necessidade vital, respectivamente, e ambos estavam presentes na amamentação; mas a separação entre o que era da esfera da sexualidade e o que era da autoconservação se mostrava importante, como já vimos, à medida que o estudo das psiconeuroses estabelecera que apenas o que era da ordem do sexual cairia sob o recalque [...].

Em outras palavras, quando o corpo sexual nasce, ele se apóia na satisfação das necessidades do organismo, mas, posteriormente, para se constituir como sexual, precisa se separar do corpo biológico. Dizemos, com isso, que a necessidade de repetir o prazer sexual experimentado ao mamar, irá se separar da necessidade de buscar alimento. Aqui Freud já pressupõe um dualismo pulsional, identificando as pulsões de apoio e as pulsões sexuais propriamente ditas.

Mais adiante, Freud vai distinguir esse grupo de pulsões sexuais das pulsões de autoconservação. As primeiras ligadas à sexualidade, e as segundas, às necessidades de sobrevivência do organismo. Consoante Bastos, as de autoconservação não provocam conflito ao ego, somente as sexuais se contrapõem a ele. A satisfação sexual poderia provocar desprazer ao ego. O desprazer mantinha-se como mola-mestra do recalque, e a angústia, como seu efeito – a qual seria a libido transformada.

Diante desse novo dualismo pulsional (pulsões de autoconservação e pulsões sexuais), as questões que envolvem o corpo somático e o pulsional irão se

apresentar de modo questionativo para a psicanálise, visto que ela não poderá prescindir do corpo somático, mas também não fixará suas pesquisas sobre este. Esclarece Bastos (1998) que: “[...] O corpo é sempre, e apenas um, mas deve servir a dois amos ao mesmo tempo. Ele é um corpo somático que atende a autoconservação, mas é, também, um corpo erótico, atendendo a pulsão sexual”. (BASTOS, 1998, p.111). Conforme a argumentação da autora, nenhum dos corpos é imprescindível ao outro, porém um não se satisfaz sem o outro. Ambos são estruturantes para a edificação do ego.

Em *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico* (1911), Freud distingue, com clareza, essas duas pulsões, levando em consideração seus objetos: a pulsão sexual, sendo regida pelo princípio do prazer, se satisfaz com um objeto fantasmático; já a pulsão egóica, ou de autoconservação, é regida pelo princípio de realidade; necessita de um objeto real. Em 1914, no artigo *Para Introduzir o narcisismo*, observamos que apesar das dificuldades apontadas por Freud diante das relações entre o corpo somático e o corpo sexual, ele mantém o dualismo pulsional – pulsões sexuais e pulsões do ego – mas acrescenta que as pulsões sexuais podem visar, também, a objetos exteriores, além do próprio ego, e nomeia a energia das pulsões sexuais como libido. Em 1920, em *Além do princípio de prazer*, ele constrói um novo dualismo pulsional, o da pulsão de vida e o da pulsão de morte, mostrando, conforme Bastos (1998), que o princípio de prazer terá como objetivo reduzir as tensões produzidas, mantendo-as em mais baixo nível, apesar de existirem outras forças que o contrariam – as produzidas pela pulsão de morte, que se situam mais aquém do prazer. Roza (1995, p. 159) sublinha que a autonomia da pulsão de morte “é perfeitamente consistente com a idéia de que a pulsão, por se situar além da representação, além da ordem, além do princípio de prazer, é pura dispersão, pura potência dispersa”. Assim, podemos dizer que a pulsão, em si, não é dotada de ordem, pois se autoriza por si mesma, e é originária do ser humano.

Se, até 1920, a pulsão tinha a sexualidade como referência e como fator do impulso para o desenvolvimento, a introdução da noção de pulsão de morte possibilita pensá-la também como reprodutora da inércia, sendo, nesse caso, a representante da morte no psiquismo.

O psiquismo sendo, até então, representado como lugar da ordem, dos significantes, passa, com a criação do conceito de pulsão de morte, a ceder lugar a uma certa desestruturação e desordem, ou seja, ao caos, produzindo, sobretudo, efeitos de transformação na prática psicanalítica. Como diz Bastos (1998), a pulsão de morte, como tentativa de resgatar o inorgânico, passou a ser entendida como princípio régio do psiquismo.

Na segunda tópica, Freud reavalia o ponto de vista econômico, e toma como base a dicotomia prazer-desprazer como insuficiente. Se anteriormente, supunha que a energia pulsional do impulso recalado era automaticamente transformada em ansiedade, diante dessa segunda teoria pulsional, reconhece que a angústia não é gerada pelo recalque, e sim um sinal de desprazer anterior a ele, concebido como reservatório de antigas vivências traumáticas. Esse novo constructo teórico é confirmado no texto *Inibições, sintomas e ansiedade* (1926), quando afirma que o ego é a real sede da ansiedade.

O corpo, para ele, passa a ser o lugar de projeção de superfície do ego, pode receber influências tanto da realidade psíquica, como também, de forma inversa, produzir efeitos no psiquismo. Winograd (2002, p. 52) comenta a posição freudiana sobre a realidade psíquica e a corporal: “Ele nunca teve dúvidas de que a alma depende da atividade corporal. Em contrapartida, também não tinha dúvidas de que a recíproca fosse verdadeira: o corpo depende igualmente da atividade da alma”. Os processos fisiológicos e psíquicos, se por um lado são distintos, por outro, funcionam concomitantemente.

Um texto que serve de referência para esse tipo de relação corpo-psiquismo, é o *Mal-estar na civilização* (1930), no qual aborda o sofrimento a partir de três direções: de nosso próprio corpo, estando este marcado pela decadência e dissolução; do mundo externo; e de nossos relacionamentos com os outros. Logo, a fim de evitar esse sofrimento, Freud observa que os métodos mais interessantes de evitá-lo são os que influenciam o corpo e mantêm relação com ele:

Em última análise, todo sofrimento nada mais é do que a sensação; só existe na medida em que o sentimos, e só o sentimos como consequência de certos modos pelos quais nosso organismo está regulado. O mais grosseiro, embora também o mais eficaz, desses métodos de influência é o químico: a intoxicação. Não creio que alguém compreenda inteiramente o seu mecanismo; é, de fato,

porém, que existem substâncias estranhas, as quais, quando presentes no sangue ou nos tecidos, provocam em nós, diretamente, sensações prazerosas, alterando, também, tanto as condições que dirigem nossa sensibilidade, que nos tornamos incapazes de receber impulsos desagradáveis [...]. (FREUD, 1930, p. 85-86).

Conforme comenta Freud, na citação acima, o corpo erógeno pode ser influenciado tanto por substâncias que vêm da realidade exterior, a exemplo das tóxicas, como também, pelas que surgem do nosso próprio organismo e mantêm com ele uma relação tanto de prazer quanto de desprazer. Essa última, ele a define com o nome de pulsão, que atua em nosso corpo, buscando preservar a vida, assim como, o acesso à inorganicidade. Ou seja, o ego não pode prescindir exclusivamente da libido, ou melhor, das pulsões sexuais para se constituir, faz uso, também, da pulsão de morte.

2.1.3 Corpo e representação

O corpo histérico é representado por Freud via um excesso de desordenação anatômica, distinto do da fisiologia, e nomeado como um corpo representado e abrigo das fantasias sexuais. No caso *Dora* (1905), rico de sintomas corporais como: dispnéia, tosse nervosa, afonia e enxaquecas associadas com depressão, Freud o toma como paradigma da etiologia da histeria como de natureza sexual.

Vimos, anteriormente, que a noção de pulsão foi sendo construída desde as pesquisas sobre a histeria. Podemos deduzir que Freud recorreu a tal noção para dar conta dos fenômenos histéricos, injustificáveis pela anatomia médica. Afirma ele [1895] que esses pacientes são afetados por uma compulsão exercida por idéias intensas, ou seja: “[...] a emergência da idéia excessivamente intensa acarreta consequências que, por um lado, não podem ser suprimidas e, por outro, não podem ser compreendidas – descarga de afeto, inervações motoras, impedimentos”. (FREUD, 1895, p.401-402).

Assim, o sujeito ao se ver impossibilitado de representar simbolicamente suas idéias, ele descarrega o afeto no corpo, produzindo sintomas físicos. Nesse universo, estão as afasias, as paralisias e as analgesias que denunciam falta de um

representante psíquico para os conflitos. A compulsão histérica (1905) que passa a ser concebida como: intelegível, incapaz de resolver-se pela atividade do pensamento e incongruente em sua estrutura. E, como efeito da representação incompatível com essa atividade do pensamento, surgirá a transformação da soma de excitação em algo somático, passando a receber o nome de conversão. Esta conversão age diante de uma inervação motora ou sensorial, estando ela relacionada, de forma direta ou indireta, com a experiência traumática. A partir do enfraquecimento associativo, por parte da consciência, o indivíduo é levado a transferir essa carga de excitação somática em ataques histéricos, sintomas crônicos, e outros, como os do caso *Dora*.

Com a análise desse caso clínico, Freud pôde avaliar que os processos psíquicos, em todas as psiconeuroses, como os dos quadros de histeria, são os mesmos durante um longo percurso, até que ocorra a “complacência somática”, que proporcione aos processos psíquicos inconscientes uma saída no corporal.

À semelhança dos sintomas corporais apresentados pelas psiconeuroses, temos os sintomas corporais produzidos pelas neuroses atuais (neurose de angústia, pânico, hipocondria etc) que denunciam, por meio da linguagem corporal, falhas na elaboração psíquica. Freud afirma que a etiologia dessas neuroses têm um caráter atual e presente, e a excitação sexual não alcança a expressão simbólica. Bastos (1998) comenta a idéia do autor, e cita o exemplo da neurose de angústia, que não consegue transformar a carga de excitação sexual em representação. Nesse intento, Freud em *Como se origina a angústia – Rascunho E* (não datado, mas provavelmente escrito em meados de 1894), postula:

[...] ficou claro para mim que a ansiedade de meus pacientes neuróticos tinha muito a ver com a sexualidade [...] é um fator físico da vida sexual que produz a ansiedade [...] Trata-se de uma questão de acumulações de excitação física – isto é, uma acumulação de tensão sexual física. A acumulação ocorre como consequência de ter sido evitada a descarga [...] na neurose de angústia [...] a tensão física aumenta, atinge o nível – limiar em que consegue despertar afeto psíquico; mas, por algum motivo, a conexão psíquica que lhe é oferecida, permanece insuficiente: um afeto sexual não pode ser formado, porque falta algo nos fatores psíquicos. Por conseguinte, a tensão física, não sendo psiquicamente ligada, é transformada em ansiedade. (FREUD, 1996, p. 261-266).

Freud, portanto, defende que a angústia é produzida por uma excitação física ligada à vida sexual. Ela é a falha da representação psíquica, ou seja, uma excitação física que não foi possível ser representada. Esclarece Rocha (2000, p.52): “a angústia na neurose de angústia é pura descarga de uma excitação sexual acumulada que não encontrou modo de ab-reação adequada”. A angústia, nesse tipo de neurose, conforme o autor, está relacionada à sexualidade e, conseqüentemente, à tensão física. Além disso, como não é dotada de um processo associativo de idéias, passa a ser transformada em angústia.

No artigo de 1895, Freud afirma que a angústia se manifesta como uma “energia livremente flutuante”, que produz uma “expectativa ansiosa”, que ultrapassa uma ansiedade plausível e, freqüentemente, é reconhecida como uma espécie de compulsão, e ataques de ansiedade, que podem vir acompanhados de suor, tremores, calafrios, diarréia, vertigem, congestão, entre outros sintomas, como os distúrbios nas atividades digestivas (náuseas, vômito, alteração no apetite etc). Ressalta-se que, além dessas características, acima discriminadas, há o surgimento de uma espécie de conversão para as sensações corporais, justificando a presença de somatizações nesses quadros. Considera-se importante pontuar o surgimento de um equivalente somático com outros quadros neuróticos: neurastenia, histeria e pânico.

Há, entretanto, uma distinção a ser considerada em relação às vicissitudes pulsionais tomadas pelas neuroses atuais e pelas psiconeuroses. Na neurose de angústia (que faz parte das neuroses atuais) aparentemente, há uma espécie de conversão à semelhança da histeria, pois ambas fazem descarga no corpo. Porém, na neurose de angústia, uma tensão física não consegue se fixar no âmbito psíquico, permanecendo no corpo; enquanto que, na histeria, a excitação psíquica toma um outro caminho em direção à área somática.

Na perspectiva da clínica psicossomática, se reconhece que existe algo que aponta para uma interseção do psíquico com o somático, uma espécie de incisão (corte, marca) do significante no campo biológico.

Para Lacan (O Seminário. Livro 2): “As reações psicossomáticas estão ao nível do real [...], ou seja, o que foi rejeitado do simbólico volta no real do corpo sob a forma de uma lesão de órgão”. Daí, o padecimento psicossomático surgir, quando o indivíduo se vê impossibilitado de representar e simbolizar o sofrimento psíquico,

como teremos oportunidade de demonstrar nos fragmentos clínicos do caso estudado. Para esse autor, os fenômenos psicossomáticos, não são considerados sintomas, no sentido estrito aplicado às neuroses, dado que não são formações de compromisso, tampouco passam pelo processo de representação, sendo, então, uma manifestação somática de gozo. Lacan (O Seminário. Livro 3) indica que as lesões psicossomáticas são traços escritos no corpo semelhantes a verdadeiros hieróglifos que ainda não podemos ler – traços inscritos, mas pré-significantes, pré-representacionais. (CALDEIRA e MARTINS, 2001).

O legado de Freud sobre a concepção de corpo inspirou seus seguidores e, considerando a primazia das sensações corporais em uma cultura marcada pelo culto ao corpo, serviu de subsídios para que autores contemporâneos prolongassem tais discussões, como tivemos oportunidade de expressar as concepções de Lacan e seguiremos apresentando leituras de autores mais recentes.

2.2 Uma Leitura Contemporânea do Corpo

Como já tivemos oportunidade de realçar, no início deste capítulo, o investimento na imagem corporal tem tomado uma relevância no contexto contemporâneo. O corpo passou a ser posto como protagonista principal do grande espetáculo pós-moderno, e o discurso sobre ele aparece, de forma insistente, nas conversas entre amigos, nas propagandas divulgadas pela mídia, e em outros contextos. Hoje, ele está fazendo parte da cena pública, razão pela qual ganha espaço os institutos de beleza, as academias de ginástica, as clínicas de estética, revelando uma cultura que prioriza intensamente a imagem corporal. Os padrões estéticos de magreza, saúde e beleza são insígnias de um tempo marcado pela linearidade dos ideais de completude e de perfeição corporal.

Apesar de um investimento maciço na imagem corporal, o corpo, em contra-partida, é fonte de frustração e de sofrimento, e denuncia a presença de um mal-estar incessante que se prolifera em sintomas corporais. Assim posto, verificamos que as sintomatologias corporais são uma nova forma de revelar o sofrimento humano. Síndrome de pânico, depressão, bulimia, anorexia, somatização

e toxicomania denunciam uma forma vazia de representação simbólica, revelando, sobretudo, a primazia de um eu corporal.

Para este estudo, privilegiaremos autores psicanalíticos como: Paul-Laurent Assoun (1998), Piera Aulagnier (2001), Ivanise Fontes (2002), Maria Helena Fernandes (2003) e seus comentadores.

Apesar de cada um dos teóricos portar um estilo metapsicológico singular de analisar o corpo em psicanálise, considera-se que há um mesmo fio condutor que os leva à formulação de uma metapsicologia do corpo. Inspirado no que Freud formulou sobre este, Assoun (1998) esclarece que não existe uma categoria homogênea de corpo, entretanto, uma função metapsicológica das mais significantes. (ASSOUN, 1998, p.10).

Diante disso, a discussão começará com as idéias de Assoun (1998), com o texto *Cuerpo y síntoma*, referindo-se ao acontecimento físico do sintoma somático, como também, registrando, pela via do real somático, a importância da experiência do inconsciente. Segundo ele, quando o sujeito fica doente e manifesta esse mal-estar no corpo, não quer dizer que essa manifestação se reduza ao processo de patologia orgânica. Para o autor, há um mais além desse corpo orgânico, podendo passar pela cabeça do paciente – ser psicossomático. Temos motivos para pensar, segundo ele, no testemunho de uma falha no simbólico que insiste em desafiar a economia orgânica.

Podemos corroborar isso, com uma fala de Pedro, paciente – objeto de nossa análise, que mostra esse arranjo de pensamentos, diríamos um tanto manco, ou melhor, precipitado, a que muitos profissionais da medicina se vêem presos, quando se referem ao surgimento exclusivo do corpo orgânico em detrimento do acontecimento psicossomático. Disse ele:

[...] Pode até parecer louco, mas já está me dando uma vontade muito grande de ficar só, eu já não agüento mais ficar dependente dos outros, eu estou com uma extrema necessidade de ficar só e eu sei que para eu conseguir isso, eu tenho que tomar a medicação e, se eu tomo a medicação, eu fico mais de quarenta e oito horas só esperando o efeito dela. Sabe o que é viver potencializado por uma doença? A minha vida se encontra controlada pelo pânico [pausa]. Eu não acho que a Síndrome de Pânico é só biológica, eu acho que também é psicológica. Eu sei que ela é também genética. (relato de Pedro).

Vê-se que o analisante, a seu modo, sabe que os sintomas experimentados no corpo não são simplesmente orgânicos, requerem uma leitura ou interpretação psicológica.

Ao surgir essa falha do trabalho simbólico, é possível, nas palavras de Assoun (1998), identificar o acontecimento de uma incidência física do inconsciente como manifestação somática do sintoma. Para ele, esse fenômeno sinto(soma)tico reduz-se a alguma “psicopatologia” que deverá ser questionada, e também, relacionada à demanda e ao desejo do sujeito. Assim, podemos, identificar, nesses pacientes, a manifestação pulsional no corpo, precisamente por não ser representada no psiquismo.

Para Assoun (1998), o real se expressa pelos seguintes modos: “orgânico”, “somático” e “físico”. O orgânico é o registro do corpo como instrumento, como máquina, corpo no qual a biologia trata das lesões e disfunções que afetam os órgãos. Quanto ao somático, refere-se a algo tangível, morto ou vivo, determinado e fechado, que não é orgânico, que se opõe ao psíquico, lugar de captura da alma, no sentido metafísico de Platão. Já o físico, ao lugar onde a matéria se encontra com o ato de origem. Para esse autor, o físico está relacionado à ação de produzir, de crescer, tem a ver com a natureza do corpo, sua forma, atitude, ou seja, com a natureza da individualidade, o estado natural. (ASSOUN, 1998, p. 16).

Assoun trata, em especial, de discutir a metapsicologia do corpo, tomando como referência o sentido do real do corpo no modo físico. Sobre isso, tenta abordar a questão considerando duas partes da clínica do corpo.

Segundo ele (1998), “o inconsciente fora o elo perdido entre o psíquico e o somático, teríamos que creditar os efeitos desse inconsciente sobre suas bordas e reexaminar a sua metapsicologia inconsciente pelo corpo, o mesmo com o corpo pela metapsicologia”. (ASSOUN, 1998, p.18). Lembremos o conceito de pulsão, tão bem concebido por Freud, como o representante psíquico de uma fonte de estimulação encontrada no interior do corpo e que também alcança o psiquismo.

Por conseguinte, Assoun (1998) diz que o desafio da metapsicologia do corpo é pôr à prova o corpo pela metapsicologia, e, nesse sentido, a clínica é a metapsicologia, tomada como real. Assim, a primeira parte da clínica do corpo tratada por Assoun, diz respeito ao efeito físico do inconsciente traumático, e do

encontro da “metapsicologia” do corpo e da clínica da corporeidade. Estenderemos essa discussão sobre os aditivos e os sintomas atuais da corporeidade, no próximo capítulo, no qual serão aprofundadas as questões do corpo físico.

A segunda parte dessa clínica refere-se a uma metapsicologia freudiana cuja idéia é de que a saúde é metapsicologicamente definível. Citemos, como exemplo, o corpo da histérica que revela uma corporeidade marcada por processos somáticos e transmite, mediante uma representação plástica, a superfície dos planos, na qual se situa o efeito físico dos sintomas. Nesse sentido, diz Assoun: “a 'doutrina da histeria' é o tratado do corpo – inconsciente – que recupera em sua própria presença o problema da histeria. Assim, teorizar é dar um corpo ao sintoma histérico, repetindo a 'aposta no corpo' propriamente histérico do sintoma”. (ASSOUN, 1998, p.32).

Do corpo histérico, de onde se extraíram plenamente as “lições” da “conversão”, Freud foi conduzido a pensar no encontro com o sintoma somático, revelando, a partir daí, o *status* inconsciente do corpo. Considera-se, com base em suas observações, que Assoun (1998) não tem interesse de replantar (situar) a questão do desejo da histérica e nem o *status* histérico do sintoma somático, em si mesmo, e sim de compreender como Freud faz o encontro com o sintoma somático – com a conversão do *status* inconsciente do corpo. Importa frisar que ele assinala todo o alcance da função do desejo corporizado da histérica, promovida a oráculo do corpo

Nessa perspectiva, Assoun (1998) aponta para o acontecimento do grande momento da clínica que passa a testemunhar o que Freud assegura, ou seja, o desenlace do físico e do orgânico, passando a nomear o corpo histérico como o teatro do vivente: “Na histeria se trata de uma excitação psíquica que toma um mau caminho condizente com as razões somáticas. Na neurose de angústia, ao contrário, uma tensão física que não consegue se descarregar psicicamente, e, por conseguinte, permanece no domínio físico”. (ASSOUN, 1998, p.41).

Como constatamos, a clínica contemporânea nos induz a rever as descobertas de Freud, ao retomar o teatro vivido no corpo da histérica. Por outro lado, não deixa de inscrever, a partir dos novos sintomas corporais da atualidade, o que Assoun já havia apontado, quando anunciou a existência de um inconsciente psicossomático, distinguindo-a da concepção de sintomas físicos da psicossomática.

O inconsciente psicossomático é aquele capaz de se manifestar também fisicamente, não o caracterizando como “expressão exclusiva do psiquismo” e considerando, nessa noção, a mesma dualidade física/psíquica de pulsão. Nesse sentido, pode-se falar do impacto físico do real inconsciente.

Ainda, para aquele autor (1998), observaremos que esse teatro é vivido por alguns pacientes que, sem sofrer uma neurose declarada, a expandem através de uma transformação corporal, ou seja, pela via de uma inflamação, despertam o trabalho do sintoma neurótico, que passa a representar todos os fantasmas inconscientes. Podemos pensar, dessa forma, no caso clínico de Pedro, que, ao demandar, atendimento psicoterápico, reconhece-se como portador de uma doença da modernidade – a Síndrome de Pânico. É importante considerar que, nesse primeiro tempo do pânico, ele realçava mais os sintomas de ordem fisiológica do que os aspectos psicológicos. Eram eles: asfixia, taquicardia, sudorese, tremores nas mãos, dor no tórax, mal-estar gastro-intestinal, tonturas, medo de perder o controle ou de enlouquecer, e outros. No espaço transferencial de análise, pôde ele codificá-los como expressões de seus fantasmas inconscientes, revelando, portanto, uma implicação subjetiva.

Concordando com Assoun (1998), é possível convocar o sujeito em direção ao prejuízo corporal e implicá-lo na própria evolução histórica de seu trauma, possibilitando-lhe criar estratégias de recuperação subjetiva do antigo acontecimento. “Quando o trauma originário está, constituído por determinado sofrimento orgânico doloroso, pode versar o sutil laço entre o mal orgânico e o desenvolvimento neurótico. Assim, para determinado sujeito, as neuroses demonstram estar ligadas a um acontecimento ou a um sofrimento dos primeiros períodos da infância”. (ASSOUN, 1998, p. 85).

Se para Assoun (1998), é pela via do encontro do ato inconsciente com a ação plástica corporal que surgirá o acontecimento físico dos processos somáticos, (ASSOUN, 1998); para Aulagnier (1975), serão as funções sensoriais, que servirão de veículos de informação para além da sobrevivência somática, “condição necessária para uma atividade psíquica, que exige que sejam libidinalmente investidos, informado e informante”. (AULAGNIER, 1975, p.60).

É importante pontuar que se o primeiro toma o ato inconsciente como ação plástica ativa dos processos somáticos, o segundo irá tomar, como modelo de

referência para suas reflexões, a atividade sensorial, que será constitutiva para a formação da psique-corpo. No entanto, apesar de ambos partirem de pontos de vista divergentes e, ao mesmo tempo, complementares, primam pela preservação a qual a matriz metapsicológica freudiana referente ao corpo, a qual enfatiza o surgimento físico do ato inconsciente em decorrência do acontecimento traumático.

Segundo Aulagnier (1975), as representações do originário são constituídas de modelos somáticos fornecidos pelo corpo e pela organização sensorial. A concepção de objeto parcial, que inclui a voz e o pensar, apresenta-se ampliada entre a atividade sensorial e a erogenização das zonas. (AULAGNIER, 1975).

No ponto em que este estudo se encontra, podemos identificar a presença marcante de um corpo somático que, em parceria com os órgãos dos sentidos, servirá de instrumento para a edificação do arsenal simbólico, constitutivo para a estruturação do psiquismo.

No avanço de suas idéias, em *O direito ao segredo: condição para poder pensar* (1976), Aulagnier diz que o corpo é constituído de funções sensoriais, apresentando-se como a matéria-prima das representações pictográficas e fantasmáticas. Afirma, ainda, que a fantasmatização erótica “é a única a nos mostrar *in vivo* a ancoragem corporal da atividade de pensar [...]”. (AULAGNIER, 1976, p.259). Isso nos conduz à seguinte reflexão: os significantes, que foram resgatados por meio do arsenal dos órgãos dos sentidos, serão representados no palco do corpo somático, servindo de receptáculo para o acontecimento psíquico.

Seguindo esse mesmo raciocínio, em 1984, em *O aprendiz de historiador e o mestre-feiticeiro – do discurso identificante ao discurso delirante*, Aulagnier reafirma que o modelo somático (sensorial) serve de empréstimo na figuração do objeto-zona complementar, como também, para “o conjunto da atividade de representação (pictográfica, fantasmática e ideativa)”. (AULAGNIER, 1984, p. 34).

Verificamos, então, o poder dos órgãos dos sentidos de afetar a psique, quando diz que uma zona sensorial poderá ser transformada em erógena. Para a autora, o corpo somático, em conjunto com os órgãos sensoriais, terá uma função significativa para a estruturação psíquica, visto que será por meio deles que o sujeito também terá acesso a uma representação psíquica do mundo.

A primazia dada às funções sensoriais exprime a idéia de que elas servirão de ponte na transmissão dos significantes simbólicos, ao partirem do somático em direção ao psíquico. Logo – como coloca Aulagnier – a atividade de pensar tem uma ancoragem corporal. Empregamos as palavras de Violante (2001)⁵, profunda leitora de Aulagnier, que considera importante fazer um paralelo com Jean Piaget, construtor da teoria da inteligência, como meio de esclarecer o que Aulagnier afirmou: “Piaget postula uma primeira etapa, na qual a criança já exhibe sua inteligência. Trata-se da inteligência sensório-motora, por se apoiar nas percepções sensoriais – oral, fonativa, auditiva, visual – e nos movimentos”. (VIOLANTE, 2001, p.61). Assim posto, através de informações sensório-motoras (tato, paladar etc), a criança terá conhecimento de partes de seu corpo; sendo que essas informações necessitarão de associar-se a informações visuais, apoiando-se nas observações do corpo de outra pessoa que lhes servirão de modelo.

Segundo Violante (2001), antes que a criança tenha condições de apreender sua própria imagem visual, ela constrói os primeiros esquemas vocais. E com o funcionamento de cada som, irá surgir uma consolidação do sistema áudio-vocativo: “Este ' funcionar ' pressupõe uma resposta vocal da mãe ou do seu substituto, e a criança passará a repetir o mesmo som ou interpretando-o, e posteriormente, a ele respondendo”. (VIOLANTE, 2001, p. 61).

O comentário de Violante (2001) conduz ao pensamento de que para a construção do corpo relacional na criança é imprescindível a criação de um espaço relacional, em que o par criança – figuras parentais possa, através da sintonia do corpo somático com o psíquico, criar no infante o acontecimento de um eu – corpo estruturado.

Consoante Aulagnier (2001), para que isso possa advir como fonte necessária e estruturante para o desenvolvimento infantil, é fundamental que o prazer, sendo ele uma “necessidade psíquica” para a criança, aconteça primeiramente em seu corpo e lhe possibilite encontrar uma realidade natural e humana de satisfação com os objetos em prol de um bom funcionamento para aquele corpo. (AULAGNIER, 2001).

⁵ Estudiosa e comentadora de Piera Aulagnier.

Comentando o que Aulagnier (2001) acaba de expor, o corpo da criança sendo pré-enunciado e pré-vestido pelos objetos, servirá de mola-mestra para a edificação simbólica de seu psiquismo, como também para o bom funcionamento corporal. Violante (2001) afirma que toda experiência somática se constitui em uma experiência psíquica, quer dizer com isso, que todo sofrimento orgânico é um sofrimento psíquico, ambos indistinguíveis. (VIOLANTE, 2001). Sendo assim, todo sofrimento orgânico é engendrado pela produção psíquica, e fruto desta, que é gerada, a partir do encontro com o corpo materno, que poderá produzir tanto prazer quanto sofrimento. De fato, essas formações podem ter origem na representação psíquica que a criança realiza diante dos primeiros encontros com o corpo da mãe. Somente com a aquisição da linguagem é que a criança terá possibilidades de nomear e de separar as causas objetivas de seu sofrimento. Em última instância, atribuirá ao desejo materno a causa de tal sofrimento. Isso só acontecerá após a constituição da relação corporal com o outro materno.

Aulagnier (2001), em *Nascimento de um corpo, origem de uma história*, assevera que tal sofrimento pode ser constituído entre duas psiques e entre a psique e o mundo. Aponta, a partir das primeiras experiências corporais, as seguintes proposições:

A - nas construções do originário, os efeitos do encontro ocupam o lugar do encontro. Isto explica porque prazer e sofrimento não podem se apresentar à psique senão como auto-engendrados por seu próprio poder;

B - esse prazer ou esse sofrimento, que a psique apresenta para si como auto-engendrados, são 'existentes psíquicos' que antecipam e prenunciam o objeto-mãe. Uma experiência de nosso corpo ocupa o lugar que depois ocupará a mãe: ao Eu antecipado lhe faz par uma 'mãe antecipada' por uma experiência de corpo;

C - antes que o olhar se encontre com um outro (ou com uma mãe), a psique se encontra e se reflete nos signos de vida que emite seu próprio corpo. (AULAGNIER, 2001, p. 141- 142).

Enfatiza ela que tanto o prazer quanto o sofrimento – peças fundamentais para a estruturação psíquica – se apresentam na psique como autoengendrados no tempo das construções originárias pelo psiquismo, que reflete os sinais do próprio corpo antes de ser capaz de distinguir o objeto – mãe como outro de si.

Aulagnier (2001) pensa o corpo não somente na dimensão erógena, pois o concebe como sendo constituído a partir do encontro do corpo somático da criança, que ela denomina de real, com o imaginado pela mãe, “corpo relacional”. Conforme comentário de Violante, a partir do primeiro encontro entre a psique e o corpo, os “destinos relacionais” têm como fundamento três hipóteses”:

A - A vida psíquica é inaugurada por um 'estado de mesmice' entre o que acontece com uma zona sensorial e o que se manifesta no espaço psíquico – a base sensorial das primeiras sensações psíquicas no pictograma, graças ao funcionamento originário (boca-seio);

B - O encontro entre o corpo real e o imaginário pela mãe, pré-enunciado e pré-vestido, pode revelar tanto uma certa conformidade entre a imagem (na psique materna) e o suporte (corpo real do bebê), o que permite o investimento nesse corpo, quanto uma não conciliação entre o corpo imaginado e o corpo real, o que implica um 'risco' relacional, à medida que o conflito na relação seja superável ou não;

C - O processo identificatório começa, quando a psique já pode pensar seu corpo, o outro e o mundo em termos de relação (desde o primário). A partir desse momento, cada vez que a relação entre o bebê e o outro se tornar mais conflituosa e dolorosa, o corpo pode se converter em representante do outro. O conflito eu-outro transfere-se para a relação eu-corpo. (VIOLANTE, 2001, p.134 -135).

O corpo se constitui, desse modo, a partir do encontro do corpo real com o corpo imaginado pela mãe. Esse encontro de corpos poderá ser gratificante para o bebê; contrariamente, pode ser conflituoso e gerador de sofrimento, ocasionando uma conversão de seu corpo em representante do corpo do outro. Nesse sentido, a cada encontro com o corpo materno conflituoso, o corpo do bebê poderá pinçar os significantes, transferindo-os para a relação com seu corpo, e, então, gerar sérios comprometimentos somáticos e psíquicos para o eu-corpo.

Constatamos, em Aulagnier, como o corpo psíquico se constitui pela via de um corpo sensorial. Fontes (2002) tenta mostrar, na clínica, como se manifesta esse corpo sensorial na transferência. Porquanto, sua hipótese de investigação é de existência de uma memória corporal resgatada pela transferência. Essa memória corporal se constitui como ponto de partida para se alcançar a experiência traumatizante. Ela, como Aulagnier, realça o corpo sensorial, no entanto, pelo caminho inverso, pois propõe que se verifique a presença dele na transferência.

Fontes trabalha em direção a uma psicanálise do sensível – sua nova pesquisa sobre a técnica analítica. Conforme ela comenta (2002), o indivíduo marca seu corpo por meio das impressões sensíveis que um dia experimentou.

Essas experiências vividas não podem ser resgatadas pela linguagem, e por conseguinte, não podem ser identificadas no discurso, pela associação livre. Elas formam marcas do registro de um corpo sensorial, anterior ao trabalho de representação. O reconhecimento de tais nuances poderá dar-se por meio das sensações experimentadas no espaço transferencial, razão pela qual Fontes defende a tese de que há uma memória corporal despertada pela transferência, com o seguinte argumento:

Se a interpretação dos sonhos é uma via possível e importante para o acesso às impressões precoces, refletirei aqui sobre a possibilidade de observar, pela transferência, um retorno das impressões sensíveis traumáticas, não-resolvidas, por meio de uma memória corporal. (FONTES, 2002, p.14).

Assim posto, é na direção de uma psicanálise do sensível que a teórica desenvolve o estudo do corpo em psicanálise, considerando, em paralelo, as suas discussões e a regressão como fenômeno inerente e indispensável ao processo analítico. Examinamos como esses elementos se constituem em sua obra, *Memória corporal e transferência – fundamentos para uma psicanálise do sensível* (FONTES, 2002), quando toma, como ponto de referência para realização desse trabalho, as idéias de Freud e Ferenczi.

Essa autora fundamenta-se, para esse trabalho, na investigação do lugar destinado ao registro corporal nas teorias de tais estudiosos. Portanto, ao utilizar-se da análise de quatro temas – as zonas erógenas e a anímixia; o auto-erotismo; a noção ampliada de trauma; e o inominável, – reporta-se à importância deles para o desenvolvimento do psiquismo.

Primeiro, ela se sustenta na idéia de Ferenczi, no texto *Transferência e introjeção*, no qual afirma que, no início do desenvolvimento, a criança ama a saciedade, e só depois, de saciada a fome, ela amará a mãe. (FERENCZI, 1909). Logo, o registro das primeiras satisfações está marcado pelas sensações corporais de saciedade, a partir do contato com o alimento; depois, ele descobre a mãe, como

aquele que porta o alimento e é capaz de produzir satisfação. No texto *Desenvolvimento do sentido da realidade e seus estádios* (1913), do mesmo autor, enfatiza-se a apreensão da realidade feita pela criança, como reproduções de sua própria corporeidade, senão vejamos:

[...] o psiquismo da criança concentra – no que diz respeito ao corpo próprio – um interesse primeiro exclusivo, mais tarde preponderante, em relação à satisfação de suas pulsões, ao gozo que lhe trazem as funções de excreção e atividades tais como chuchar, comer, tocar as zonas erógenas [...] Nesse estágio, a criança só vê no mundo reproduções de sua corporeidade e aprenderá a figurar por meio de seu próprio corpo toda a diversidade do mundo exterior. (FERENCZI, 1913, p.60).

Como afirma Ferenczi, a criança realiza um período de atravessamento animista, quando inicia a apreensão da realidade. Nesse período, os objetos do mundo se apresentam para ela de maneira animada, e tenta, por meios deles, realizar um reencontro com seus próprios órgãos.

Fontes (2002) comenta que Ferenczi privilegia o estudo da teoria sexual freudiana para apresentar sua idéia sobre a anímixia dos erotismos: “a fusão de dois ou vários erotismos numa unidade superior”. (FERENCZI, 1914-1915/1924: p.265-271). Citando Ferenczi:

Quando a excitação engendrada pela contemplação, a audição, a olfação erótica atinge uma intensidade suficiente, ela incita aos abraços e as trocas de beijos, e só quando estas carícias tiverem, por sua vez, atingido certa intensidade, é que se manifesta o desejo de ereção, penetração e fricção que culmina no processo anímítico de ejaculação já descrito. Podemos quase dizer que cada ato sexual repete brevemente toda a evolução sexual. (FERENCZI, 1914-1915, 1924, p. 262).

Assim, o corpo detém a história do vivido, reproduzindo, por meio das manifestações somáticas (explosões de afeto, de parestesias, de espasmos etc), os significantes que se posicionaram fora do espaço da elaboração psíquica. Ele se constitui como um dos canais de manifestação física de angústia e é decorrente do acontecimento traumático.

Fontes reforça que o registro traumatizante, como marca corporal, não pode ser rememorado como lembrança recalcada, restando-lhe, como alternativa, o

despertar no corpo. Nesse sentido, ela, como Ferenczi, segue a posição freudiana de que: “O Ego [*Moi*] é antes de tudo um Ego [*Moi*] corporal [...]. O Eu [*Moi*] deriva, em última instância, das sensações corporais, principalmente daquelas que têm sua fonte na superfície do corpo. Assim, pode ser considerado uma projeção mental da superfície do corpo e, além disso, como vimos anteriormente, ele representa a superfície do aparelho mental [...]”. (FREUD, 1923, p.238). Para Fontes, O Eu [*Moi*] corporal é anterior a tudo [...]”. (FONTES, 2002, p.49).

Com esses pressupostos, Fontes sustenta sua teorização sobre as condições do acontecimento somático via transferência e com a memória corporal.

De Freud, a autora retoma os *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905), no qual privilegia a relação corpo-psiquismo, ao inaugurar o desenvolvimento sexual a partir de fixações ligadas a zonas erógenas e à satisfação no próprio corpo. “No auto-erotismo, a pulsão não é dirigida para outras pessoas. Ela se satisfaz no próprio corpo do indivíduo. O objeto da pulsão não é necessariamente estranho, e sim uma parte do próprio corpo. O objeto se apaga em proveito do órgão que é sua fonte e, regra geral, forma apenas um com ele [...]” (FONTES, 2002, p. 29-30). A noção de autoerotismo diz de um tempo mais primitivo do desenvolvimento do sujeito – lugar em que o corpo era tanto fonte quanto objeto da pulsão.

Apesar dos quatro temas por Fontes selecionados, se apresentarem como peças fundamentais no registro do sensorial em Freud e em Ferenczi, não há o propósito de nos determos nessa questão, visto que nosso principal objetivo é refletir, a partir da transferência, sobre as condições em que surgem o acontecimento somático, procurando, em paralelo a isso, nos interrogar a respeito da memória corporal. Podemos acrescentar que, segundo Fontes, os aspectos destrutivos de um desenvolvimento comprometido deixam marcas no corpo do sujeito, traumas que consoante Freud: “são experiências relativas ao corpo próprio, ou então, percepções sensoriais, principalmente de ordem visual e auditiva”. (FREUD, 1939, p.161-162). O trauma acompanha o campo da experiência infantil e pode suscitar movimentos de investimento, contra-investimento e desinvestimento. (FONTES, 2002). É o corpo que denuncia esse trauma e desperta a memória desse tempo vivido.

A pesquisa da autora partiu da clínica, através da análise de pacientes somatizantes, pelo que procurava investigar, por meio da transferência, as

manifestações corporais de seus conflitos. Os resultados de tais pesquisas mostram que, pelo resgate da memória corporal, é possível constituir laço associativo necessário ao tratamento analítico. Nessa direção, comenta:

Pela transferência, em análise, essa influência real terá seu lugar. Por meio do fenômeno da repetição, característica fundamental do processo de transferência, as seqüelas de impressões deixadas pelas experiências 'originárias' registradas em uma memória corporal poderão retornar. (FONTES, 2002, p.57).

Explicitando o que a autora afirmou: a transferência é o campo no qual se desperta a memória corporal dos tempos mais primitivos vividos pelo paciente. “[...] E, é a memória corporal a única que pode voltar atrás, porque o corpo é testemunha do tempo precoce do sujeito”. (FONTES, 2002, p. 70).

Com base nisso, podemos afirmar que o corpo, lugar constituinte da memória, tem participação especial na construção do simbólico. Como diz Pontalis: “É o nosso corpo que faz com que, apesar de tudo, apesar de rupturas, desordens, mudanças de toda natureza; possamos, reconhecer essa vida como nossa”. (PONTALIS, 1986, p.149). Portanto, o vivido pelo sujeito, por intermédio de seu corpo, – as mais diversas formas de prazer, sofrimento –, constituem a identidade psíquica do sujeito, como também sua maneira de ver o mundo.

Maria Helena Fernandes (2003), nessa perspectiva, dará prosseguimento às discussões que os teóricos apresentados já iniciaram, não perdendo de vista o referencial metapsicológico freudiano que lhe serviu de bússola nessa viagem contemporânea sobre o corpo. Senão vejamos.

A teoria freudiana, que deu fortes contribuições aos quadros de histeria e da teoria dos sonhos, realiza percurso complexo que vai da noção de pulsão ao ego-corporal, trazendo uma abordagem própria do corpo, na qual a alteridade é peça-chave. Esta, como princípio constitutivo da concepção freudiana de corpo, revela segundo Fernandes, o corpo visto tanto como corpo da representação como do transbordamento. E é para o corpo do transbordamento que devemos olhar, a fim de compreender os sintomas atuais (fenômenos psicossomáticos, depressão, transtornos alimentares, cirurgias estéticas, sexualidade compulsiva, busca psicopatológica pela saúde, síndrome de pânico, e outras). Ela revela um excesso

de significantes que não tiveram acesso à representação, situando-se fora do processo de simbolização. Nesse intento, Fernandes analisa os sintomas corporais como os fenômenos mais agudos e penosos desse transbordar, concebidos como descargas, excessos que atravessam o aparelho psíquico. Como o corpo do transbordamento, temos o trauma em si, visto como limítrofe do psíquico, lugar este não elaborado e desorganizado, uma vez que não consegue passar pelo plano da representação e permanece como marca no corpo. (FERNANDES, 2003, p.127).

Segundo ela, o corpo do transbordamento e o da representação apesar de se originarem do corpo pulsional erógeno, diferenciam-se quanto às possibilidades de circulação psíquica. O primeiro, enquanto realiza a travessia sem passar pelos processos de recordação, repetição e elaboração, permanece ligado ao corpo físico e corresponde ao curto-circuito pulsional. Já o segundo, é atravessado pela linguagem, e atinge o campo da representação, no que tange ao grande circuito pulsional.

Fernandes esclarece, ainda, que as imagens, denunciadas pela clínica psicanalítica, se apresentam como o espelho da cultura, e refletem, de forma diversificada, a imagem do mal-estar vivido pelo sujeito na atualidade. A fim de clarear essa idéia, ela cita Freud (1921) que, já no texto *“Psicologia das massas e análise do ego”*, afirma que o psiquismo é constituído a partir da alteridade. Se “a psicologia individual é simultaneamente psicologia social” (p.05), acrescenta ela: “a subjetividade se constitui a partir da alteridade, da existência fundamental do outro como eixo constitutivo do psíquico [...]”. (FERNANDES, 2003, p.16). Logo, é através da cultura que as formações psicopatológicas retiram o material que lhes dá forma, imagem.

Para Fernandes, há todo um reflexo do imaginário social de uma época, que opera na construção dos novos sintomas. Verificamos que há uma ênfase dada à exterioridade corporal, com predomínio intenso de quadros psicopatológicos voltados para a ação e para os males no corpo. Podemos dizer que o corpo, além de ser fonte ou meio de satisfação pulsional, é também instrumento ou meio que expressa a dor e o sofrimento do sujeito, em uma cultura na qual se economiza palavras, posto que a prevalência é da imagem e da vivência sensitiva.

A fim de explicar a diversidade semântica do corpo, suas ressonâncias com as problemáticas clínicas e a construção desse conceito em Freud, Fernandes (2003) retoma, em Assoun, o conceito de corpo.

Por um lado, Freud emprega diversos termos, seguindo para tanto o uso semântico: assim, corpo remete, em alemão, a uma distinção que o uso francês do termo encobre. O Corpo é, com efeito, *Körper*, o corpo real, objeto material e visível que ocupa um espaço e pode ser designado por uma certa coesão anatômica. Mas é também *Leib*, ou seja, o corpo tomado em seu enraizamento, em sua própria substância viva, o que não pode passar sem uma conotação metafísica: não é apenas um corpo, mas o corpo, princípio de vida e de individuação. Por fim, o corpo nos remete ao registro do *somático* (*somatisches*), adjetivo que, justamente, nos permite evitar os efeitos dos dois outros substantivos ao descrever processos determinados que se organizam segundo uma racionalidade ela própria determinável. Tal é o leque revelador de registros, que vai dos processos somáticos à corporalidade, passando pela referência ao corpo. (ASSOUN, 1998, p. 161-162).

Servindo-se dos autores aqui comentados, Fernandes diz que o corpo em psicanálise é regido pelas leis do desejo inconsciente em relação à história do sujeito, e é atravessado pela linguagem subjetiva. Acrescenta ela: “[...] ele se apresenta como o palco onde se desenrola o complexo jogo das relações entre o psíquico e o somático, e como personagem integrante da trama dessas relações”. (FERNANDES, 2003, p.34). Nesse intento, a teoria freudiana, que põe em destaque o somático, ou seja, esse conjunto orgânico em constante circulação, é encorpado por um *Outro* corpo que se apresenta de forma distorcida, disfarçada entre as malhas de outros corpos (anatômico, fisiológico, orgânico, e outros) como também, através dos sonhos, atos falhos, chistes, somatizações – fenômenos esses inconscientes, denunciam um desejo não sabido.

Com vistas a esclarecer esses dois tipos de sintomas – o sintoma corporal da doença somática e o sintoma corporal da histeria, Fernandes aponta que, enquanto um – o do somático –, apresenta-se desprovido de significação, o outro – o da histeria – aparece de forma enganosa no corpo, sendo este propenso a desaparecer a partir do efeito de interpretação analítica. (FERNANDES, 2003).

Na histeria, é uma excitação psíquica que se serve de uma via inadequada que leva a reações somáticas. Na neurose de angústia, ao contrário, é uma tensão física que não consegue descarregar

psiquicamente e que permanece, por isso, no domínio físico. Os dois processos muitas vezes aparecem combinados. (FREUD, 1894, p.85).

A autora acrescenta que é na realidade somática que a histeria se pronuncia, encontrando sua fonte em uma certa complacência somática. Da mesma forma, aponta que os sintomas das doenças somáticas ocupam um lugar significativo na economia fantasmática do sujeito. Tanto os sintomas da histeria quanto os das doenças somáticas não se distanciam de uma manifestação subjetiva, pois ambos conferem a presença de significantes no próprio corpo. Do mesmo modo que acontece no sonho. Ou seja, tem um caráter alucinatório e hipocondríaco. Nessa direção, Fernandes diz que o sono, por meio de seu estado regressivo, facilita esse olhar do sonho sobre o corpo. “O estado de sono, e certamente o sonho, são aqui os instrumentos de uma abordagem que parece permitir uma compreensão metapsicológica do modo de relação do inconsciente com o corpo”. A autora argumentando a presença somática nos acontecimentos psíquicos, e reportando-se ao estudo dos sonhos, refere-se ao “teatro do sonho” como se dividindo entre percepção e alucinação e retoma a importância dos estímulos somáticos nos sonhos. (FERNANDES, 2003). Segundo Freud, há três tipos de fontes somáticas: aqueles estímulos sensoriais, os objetivos, – originados de objetos exteriores; os estados de excitação interna, ou seja, os subjetivos referentes aos órgãos dos sentidos, e os estímulos somáticos – originados do interior do organismo. (FREUD, 1900).

Assim, a expressão “fontes somáticas” inclui as fontes corporais, por oposição às fontes psíquicas, e o qualificativo de “somático” refere-se tanto à superfície do corpo quanto ao interior do organismo.

No próximo capítulo, teremos oportunidade de discutir a relação do psíquico com o somático, analisando fragmentos de um caso de Síndrome de Pânico, nos quais será descrito o percurso feito pelo paciente no sentido de significar certos sintomas físicos vividos por ele em tempos remotos da relação primitiva com a mãe e com o corpo próprio. Esses sintomas, ainda que estando fora do campo representacional, expressam uma subjetivação nascente.

3 SINTOMAS CORPORAIS NA SÍNDROME DE PÂNICO

Este capítulo nós traremos a discussão dos sintomas físicos presentes no Transtorno de Pânico, não como reações fisiológicas desencadeadas pelo pânico, e sim, como possibilidade de subjetivação realizada a partir da análise da transferência de um jovem de vinte e nove anos, casado, do sexo masculino, que recebeu o diagnóstico psiquiátrico de Síndrome de Pânico.

De início, apresentaremos o ponto de vista da psiquiatria quanto ao diagnóstico clínico da Síndrome de Pânico, porém, não restringiremos nosso olhar à literatura psiquiátrica, sabendo que nela há uma restrita discussão referente às contribuições da psicanálise. Como afirma Pereira (1999), encontramos referências apenas à contribuição de Freud sobre os acessos de angústia na neurose de angústia. Todavia, é possível ampliar essa discussão, a partir do estudo realizado por ele, que como psiquiatra e psicanalista, tratou dessa questão com bastante propriedade em *“Pânico e desamparo: um estudo psicanalítico”*. (1999).

Observa-se, nos textos psicanalíticos que abordam a questão do pânico, não existir um discurso único e homogêneo. Convém recorrer aos textos de Freud – estudioso da discussão sobre a angústia.

Para esse teórico, o pânico se origina em relação a outros fenômenos ansiosos, e todos se constituem dentro de um amplo campo psicopatológico que ele chama de “o Angustiante”. Assim, esse termo tem para Freud um sentido amplo que reúne outros fenômenos de natureza diferente, ligados à angústia, como: o terror, o horror, o sentimento de inquietante estranheza, considerando, entre eles, o pânico, objeto desta pesquisa.

Segundo Pereira, o termo “ataque de pânico” somente entrou como uma das concepções atuais da angústia, em 1980, com a publicação do DSM-III, que passou a criar a categoria psiquiátrica do “transtorno de pânico”. Até essa data, era bastante raro e não-sistemático o emprego da palavra pânico. (PEREIRA, 1999). Comenta ele:

[...] ao criar a categoria de transtorno de pânico, a psiquiatria moderna teve o mérito incontestável de circunscrever, por um ato de nomeação, um fenômeno que há muito aparecia como uma preocupação recorrente entre os autores mais respeitados no campo da psicopatologia sem, no entanto, ter sido constituído em objeto teórico formalmente definido até então. Isto não significa que a categoria de transtorno de pânico constitui em si mesma esta formalização teórica tão esperada, mas apenas que ela delimita um certo campo clínico e, sobretudo, discursivo, sobre o qual se pode realizar uma abordagem psicopatológica original. (PEREIRA, 1999, p.29).

Por assim dizer, com a criação do DSM-IV, a definição do Transtorno de Pânico se esclarece com sua especificação. No DSM-IV, a característica essencial do Transtorno de Pânico é a presença de ataques de pânico recorrentes e inesperados, seguidos por pelo menos um mês de preocupação persistente acerca de ter um outro ataque de pânico, preocupação quanto às possíveis implicações ou conseqüências dos ataques de pânico, ou uma alteração comportamental significativa relacionada aos ataques.

Ressalta-se que além dessas características, acima discriminadas, há o surgimento de uma espécie de conversão para as sensações corporais; justificando a presença de somatizações em tais quadros. Primeiramente, apresentaremos como o DSM-IV e o CID-10 definem e caracterizam a Síndrome de Pânico. Em seguida, veremos, com mais detalhes, como a psicanálise trata a questão. Em Freud, ela aparece nos estudos que tratam da neurose de angústia; em Paul-Laurent Assoun (1998), que investiga o inconsciente psicossomático; em Mário Eduardo Costa Pereira (1999), que analisa as manifestações corporais da Síndrome de Pânico como saída física encontrada pelo sujeito de construir simbolicamente o desamparo, e mais recentemente, em Ivanise Fontes (2002), que traz contribuições a respeito de uma memória corporal, através da transferência do trabalho analítico.

3.1 Caracterização do Transtorno de Pânico

A descrição e a caracterização desse transtorno de pânico, pela psiquiatria, adquirem uma nova dimensão no DSM-III e CID-10 – catálogos de

classificação das patologias, amplamente utilizados pelos profissionais de psiquiatria para efetivação de diagnóstico. Por essa razão, nos utilizaremos a descrição, ali presente, para identificar os sintomas físicos e psíquicos próprios do Transtorno de Pânico. Nessas últimas versões dos catálogos, o referido transtorno passa a ser nomeado de “Transtornos Neuróticos”, “Transtornos relacionados com o Stress” e “Transtornos Somatoformes”. Ainda, o especificam como “Transtornos Ansiosos”, definidos como “Transtornos caracterizados essencialmente pela presença de manifestações ansiosas que são desencadeadas exclusivamente pela exposição a uma situação determinada”. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, CID-10, 1996, p. 333).

Assim posto, segundo a OMS⁶, o Transtorno de Pânico se constitui por ataques recorrentes de ansiedade grave (ataques de pânico) que surgem de forma imprevisível, e não estritamente em situações determinadas. Convém observar:

[...] a presença de Ataques de Pânico recorrentes e inesperados seguidos por pelo menos um mês de preocupação persistente acerca de ter um outro Ataque de Pânico, preocupação acerca das possíveis implicações ou conseqüências dos Ataques de Pânico, ou uma alteração comportamental significativa relacionada aos ataques. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, DSM-IV, 1985, p. 379).

Alguns dos sintomas físicos direcionam os sujeitos a uma preocupação excessiva quanto ao medo da morte, de enlouquecer e de perder o controle da situação. Entre esses sintomas incluem-se distúrbios cardiorrespiratórios – palpitações ou taquicardia, sensação de asfixia – de falta de ar e de sufocamento, calafrios, sudorese, tremores, desconforto ou dores abdominais, vertigem, náusea, desmaio, parestesias, desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (estar distanciado de si mesmo), medo de perder o controle ou de enlouquecer, medo de morrer, parestesias (anestesia ou sensação de formigamento), calafrios e ondas de calor. Esse quadro pode vir ou não acompanhado de agorafobia (ansiedade de estar em locais ou situações das quais seja difícil escapar ou onde o auxílio não seja possível).

⁶ Dados obtidos no CID-10, Organização Mundial de Saúde (1996).

É importante pontuar, pela descrição acima, a forte presença dos sintomas físicos no quadro de pânico, revelando, com isso, a ausência de elementos simbólicos, que possam auxiliar o trabalho psíquico do sujeito.

Para que o diagnóstico de Transtorno de Pânico se estabeleça, devemos observar a frequência em que os ataques se apresentam, com suas características particulares. Assim, para realização do diagnóstico diferencial, é preciso observar o contexto em que ocorre tal ataque, havendo possibilidades desse quadro vir acompanhado de ansiedade.

O surgimento de um ataque de pânico não caracteriza a instalação do Transtorno de Pânico. Segundo o DSM-IV e o CID-10, a característica mais importante para incluir os ataques no diagnóstico desse transtorno é que eles devem aparecer de forma inesperada, desvinculados de exposição a situações quase sempre causadoras de angústia. Apesar de instalado o transtorno, outro tipo de ataque de pânico também pode ocorrer. No DSM-IV está descrito como “um período distinto, no qual há o início súbito de intensa apreensão, temor ou terror, freqüentemente associados com sentimentos de catástrofe iminente”. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, DSM-IV, 1985, p.375).

Esses sintomas assumem uma dimensão abrupta e podem alcançar um pico em 10 minutos. Já os ataques, que têm duração variável, podem ser de alguns minutos a várias horas. Portanto, duram entre 5 e 30 minutos e desaparecem vagarosamente sem uso da medicação. Estando o sujeito envolvido em uma circunstância dessa vive o perigo como uma realidade presente e sem fim.

Por conseguinte, o ataque de pânico dá início por um estado de inquietude, que poderá aumentar rapidamente, chegando até o terror. Sendo assim, o sujeito se desespera, como se estivesse sendo vítima de um mal-estar físico e intenso. Verifica-se, nesses sujeitos, um caráter aterrorizante de ameaça instantânea contra a vida, com o sentimento de que algo grave está acontecendo.

Os ataques com menos de quatro dos sintomas indicados são denominados de ataques de pânico com sintomas restritos. Mesmo assim, os que apresentam sintomas limitados sofrem, durante o decorrer do transtorno, um ataque “completo”. Assim, a frequência e a gravidade desses fenômenos variam bastante.

Segundo o DSM-IV, há três tipos característicos de ataques, que apresentam uma variação de acordo com a presença e com a ausência de alguns ativadores situacionais. São eles:

- ? ataques de pânico inesperados (não-evocados) – os não associados com um ativador situacional, ou seja, ocorrem, espontaneamente, “vindo do nada”;
- ? ataques de pânico ligados a situações (evocados) – os que ocorrem, quase invariavelmente, logo após a exposição ou a antecipação a um evocador situacional;
- ? ataques de pânico predispostos pela situação – os que ocorrem mediante exposição ao ativador situacional, porém não estão associados ao evocador e não ocorrem, necessariamente, após a exposição.

Aqueles que sofrem desse tipo de transtorno apresentam preocupação singular com as implicações e conseqüências dos ataques de pânico. E logo após uma crise, esses sujeitos se sentem desmoralizados, desencorajados, envergonhados, ansiosos, cansados, infelizes; expressando dificuldades em levar adiante rotinas habituais. Eles chegam a dizer que é a pior sensação já experimentada, não medindo esforços para impedir-lhe a repetição. Consideram, assim, ser uma situação de ameaça a vida, de algo catastrófico que está acontecendo ou algo semelhante a isso.

Inevitável e constante é a preocupação com a reincidência, na vida desses sujeitos, chegando a recorrer às medidas preventivas, a fim de evitar situações em que imaginam não obter ajuda ou saída. Além disso, eles expressam intensos sentimentos de ansiedade, sejam elas focalizadas ou não; já, em outros, há apreensão acerca do desenvolvimento de atividades rotineiras, que estão relacionadas à saúde ou à separação de pessoas queridas.

Devido à preocupação excessiva com um novo ataque, é comum que os sujeitos, que apresentam o referido transtorno, possam desenvolver o sintoma de agorafobia. Nesse caso, existem dois tipos básicos de transtorno de pânico: aqueles que apresentam e não apresentam agorafobia.

Conforme o DSM-IV, a característica essencial da agorafobia é:

[...] uma ansiedade acerca de estar em locais ou situações das quais escapar poderia ser difícil (ou embaraçoso) ou nas quais o auxílio pode não estar disponível na eventualidade de ter um Ataque de Pânico ou sintomas tipo pânico. A ansiedade tipicamente leva a esquiva global de uma variedade de situações, que podem incluir: estar sozinho fora de casa ou estar sozinho em casa; estar em meio a uma multidão; viajar de automóvel, ônibus ou avião, ou estar em uma ponte ou elevador. Alguns indivíduos são capazes de se expor às situações temidas, mas enfrentam essas experiências com considerável temor. Frequentemente, um indivíduo é mais capaz de enfrentar uma situação temida quando acompanhado por alguém de confiança. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, DSM-IV, 1985, p. 378).

Destacamos a necessidade que os sujeitos têm de aliviar a angústia que experimentam. Nessa direção, Pereira (1999) comenta que, nas descrições freudianas dos ataques de angústia, o acesso teria ligação com a separação de entes queridos próximos ou com perturbações em situações que antes representavam segurança e proteção. Consequentemente, a perda de proteção, como propulsora dos ataques de angústia, está associada não somente à falta de garantias, de segurança, mas também a insuficiência da lei entre os homens, como agente da estabilidade. É importante frisar que essa característica do transtorno está associada com a angústia da separação, como também com o confronto com a própria castração, com a interdição e com a sensação de desamparo vivenciada por algumas pessoas. Consideramos, que o amparo é primordial, e é a lei que garante essa situação de segurança. Portanto, sustentar o desamparo e ter condições de assumi-lo, assim como, aceitar a castração, a finitude e a lei que regula as relações – os “amparos”.

Selecionamos, a seguir, alguns autores que analisam os sintomas do pânico como saída corporal encontrada pelo psiquismo para apreender o desamparo; os que associam aos estados extremos de angústia, e, finalmente, aqueles que dão importância às questões subjetivas elaboradas no campo da transferência como uma memória corporal de acontecimentos primitivos.

3.2 Leitura Psicanalítica da Síndrome de Pânico

Tratar psicanaliticamente os “ataques de pânico”, segundo Pereira (1999), é reconhecer-lhes o estatuto de um problema do ponto de vista psicopatológico e clínico. A psiquiatria moderna ao criar a categoria de transtorno de pânico, circunscreveu um fenômeno que já circulava entre os autores do campo da psicopatologia sem, contudo, formalizar um objeto teórico definido. Ela, propiciou o surgimento de um novo conceito discursivo no campo clínico, possibilitando a criação de uma abordagem psicopatológica original. Do ponto de vista da psicanálise, segundo Pereira (1999), não existe possibilidade de uma elaboração desenvolvida sobre o pânico, de modo a situá-lo de forma clara, em relação à teoria da angústia. É pelo viés das discussões sobre os estados extremos de angústia que iremos abordar as questões relativas ao pânico. Nesse sentido, o sintoma na psicanálise assume uma outra conceituação daquela questionada pela psiquiatria. Há uma valorização do conteúdo externo dos sintomas, estando estes muito mais articulados com a questão subjetiva de cada paciente.

Como apresentamos no primeiro capítulo, a neurose de angústia apresenta tanto concordâncias quanto diferenças sintomatológicas em relação às outras neuroses. Em relação ao pânico, objeto do nosso presente estudo, afirmamos que à semelhança da neurose de angústia, ele carrega uma excitação sexual somática que foi desviada da esfera psíquica. Os sintomas decorrentes do Transtorno de Pânico se assemelham aos da neurose de angústia, conforme podemos constatar no item anterior, quando utilizamo-nos das referências nosográficas dos catálogos de psiquiatria. Consoante Pereira (1999), a descrição freudiana sobre os acessos de angústia, presente na *Angstneurose*, se aproxima daquela que é estabelecida operacionalmente, nos dias atuais, para o Transtorno de Pânico.

Conforme o mesmo autor, o ataque de pânico se apresenta como um pedido desesperado de socorro que, segundo Freud, se dirige a um “*Outro pré-histórico e inesquecível que ninguém poderia igualar*”, com o objetivo de ocupar, mais uma vez, o lugar onde faltavam as respostas referentes ao sexual do corpo. (PEREIRA, 1999).

Nesse sentido, o pânico irá se instalar, quando o aparelho psíquico for levado a reconhecer os limites das possibilidades de simbolização, porém ele não conseguirá suportar o peso, e, muito menos, as conseqüências desse reconhecimento, visto que o enfrentamento dos limites passará a ser vivido de forma ameaçadora diante do desmoronamento do mundo simbolicamente organizado. Como evidencia Pereira:

O pânico constitui a marca e a prova de que o aparelho psíquico descobriu a sua precariedade fundamental enquanto tal. Através do ataque de pânico, o sujeito busca, de alguma forma, tornar apreensível no plano psíquico a experiência inominável do desamparo [...]. (PEREIRA, 1999, p.39).

Comentando a citação, alguns sujeitos, quando se vêem confrontados com a falta de garantia diante de alguns aspectos de sua existência, criam o pânico. Pereira explicita, que o pânico constitui uma saída corporal extrema de tornar o desamparo apreendido pelo psíquico. Desse modo escreve:

No pânico, o sujeito parece tentar levar sua experiência do desamparo a seu nível mais extremo, mais insuportável, como uma forma de obter um certo domínio sobre ele. Desse ponto de vista, um ataque de pânico não pode ser concebido como manifestação direta de uma pura descarga “automática” da energia pulsional, mas, antes, como um esforço extremo no sentido de capturar o inominável”. (PEREIRA, 1999, p.39-40).

Nessa perspectiva, o pânico é definido como o estado afetivo que se instaura, quando o aparelho psíquico, ao se confrontar com a *Hilflosigkeit*, que Freud denomina de desamparo fundamental – descobre, de maneira assustadora, que o lugar, onde poderia encontrar a presença de um deus protetor do seu mundo, encontra-se vazio.

Nessa confrontação, Pereira acrescenta que o pânico resulta em dois pressupostos:

- 1- que aquilo que não pode ser simbolizado diz respeito a um gozo sexual ancorado no real do próprio corpo;
- 2- que até o momento do desencadeamento das crises, a dimensão de desamparo da linguagem havia sido “tamponada” naquele sujeito pela presença concreta de “objetos-fiadores” que

permitted a maintenance unaltered of a illusion of being totally protected by a being omnipotent, immortal and beneficent". (PEREIRA, 1999, p.38).

Podemos dizer que há um esforço por parte do sujeito de tornar a condição de desamparo aceitável, mesmo que de maneira desesperada, via pensamento. Assim, quando, ao contrário, surgem situações de perdas súbitas, a unidade do eu se vê ameaçada e passa não mais propiciar garantia externa para o perigo, levando o sujeito a se deparar com o caos e com a desagregação psíquica e, conseqüentemente, com o surgimento do pânico.

É nesse sentido que o pânico pode ser instalado a partir da queda de garantia que é mantida, por algum tempo, imaginariamente, pelo sujeito, como a saída encontrada para a estabilidade de seu mundo. Assim, quando cai a garantia imaginária, o sujeito se vê diante de um ataque de pânico, no qual a experiência de desamparo é vivida no nível mais radical, insuportável.

Como nos referimos anteriormente, a crise de pânico é dirigida ao *Outro* ("pré-histórico e inesquecível") embora que não seja ligada a alguém familiar, ela se constitui como demanda de amor, de reconhecimento, pelo sujeito na tentativa de evitar o próprio desamparo. Assim, os sintomas físicos, como: vertigens, taquicardias, sensações de estar morrendo, usuais nos ataques de pânico – são manifestações corporais da experiência de abandono. O depoimento de Pedro que se segue, exemplifica isso.

Eu não pude ficar em casa sozinho, porque me bateu logo o medo, então, eu precisava ir atrás de uma proteção, achei melhor, vir para cá. (se dirigiu para a casa da tia). É sempre assim, quando eu tenho o ataque é como se eu buscasse me proteger de algo e corresse atrás de alguém para me proteger, um exemplo, como se esse alguém fosse você. É o que falei nas outras sessões, eu acho que eu tenho o ataque só para me sentir protegido, porque eu sei que vai ter pessoas para cuidar de mim. Eu acho que é uma vontade de retornar para o útero materno, porque lá eu me sentia protegido, seguro, eu acho que é isso [...]. (relato de Pedro).

A medida de proteção que o paciente encontrou, para lidar com seu desamparo, foi promover as crises de pânico, tendo ele a idéia de que, através

delas, resgataria a proteção parental, que faltou durante os anos da infância. Segundo ele, do lado da mãe, faltou afeto; do lado do pai, segurança.

Nesses momentos de desencadeamento das crises, como podemos observar no referido paciente, o sujeito sente não ter mais confiança no poder que o outro tem. Portanto, a partir dessa revelação, passa a não elaborar nenhuma construção subjetiva, restando-lhe, como saída, o desespero. Por meio das crises ele clama para que o outro o salve, proteja-o e lhe reassegure garantias.

Se até o desencadeamento das crises, o sujeito se via protegido por uma pessoa concreta ou por uma situação estável, que lhe assegurava a proteção em relação à falta e à castração, com o desencadeamento da primeira crise, ele se vê confrontado com o desabamento da ilusão e é colocado diante da questão do desamparo. Para esse sujeito, não há nenhuma possibilidade de subjetivação da falta de garantias, sendo ele assujeitado a uma terrível avalanche de sintomas corporais que lhe tomam por inteiro. Resta-lhe, como única alternativa, o desespero e a tentativa de fazer alguma coisa, – que se resumem no pânico.

Como afirma Pereira (1999), o início das crises tem para o sujeito um caráter absurdo e sem lógica. Ele não compreende o porquê dos ataques avassaladores, como também das experiências de insegurança e de infantilidade que invadem a sua vida. Como diz o autor, o sujeito não se reconhece em seu sintoma, que a seus olhos se apresenta como estranho e invasivo, exterior ao seu eu. Apresenta-se sim, como uma dor invasiva, absurda, que não lhe transmite nenhum ensinamento e da qual ele quer se livrar com urgência. Assim relata Pedro:

Eu sei que eu preciso construir alguma outra coisa no lugar da crise, mas eu não sei como fazer isso. Alguma outra coisa mais positiva que não seja preciso eu ter a crise. Brincar, também, de carrinho não vai adiantar, porque eu sei o que eu perdi não vou poder mais recuperar. Eu hoje eu tenho uma filha⁷ e sou adulto. Sou eu que tenho que cuidar dela e não ao contrário, querer que o outro cuide de mim. Eu quero ser independente, não posso querer com a crise que as pessoas cuidem de mim. Por exemplo, se eu acho que a minha mãe não cuidou direito de mim, agora eu tendo uma crise, vou tê-la mais perto. (relato de Pedro).

⁷ Como Pedro esteve invadido, durante alguns anos, pelo pânico, ele não se viu capaz de realizar outros projetos de vida e até a sua posição heterossexual foi por ele questionada. Assim, no decorrer da análise, pouco se referiu à esposa, razão pela qual ela aparece nesse texto como mãe da filha. Consideramos que também se encontrava comprometido seu lugar de agente de desejo para uma mulher.

Por meio das crises de pânico, o paciente se via na condição de infantil revelando a sua condição de desamparo e de dependência diante do outro parental. O outro a quem o sujeito se refere é aquele que falta onde é solicitada a sua presença concreta ou que não responde à demanda de proteção onipotente, observa Pereira (1999). Esse pedido tem por finalidade proteger o sujeito contra os terrores do desamparo, que se materializam em uma preocupação a respeito da integridade do seu corpo. Desse modo, os pacientes, que são tomados pelos ataques de pânico, necessitam da presença desse fiador e perder o contato com ele significa perder as referências estruturantes da imagem do corpo-próprio.

A relação do desamparo, com a morte, está muito presente nos indivíduos que sofrem dos ataques de pânico. Esses sujeitos elaboram uma relação particular com ela, que pode ser constatada através da sintomatologia corporal que eles apresentam, quando relatam a sensação de “estar morrendo” durante as crises, como também, a preocupação exagerada com a saúde física.

Contudo, a relação do sujeito em pânico com a morte é bastante problemática, pois a morte própria não é representável no inconsciente. Conforme Pereira (1999), se Freud nega a possibilidade de representação da morte no inconsciente, ele deixa pistas e sugere a existência de um lugar vazio, promovido pelo próprio inconsciente. Assim, ao se deparar com esse vazio, o sujeito se vê sem ajuda, sentindo-se invadido por fantasmas que constantemente se inscrevem em seu psiquismo.

Em *Inibição, sintoma e ansiedade* (1926), Freud esclarece um pouco mais e diz que o perigo, do qual foge o aparelho psíquico, não é da própria morte, sendo esta relacionada à morte do corpo físico, mas sim, a condição de desamparo absoluto, de invasão pulsional sem limite, de abolição de toda e qualquer condição de simbolização. Dessa maneira, Freud chama essa condição psíquica, com a qual o sujeito se vê defrontado, de situação de desamparo [*Situation der Hilflosigkeit*].

Como justifica Pereira (1999), o desamparo tem papel fundamental no processo de angústia e Freud não vacila em afirmar que a *Hilflosigkeit* representa “o núcleo, a significação, da situação de perigo”. (PEREIRA, 1999, p.37).

Nessa perspectiva, aquele autor estabelece algumas conclusões a respeito das idéias de Freud sobre o pânico; são elas: “o pânico é um fenômeno essencialmente ligado ao pensamento e ao eu ao passo que o desamparo diz respeito à fragilidade inerente a linguagem. O pensamento busca pelo pânico apoderar-se corporalmente do desamparo implicado em tudo o que é da relação da linguagem ao sexual”. (PEREIRA, 1999, p. 250). A fim de clarear as idéias do autor, descrevemos a construção simbólica encontrada por Pedro, que faz referência a sua mudança sintomática. Se antes ele se via portando uma doença a Síndrome de Pânico, hoje, passa a assumir um outro jeito de lidar com ela, e se defronta com um novo sintoma.

Eu não esperava que isso fosse acontecer, que eu fosse deixar de acreditar no medicamento, mas aconteceu, e agora, eu tenho que passar acreditar mais em mim. Eu antes achava que eu tinha uma doença e, hoje, eu não acho mais isso, eu acho que quem criou essa doença foi eu. Tudo isso, porque eu achava que eu era rejeitado pela minha mãe, não me sentia capaz de realizar alguma coisa [pausa]. Então, eu construí essa doença, porque eu sabia que, tendo ela, podia ter a minha mãe perto de mim, mas, agora, eu posso ver que essa doença foi uma enganação, foi isso mesmo, me enganei, achando que tivesse essa doença. Agora eu estou vendo que tudo é uma questão de pensamento, é um jeito de pensar. Se eu começar a achar que sou capaz, que eu posso, eu termino conseguindo realizar o que eu quero, então, tudo vai depender dessa forma de pensar. Eu sei que eu tenho que deixar de lado aquela forma de pensar, para reconstruir uma outra, ou seja, uma que eu possa acreditar mais em mim. (relato de Pedro).

A saída encontrada pelo paciente para lidar com seu próprio desamparo é condizente com as reflexões teóricas de Assoun (1998). Para o teórico, o mal-estar, produzido pelo sujeito em seu corpo orgânico, não se restringe a uma manifestação patológica de um órgão específico e segue em uma outra direção, sendo ela psicossomática. Segundo ele, o corpo orgânico irá denunciar o desarranjo simbólico, que não foi possível ser trabalhado pelo psiquismo, restando-lhe como alternativa o acontecimento físico do sintoma.

Conforme ele acrescenta (1998), o acontecimento corporal do sintoma não é dar existência, nome a uma enfermidade orgânica, como a medicina postula,

todavia possibilitar o trabalho de formação sintomática⁸. Esclarece Assoun: “O acontecimento do corpo orgânico produz, portanto, o despertar do sintoma que estava adormecido”. (ASSOUN, 1998, p.51). A partir da idéia do teórico, refletimos sobre o caso clínico do paciente, Pedro. Estando ele aprisionado aos sintomas físicos do pânico, não teve a oportunidade de realizar o atravessamento sintomático e avançar diante das questões subjetivas, restando-lhe, como escape, a submissão dos sintomas corporais, discutidos pela psiquiatria. Portanto, com a entrada em análise, se aproximou de outras idéias, e, aos poucos, construiu novas saídas para lidar com o pânico. Comenta o paciente:

Eu acreditava que a medicação podia impedir que eu tivesse uma crise, mas, agora, eu estou vendo que ela não age bem assim. Eu antes acreditava na potencialidade da medicação, mas agora, eu não estou mais vendo assim, sabe por quê? Porque eu fui esses dias para o bar do Jacaré sem tomar nenhuma medicação, eu fiz isso de propósito e acabei não sentindo nada. Já teve outro dia, que tomei a medicação e senti a crise. Então, eu estou começando a perceber que a medicação não tem mais aquele poder que tinha antes e que não estou dependendo da medicação para eu não ter uma crise. (relato de Pedro).

Assoun comenta que é por meio da ação plástica corporal, que o inconsciente se encarna. Freud em uma carta dirigida a Groddeck (1917), já dizia que: “o ato inconsciente estende sobre os processos somáticos uma ação plástica intensa, já que o ato consciente não tem o poder de alcançar”. (FREUD, 1917, op. Cit.).

De fato, a manifestação corporal dos sintomas do pânico, apontados pelo paciente, confirma tais idéias de que o sintoma somático é o momento físico do processo inconsciente. Pedro sabe empiricamente disso quando comenta:

Por esses dias eu tive uma crise de tontura, mas eu acho que foi uma labirintite [pausa] eu acho, também, que foi uma mudança de sintoma [...]. Eu já tive isso de outras vezes [pausa]. Sendo que agora eu estou podendo perceber, identificar melhor isso. Como eu não estou tendo mais o pânico, agora vem essa tontura, o medo. É

⁸ Observamos que a psicanálise apresenta um estilo próprio de avaliação diagnóstica; referindo-se à linguagem subjetiva do sintoma. Este, então, encontra-se presente no discurso e pode ser abordado por ele. Esclarece Lacan: “o sintoma é o que vem do Real; alguma coisa que não cessa de se escrever do Real.” Segundo ele, o Real sendo o que volta sempre ao mesmo lugar; é expulso do sentido, o impossível como tal; aversão do sentido. (O Seminário. Livro 1). Assim, o sentido do sintoma para Lacan é o sem sentido, aquele que surge a partir do equívoco do significante, é que pode surgir sua interpretação.

como eu já falei das outras vezes, é uma luta dos dois “eus”, um querendo me puxar para retornar, e o outro querendo a liberdade. Sendo que o eu que quer ficar livre está vencendo. Mesmo sentindo isso tudo [pausa] eu vim até aqui. Mas estava querendo te ligar e te dizer, que estava tonto, mas eu sabia se tivesse de fazer isso, eu estaria retornando e depois teria que voltar tudo de novo e eu não quero mais isso. (relato de Pedro).

Assoun diz que é necessário que o corpo real se pronuncie pela via do padecimento orgânico, para que a partir daí, o sujeito possa reconhecer o seu desejo que, até então, se encontrava impedido de ser revelado. Isso permite situar o momento da “ação somática”, que Freud faz referência em *Novas conferências introdutórias sobre a psicanálise* (1933), “Os sintomas situam uma transformação corporal em lugar de uma transformação do mundo exterior, é portanto, uma ação interna em lugar de uma exterior”. (FREUD, 1933, p.381). Como afirma ele, “os sintomas têm um sentido e se relacionam com as experiências do paciente.” Para Freud, esta característica – o sentido dos sintomas – apresenta uma diferença marcante com aquela pela qual o faz a psiquiatria, atentando “pouco para a forma externa do conteúdo dos sintomas individualmente considerados.” (FREUD, S., O Sentido dos Sintomas, 1916 – 1917, p. 265 – ESB XVI).

Segundo o autor em questão (1917), diz que o sintoma não é inerte, mas configura, no corpo, um tipo de prazer sexual. Segundo ele, o somático possibilita o surgimento de uma ação autoerótica, cujo teatro é o corpo, todavia, um corpo real. Sendo assim, é pela via sintomática que encontramos um autoerotismo em ação. Segundo ele: “um retorno a uma forma de autoerotismo ampliado, como o que oferece a pulsão sexual as primeiras satisfações”. (FREUD, 1917, p.381).

Para Assoun (1998), é pela via do sintoma somático que o sujeito se apresenta, pois a vivência de seu corpo, ou seja, o “sentir corporal”, dá-lhe condições de pensar o corpo-próprio. O processo regressivo no paciente somático introduz a solicitação do corpo como meio de decidir e de pensar. Pedro, inicialmente, não se implicava subjetivamente no seu sintoma e se via como portador de uma doença do social, “dos tempos pós-modernos”. Posteriormente, pôde construir saídas mais benéficas, para lidar com suas questões, e se responsabilizar pelo desejo-próprio. Ele pôde, na transferência, realizar o atravessamento dos sintomas do pânico e seguir em direção ao resgate das primeiras experiências,

sendo estas trazidas à tona pela via da memória corporal. Segundo Fontes (2002), o corpo registra os acontecimentos mais primitivos experimentados pelo sujeito, e é no trabalho de transferência, que a memória corporal pode ser acionada. Nessa perspectiva, eis uma fala do paciente, que serve de ilustração.

[...] quando falei com a minha mãe, ela disse que eu podia pegar um atestado, então, quando eu escutei aquilo foi como se fosse uma ofensa para mim, eu não queria mostrar que eu era doente, então, foi como se fosse uma agressão, eu me senti agredido [pausa]. Interessante, na hora eu não senti nada disso, só agora, conversando aqui com você, eu fui me lembrar que eu me senti ofendido. Isso vem me ocorrendo sempre, na hora eu não consigo ter a idéia e perceber ao mesmo tempo, isso não me vem, mesmo porque não tem ninguém para eu falar, então, eu só sinto, mas não percebo. Só agora, falando, através da linguagem, eu consigo perceber que aquilo que eu havia pensado, e às vezes, até sentindo, mas não quis dar tanto valor [pausa] só agora, percebo que eu me senti desse jeito. É como se só agora, através da fala, eu pudesse dizer (traduzir) o que eu havia sentido. Então, é muito diferente, você sentir e não dizer o que sentiu, então, agora eu pude perceber que eu me senti agredido. Se eu não tivesse conseguido ser dispensado, eu também, não ia pegar o atestado. (relato de Pedro).

Como afirma o paciente, se antes tinha a sensação e não conseguia percebê-la, com o estabelecimento da transferência, foi possível “encorpar a linguagem”, e construir a ligação das palavras às sensações. Conforme acrescenta Fontes (2002), quando o sujeito deixa de fazer esse elo sensorial, há mais probabilidades de surgir a doença, como aconteceu com Pedro. Através da sensação, pode deduzir o que os pais “pensavam” a seu respeito, ou seja, de ser incompetente e submisso. Manifesta isso fisicamente submetendo-se aos sintomas do pânico.

Com o avanço do trabalho analítico, os significantes: “medroso”, “incapaz”, “incompetente” e outros passaram a ser metaforizados, e o paciente teve condições de simbolizar e de estabelecer relação entre as sensações mais precoces e as palavras, passando a conceber uma outra significação para elas.

Segundo Fontes (2002), é fundamental retornarmos ao corpo traumatizado, e, assim, direcionarmos o paciente à reconstrução de uma história que não foi possível ser rememorada. O que não se teve condições de representar,

edificou-se nos sintomas de pânico. No trabalho de análise, foi possível resgatar graças ao trabalho de convocação da memória corporal, pela transferência.

Sobre o trauma queremos acrescentar as contribuições de D. Anzieu (1990), ao expressar que o traumatismo surge anterior à formação do envelope psíquico; se inscreve primeiramente no corpo para, depois, se apresentar ao psiquismo, sofrendo algumas alterações. Por serem irrepresentáveis, essas sensações ficam inacessíveis à linguagem, mas constituem nossa maneira de ser. (ANZIEU, 1990, p.61).

Em essência, o trauma, por ser inacessível à linguagem, requer do analista às manifestações da memória corporal. O que é vivido pelo corpo no tratamento, é de acordo com Fontes (2002), a direção encontrada pelo analista de restabelecer o paciente em sua história progressa.

A criança que chega ao divã é a criança anterior ao acontecimento traumático que hoje habita um corpo adulto. Entre a criança da ternura e o adulto agressor, comportado e culpado, há uma parte da história desse sujeito que permanece impressa em seu corpo, tatuagem que se exprime por uma sensação tátil, um suspiro, uma câibra, um espasmo. Uma parte do corpo onde vibram sensações sem falta. E é esse corpo que detém a história sem deter as palavras e que tenta contá-la, que procura sem cessar fazer-se entender e é esse corpo que o analista deverá emprestar sua orelha. Ser-lhe-á necessário interpretar esses enunciados corporais. (PINHEIRO, 1987).

4 OS ACONTECIMENTOS DE CORPO EM UM CASO DE SÍNDROME DE PÂNICO

Até o momento fizemos um percurso teórico discutindo a metapsicologia do corpo na perspectiva freudiana e de outros autores contemporâneos. Em seguida, analisamos a sintomatologia corporal na Síndrome de Pânico, através da vertente psiquiátrica e psicanalítica. Por fim, refletimos sobre as manifestações físicas presentes no caso de Síndrome de Pânico, não como reações fisiológicas produzidas pelo pânico, mas como manifestações metapsicológicas dos sintomas físicos manifestados. Agora discutiremos os acontecimentos de corpo extraídos de um caso clínico de síndrome de pânico – o caso Pedro já algumas vezes mencionado.

A Síndrome de Pânico, como figura clínica atual, é caracterizada como um afeto extremo de angústia, que além de representar uma variação moderna do quadro fóbico, confirma a fragilidade do sujeito diante de seu desamparo. Trata-se de uma experiência de angústia acentuada que invade o ego de forma incontrolável e sem avisar, exibindo a possibilidade de defesa. Assim, é a angústia que, ao perder o caráter defensivo de autoconservação e de alerta ao perigo, deixa o ego invadido e desamparado. Além de sua relação com a angústia, o pânico apresenta-se associado à fobia, estando presentes, nele, tantos sintomas fóbicos, quanto psicossomáticos. Podemos considerar que o pânico tem relação com a realidade atual. Este mérito é da psiquiatria ao reunir os sintomas e classificá-los como quadros de Transtorno de Pânico, conferindo-lhe uma nomenclatura recente.

Neste capítulo, iremos analisar os fragmentos clínicos referentes à primeira fase da análise de um paciente do sexo masculino. Para tanto faremos uma leitura psicanalítica da Síndrome de Pânico, e nos propomos a interpretar as manifestações fisiológicas e os sintomas físicos como representações corporais, sendo estas entendidas como uma memória corporal que se manifesta na transferência, como expressão da subjetividade do sujeito no corpo.

4.1 Uma Experiência de Escutar um Paciente com Síndrome de Pânico

Antes de dar início ao relato da experiência de atender um paciente com diagnóstico psiquiátrico de Síndrome de Pânico, é importante realçar o lugar – espaço, no qual a escuta analítica foi inicialmente realizada, bem como a posição teórica de que a analista se muniu para a realização do atendimento.

Pedro, rapaz jovem, de vinte e nove anos, casado, caçula da família, demandou, por telefone, atendimento em domicílio, pois, segundo ele, via-se impossibilitado, há dez anos, de sair de casa por apresentar Síndrome de Pânico. Diante da dificuldade revelada de não poder subir em prédios, nem adentrar elevador, iniciei as sessões, duas vezes por semana, em sua residência⁹, onde procurava, juntamente com ele, organizar um *setting* terapêutico para a realização das sessões. Elas eram realizadas na sala de visitas, com duração de quarenta e cinco minutos, não havendo a interrupção de familiares. Isso lhe possibilitou dar início às suas colocações subjetivas sobre o pânico, de maneira livre e descontraída.

Como anteriormente já havia realizado atendimento em domicílio de uma paciente que desencadeou surto psicótico, após ter sido traída pelo marido, não foi difícil direcionar esse caso específico de pânico, mesmo se tratando de um novo manejo transferencial.

Durante minha prática clínica, ainda não havia conduzido nenhum caso de Síndrome de Pânico. Considerando, algumas questões que se manifestaram durante a direção desse tratamento, pensei primeiro que a transferência se apresentaria com uma nova roupagem: não haveria diferença na estrutura da transferência, porém, na maneira como manifestaria experiências vividas num tempo onde o aparelho psíquico estava em formação, ou seja, quando a prevalência era de sucção. Nesse contexto a memória de tais experiências só poderia se expressar corporalmente. Identifico no discurso de Pedro, que ele necessitou criar o pânico

⁹ O atendimento no domicílio foi a alternativa possível naquela ocasião em que se encontrava invadido pelo pânico, que o paralizava e o impedia de afastar-se de casa. Ouví-lo no próprio limite da sua angústia foi fundamental não só para compreender a manifestação dos sintomas, como também, para o estabelecimento da transferência, ou seja, primeiro me dispor deslocar do meu lugar físico para, em contrapartida, favorecer o deslocamento dele para o meu lugar de atendimento. O atendimento num lugar diferente do “*setting*” analítico requereu um manejo diferente e paradoxal: ser acolhida como visitante, pois ele me recebia numa sala de visitas, e acolhê-lo numa escuta diferenciada. Creio que essa troca de lugares, pode ter favorecido o deslocamento dos sintomas do plano físico para o plano subjetivo: deixou as manifestações corporais e dei início à uma nova possibilidade de significação.

para se ver sob a proteção dos pais, como também, de reviver as emoções da infância, que um dia perdeu. “Eu não tenho saudades de pessoas, o que me dá mais saudade é com relação ao tempo que já passou, aquilo que eu vivi naquela época, por exemplo, lá na minha infância e que eu não posso mais viver”. (relato de Pedro).

Lembro-me que nas primeiras sessões, Pedro já fazia boas associações sobre o surgimento do pânico, revelando que a doença já havia começado muito antes, desde o seu nascimento.

Eu acho que o meu problema aconteceu muito antes de eu nascer, está lá atrás [partido]. Bom, é isso que eu penso, porque não é de hoje que vem acontecendo, por isso, que eu digo que tudo começou antes [partido]. É como se eu tivesse perdido alguma coisa que eu não sei o que é, eu só sei que eu perdi, mas te dizer o que é exatamente, eu não sei. (relato de Pedro).

Essa colocação de Pedro revela sua impossibilidade de nascer, de avançar diante da castração, de encontrar saídas mais construtivas para as perdas e para as situações ameaçadoras da vida. Foi assim que o paciente sempre se viu, estando no meio do caminho, sem ter condições de avançar. O próprio pânico o impedia a se ver nessa condição de aprisionamento e de desamparo, não podendo ir para frente, nem voltar, encontrando-se no meio do caminho diante de uma situação de perda, não sabendo o que fazer com ela. “Eu não tenho medo de tomar a medicação, não é isso, o que eu tenho mais medo, é de tomar a medicação e não poder retornar, é isso, o que eu tenho medo, porque eu sei que quando eu tomo o medicamento não posso mais voltar atrás, então, isso de não poder voltar atrás é que é o pânico”. (relato de Pedro). As palavras do paciente atestam o que Pereira (1999) afirma sobre o estado de desamparo nos casos de sujeitos acometidos por ataque de pânico. Segundo ele, diante da fragilidade das leis da linguagem, o sujeito não consegue ter acesso às bases de um mundo simbolicamente organizado, restando-lhe como saída o pânico. Acrescenta, ainda, o autor: “Ser tomado de pânico atesta, o reconhecimento inequívoco por parte do sujeito da dimensão de desamparo fundamental subjacente ao funcionamento psíquico”. (PEREIRA, 1999, p. 16).

Quanto a estrutura familiar, o paciente refere que vem de uma família numerosa, com nível social médio. Todos os irmãos apresentavam uma boa formação profissional e ele se lamenta por não ter sido capaz de concluir os estudos. Considera-se o “diferente” da família.

Quando eu falo da diferença, não é a cultural, mas é a do ser da pessoa, é a que vem de dentro [pausa]. Eu nunca tive problema de aceitar as diferenças, mas eu sinto que existem algumas pessoas que não aceitam o meu jeito de ser, me acham diferente [pausa] eu não sei o que acontece, mas as pessoas me vêem assim, como o diferente. (relato de Pedro).

Nessa perspectiva, ao escutar o arsenal de significantes trazidos por Pedro, procurava, de início, recuar diante de qualquer atitude de interpretação, visto que o paciente iniciava, de modo preliminar, as associações das situações de perdas.

Recordo que durante os primeiros meses Pedro já trazia uma idéia do diagnóstico psiquiátrico de Síndrome de Pânico, não revelando nenhuma implicação subjetiva em sua queixa. Assim, dizia portar uma doença da moda, do coletivo, reconhecendo-se como vítima de um mal que atingia, de forma intensa e veloz, a sociedade contemporânea. “Eu acho que o meu problema é muito mais fisiológico do que propriamente psíquico, é uma doença da moda, do coletivo [pausa]. Parece que está sendo normal as pessoas terem hoje essa doença”. (relato de Pedro). Foi possível identificar a presença de uma manifestação fisiológica do pânico, sem nenhuma construção simbólica sobre ela. Observamos, ainda, que o paciente estava ligado a um tipo de representação coletiva de doença, que dá testemunho, segundo Fernandes (2003), da proliferação dos novos sintomas da atualidade, estando estes alicerçados no imaginário produzido por uma época. Como diz a autora, este tempo é marcado por referências ao corpo estético.

Após algumas mudanças subjetivas, a transferência passou por um processo de transformação e de reavaliação simbólica, que conduziu o paciente a um outro percurso de manifestação do seu sintoma. Se antes, acreditava ter ele relação com os chamados quadros sintomáticos da contemporaneidade – os conhecidos casos de bulimia, anorexia, depressão e outros – posteriormente,

aparece uma nova significação do pânico, referindo-se como sendo especialmente de ordem subjetiva.

Eu acho que isso que eu achei para explicar o meu problema, são justificativas falsas [pausa]. Eu antes achava que tinha que ter uma pessoa por perto para me levar ao hospital, mas teve um dia que, estava lá e estava sentindo os mesmos sintomas. É como se eu me sentisse desprotegido. Aquelas três hipóteses que eu já falei, sobre o sentimento de proteção, a segunda sobre o retorno ao útero, vai além disso, eu acho que o problema é que ocorreu uma falha na ligação, eu acho que foi isso [...]. (relato de Pedro).

Como se verifica, Pedro, ao se deparar com essas mudanças em sua estrutura subjetiva, passou a se reconhecer como parceiro de um novo sintoma que, até então, apresentava-se de maneira disfarçada e o impedia de se comprometer subjetivamente. Nesse sentido, foi, a partir da doença somática, que surgiu a manifestação de quadro neurótico, e, por conseguinte, do reconhecimento por parte do paciente de fantasias inconscientes. “Eu lembro que eu já tinha isso mesmo antes de ter o pânico, eu já sentia essa insegurança, incapacidade [pausa] eu acho que o pânico foi mais uma invenção para eu não me sentir capaz de realizar o que queria”. (relato de Pedro). *Nas Conferências introdutórias sobre psicanálise*, Freud (1916-1917b) se refere a uma transformação somática que provoca o desencadeamento da neurose, estando esta sem possibilidade de se pronunciar.

O caso tem muito de outras nuances que não serão aqui expostas, realçamos primeiramente às colocações do paciente, referentes ao discurso médico e social de uma época. Em seguida, discutiremos as manifestações dos sintomas físicos, nesse quadro clínico, a memória corporal no campo transferencial, e a significação desta dada por ele.

4.2 As Manifestações Fisiológicas e os Sintomas Físicos

Nos primeiros meses do trabalho analítico, Pedro relatou, em sessões subseqüentes, que, desde os dezenove anos, quando ainda residia em Curitiba, apresentava várias crises de pânico que passaram a limitar a sua vida, deixando-lhe

impossibilitado do convívio social, e do desempenho profissional. A primeira crise surgiu de forma repentina, durante uma reunião com os familiares. Apresentou um mal-estar gastro-intestinal, com o escurecimento da visão, chegando em seguida a desmaiar. Após essa crise novos quadros sintomáticos se apresentavam com sinais de sensação de morte iminente, taquicardia, sudorese, falta de ar, tremores nas mãos e dor no tórax, os quais apareciam de forma inesperada, sobretudo, quando o rapaz percebia que se encontrava sozinho, ou seja, não conseguia viver sem se sentir ameaçado pelo Outro, já que se via sempre vigilante para com tudo que acontecesse, ou que pudesse acontecer ao seu redor. “Sabe o que é viver potencializado por uma doença, a minha vida se encontra controlada pelo pânico”. (relato de Pedro). Especificou, ainda, que, com sua primeira crise, outras de maior intensidade foram desencadeadas, que o deixou inseguro para freqüentar ambientes fechados, sair de casa, tomar a medicação.

Passear na calçadinha eu não vou, porque se eu parar o carro no busto Tamandaré e pensar ir até a Beira Rio [pausa]. Mas, se eu pensar que posso ter um ataque de pânico lá, como é que eu vou fazer para voltar e pegar o carro? Então, eu vou acabar morrendo [pausa]. E se não tiver ninguém pra mim ajudar? Então, eu penso nisso tudo e só de pensar que eu vou ter uma crise, eu não vou. (relato de Pedro).

Como verificamos, há uma acentuação dada pelo paciente aos sintomas corporais, mas esvaziado de sentidos simbólicos. “Depois do ataque de pânico me dá um prazer, e aí que eu relaxo, é como se eu atingisse o orgasmo”. (relato de Pedro). Nesse intento, as colocações de Pedro confirmam as idéias de Fernandes (2003), quando associa o corpo biológico a um excesso de descarga, que atravessa o aparelho psíquico sem passar pelo trabalho de representação. Como também, ratifica a concepção freudiana de corpo, passa por uma dupla racionalidade, a do somático e a do psíquico.

Freud concebe a idéia de morte como alojado entre o psíquico e o somático. O discurso de Pedro mostra claramente como isso se dá:

Eu tenho muito medo de morrer, pra mim não é a morte em si, se eu vou pro inferno, não é isso, é justamente a sensação física, no corpo mesmo, o que eu vou sentir quando eu estiver morrendo, as últimas sensações quando estiver morrendo. Quando eu fico pensando que

eu estou só, eu começo a sentir taquicardia, a suar frio, falta de ar, é como se eu estivesse morrendo. Então, eu fico pensando [pausa] pra que viver tudo isso que eu estou vivendo hoje, se tudo isso vai acabar. Pra mim, não saber o que vai acontecer comigo daqui algumas horas, eu digo isso com relação ao futuro, pra mim é assustador. Então, eu fico eternamente com medo da morte. Esse medo me persegue o tempo todo, eu não consigo relaxar, estou sempre vigilante. (relato de Pedro).

Segundo o paciente, a morte denuncia a sensação no corpo físico, além de transmitir-lhe a perda de um estado de consciência, como o enfrentamento de um novo lugar, sendo este desconhecido. Essa idéia que tem sobre a morte física vem denunciar a sua incapacidade de enfrentar a vida, pois com o pânico, se vê sem condições de nascer, de enfrentar o mundo, de dirigir a sua vida, reconhecendo-se sempre dependente do outro parental.

A própria concepção de morte apontada pelo paciente: “Pra mim, morrer é perder a noção dos fatos, é isso que eu não queria que acontecesse”, (relato de Pedro), confirma o que Assoun (1998) falou sobre a presença de um inconsciente psicossomático. Segundo ele, é através do corpo orgânico que alguns pacientes irão denunciar os seus fantasmas inconscientes. Assim, é necessário implicar o paciente subjetivamente no acontecimento do sintoma corporal, para que ele possa construir meios mais saudáveis de recuperação para lidar com o padecimento do corpo físico. Como verificamos, Pedro não conseguia fazer construções metafóricas, ligava-se ao presente das sensações físicas e por isso estava ligado ao corpo físico; no entanto, a frase acima mostra uma certa direção rumo a construções simbólicas, ou seja, falar de um outro lugar, – um lugar subjetivo. Foi possível identificar que o pânico lhe protegia do futuro; por outro lado o impedia de arriscar-se na vida, de viver seu desejo, de viver a castração. Estando ele, aprisionado aos sintomas físicos da doença, não se reconhecia como agente de seu mundo.

Eu sinto que eu estou sob o controle da medicação. Se eu estou triste e tomo a medicação, daqui há algumas horas já estou feliz, então, ela termina agindo sobre a minha liberdade, eu acabo ficando sem direito de sentir a tristeza, a depressão [pausa]. Então, eu sei se eu ficar com algum sentimento diferente, eu sei que tem a medicação para mudar o meu estado. (relato de Pedro).

A idéia de morte do paciente, podemos associá-la ao que ele construiu sobre seu nascimento. Para Pedro, nascer significava uma situação de perda, de desproteção e de insegurança, uma vez que sabia que estando no útero materno, se encontrava protegido. Por alguns meses, permaneceu preso a esta fantasia de útero materno, colocando este no lugar de ideal. Nesse sentido, analisamos que o nascimento tinha para Pedro o sinônimo de morte, pois causava-lhe medo de se deparar com o desconhecido, não sabendo o que poderia encontrar adiante. Parece que, em cada crise de pânico ele revivia a vivência do nascimento que paradoxalmente é vida, e também, morte. No caso dele, vivia como morte. De maneira semelhante, pensava o futuro, sabia ele que, para lidar com o amanhã, precisava de primeiro, enfrentar as ameaças da doença de pânico. Assim, o próprio futuro dava-lhe o atestado de impotência e de incompetência na direção de sua vida, não sabendo enfrentar, com praticidade e dinamismo, as ameaças provocadas pela Síndrome de Pânico.

Conversando com a minha mãe, ela me falou que esse problema que eu tenho de sistema nervoso [pausa] ela acha que tem a ver com o parto difícil que eu passei, eu fiquei com o cordão umbilical amarrado no pescoço e meu parto foi diferente do parto dos outros irmãos, eles não tiveram um parto complicado como o meu, eles no instante nasceram e eu não [pausa] demorei a nascer. A minha mãe disse que eu era para ter nascido de parto cesário, mas deu um problema lá e os médicos acharam melhor esperar, então, eu demorei dois dias para nascer [pausa]. Eu não tenho medo do que eu vou encontrar depois, o meu medo é todo na hora do parto, quando eu estiver nascendo, é naquele momento, esse momento do nascimento pra mim é pior, porque dá uma sensação de sufocamento. Eu não sei se essa idéia que eu tenho sobre o parto tem haver com o que as pessoas me falaram, ou se eu mesmo criei, foi alguma coisa inventada por mim, eu não estou sabendo dizer [...].(relato de Pedro).

A vivência do nascimento constituiu uma marca na vida e no corpo de Pedro corroborada pelo discurso materno. A imprecisão quanto ao fato de saber se foi criado por ele ou passado pelos familiares mostram que o princípio é sempre mítico. Os sintomas corporais se constituíram, então, na memória possível vivida na transferência.

Posteriormente, quando revelou novos elementos da transferência para dizer dos sintomas corporais da doença, denunciou o seu medo de ter novos ataques de pânico, quando disse não saber lidar com eles. “Eu acabo sentindo

medo do medo de ter o pânico [pausa] é um medo do medo, sabe como é que é? Só em pensar que eu já posso sentir o pânico, eu já começo a me sentir mal”. (relato de Pedro). Para o paciente, a possibilidade de ter outros ataques lhe jogava no desamparo, mesmo acreditando de maneira enganosa, ter pessoas para lhe proteger. Assim, as crises de pânico, lhe remetiam a sua condição de desamparo e esta, Pedro evitava saber. Como observa Pereira (1999) ter o pânico é atestar a sua incapacidade simbólica de lidar com o desamparo.

Como eu já falei eu tive uma crise dentro do hospital, então, o que é isso que acontece, que nesse dia eu estava com médicos que me rodeavam, estava totalmente assistido e me sentindo desprotegido? Então, é isso que eu já falei, o pânico veio para eu tentar recuperar as emoções perdidas da minha infância. É como se com ele eu pudesse ser criança, porque eu sei que tendo uma crise, eu vou ter pessoas para cuidar de mim, mas eu, também, estou começando a perceber que a crise não vai resolver tudo, porque eu não vou conseguir viver totalmente essas emoções que eu perdi antes [pausa]. O que eu sei, é que essas coisas que eu trago para explicar o pânico são armações, formas que eu encontro pra dizer desse outro lado simbólico, porque na verdade isso [pausa] o material (o físico) não tem nada haver com o simbólico. (relato de Pedro).

No hospital, junto com os médicos, Pedro revive, mais uma vez o nascimento, mas é na revivescência que ele tenta resgatar emoções perdidas da infância e procura um lugar de amparo.

Tais colocações ratificam, mais uma vez, a posição de Pereira (1999), quando qualifica os ataques de pânico como incompreensíveis, brutais, repetitivos, revelando situações de perdas. Perdas essas que assumem mais o caráter simbólico, como muito bem apontou ele, do que propriamente físico. “Essa é a pena que eu tenho que pagar por não ter aprendido, mas quando chegar o dia que eu me ver livre, vai ser como aquele preso que estava cumprindo a pena e que de repente conseguiu fugir da prisão. Vai ser uma sensação de liberdade”. (relato de Pedro).

Durante muitos anos, Pedro foi encaminhado por diversos profissionais da área psiquiátrica e psicológica, afirmando que eles não conseguiram saber a verdadeira causa do seu sofrimento. Alegou, também, ter sido orientado para buscar a cura espiritual, posto que, acreditava que haveria a possibilidade de estar possuído por algum espírito mau que estivesse a frente de seu mal-estar generalizado.

Constatamos nas primeiras entrevistas, a exacerbação dos sintomas físicos, tornando-o vigilante em relação a novos ataques e dependente da medicação. Não conseguia fazer nenhuma associação simbólica em relação ao desencadeamento de sua primeira crise. Prendia-se apenas ao diagnóstico e tratamento psiquiátrico.

Se eu tomo um comprimido, e depois eu vejo que não devia ter tomado, eu não vou poder voltar atrás, então, é justamente isso que me deixa aperreado [pausa]. Então, eu sei que quando o remédio daqui algumas horas vai começar a fazer efeito, eu sei que eu não vou poder fazer nada, então, isso já vai me deixando nervoso [...]. (relato de Pedro).

Consoante Assoun (1998), quando o sintoma toca o corpo, surge a presença física do conflito, e, em associação a ela, surge o pronunciamento de uma ausência que anuncia a chegada do inconsciente, até então, impedido de ser identificado pelo sujeito. “Eu sonhei esses dias que eu estava em Cabedelo e que havia uma onda que nunca chegava [pausa] ela aparecia, mas de fato nunca chegava. Ela sempre aparecia para me puxar. Mas não sei que onda era essa, não estou conseguindo fazer associações, só sei que era onda de mar [...] não tem nenhum fundo psicológico”. (relato de Pedro). Em outra ocasião, acrescenta que:

Eu sei que eu preciso tomar a medicação, mas eu tenho uma enorme resistência de tomá-la, porque eu sei se eu tomar as próximas quarenta e oito horas vão ser terríveis e pra evitar isso eu prefiro não tomar. A própria medicação faz potencializar todos os sintomas, então, eu começo a sentir o pânico. Isso não sou eu que estou dizendo, está na bula. (relato de Pedro).

Manter-se ligado a nomenclatura e ao discurso psiquiátrico sobre Síndrome de Pânico o aliviava, pois podia se fazer reconhecer no social, como portador de uma doença conhecida na sociedade contemporânea, pânico. Sendo assim, o paciente não mais precisava se ver como o diferente, mas como alguém que tem um lugar na sociedade contemporânea. Assim, incluía-se nele, e conseqüentemente, fazia-se reconhecer por ela, mesmo que isso, tivesse que suportar o peso do padecimento sintomático de ter o pânico.

Com o desenvolvimento do trabalho analítico, aquela idéia de doença como própria do coletivo, foi sendo reconstruída e ele pôde falar de um lugar próprio, lugar singular. Assoun (1998), afirma que o sintoma é tomado pelo corpo. Para o autor, é o sujeito que dá a si mesmo a direção sintomática, estando esse atrelado a mensagem que vem do Outro. Assim, a inserção e reconhecimento no coletivo é relativizada já que Pedro passa a dar a direção sintomática.

Eu acho que o meu problema é puramente fisiológico está no físico, é uma doença [...]. Eu digo que é uma doença, porque tem muita gente que tem o mesmo que eu sinto, por isso que eu acho que é uma doença, não é algo individual como eu estava achando, mas sim do coletivo. Agora eu não sei se a causa é a mesma [grifo nosso], se todo mundo que tem essa doença, a causa está lá na infância. É isso que eu não sei, mas o que eu tenho é o mesmo que muita gente tem. (relato de Pedro).

Esse avanço em suas idéias sobre o pânico, dá testemunho ao que Fontes (2002) assegura que é na transferência que a memória corporal será acionada, possibilitando que o sujeito a reviva até mesmo de forma alucinatória, as cenas mais precoces que marcaram seu psiquismo. Avançando no processo de análise o paciente foi capaz de afirmar que as crises de pânico ficaram no lugar do medo de enfrentar a vida, passando a se reconhecer como incapaz de se responsabilizar pelo seu próprio desejo.

Eu sempre arrumei empregos que me pagassem pouco, só para ficar dependente da minha mãe [pausa]. Eu nunca pude concluir cursos longos e que me remunerassem bem [pausa]. Eu nunca me senti como um adulto, sempre foram eles que pagaram tudo para mim. E não é só com essa questão financeira, foi com relação ao que eu mais gostava, também. Eu nunca pude ter o meu gosto, comprar as coisas que tinham a ver com o meu jeito de ser, sempre era o que a minha mãe queria. Se for trazer a palavra direção, eu nunca me senti dirigindo a minha vida, sempre me vi dependente deles, e agora, eu estou querendo sair desse ovo e voar, porque me sinto sufocado, é aí que vem a questão da ansiedade [pausa]. Eu sei que chegou a hora de eu ter a minha liberdade, é por isso, que tenho a certeza que vou ficar bom dessa doença. Eu estou tendo a necessidade de colocar para fora e não querer isso para mim. (relato de Pedro).

Como revela Freud, sobre a plurideterminação do sintoma, foram surgindo novas maneiras de dizer o pânico, que passaram por várias significações no decorrer do tratamento. Se anteriormente, necessitava estar vigilante à manifestação

física dos sintomas do pânico, posteriormente com o estabelecimento de novas representações corporais da doença, encontrou meios mais construtivos de se referir a ela. Vejamos nesse próximo item, como esse desenvolvimento simbólico se apresentou para o paciente.

4.3 As Representações Corporais e a Memória Corporal

Eu até estou achando que estou me recuperando de uma doença, uma coisa foi o *stress* que eu tive e que estou precisando tomar a medicação para ficar melhor, e a outra coisa, é o Outro lado, que é o psicológico, são duas coisas diferentes [pausa] e que tem a ver com aquela vontade de retornar ao útero materno [...] O que me disseram do meu parto, que ele havia sido difícil, então, tudo isso possa ter contribuído para eu ter medo de enfrentar a vida, é isso o que eu acho, mas quando eu procuro voltar e me lembrar daquela passagem eu não consigo lembrar de nada, eu queria poder me lembrar, mas não consigo, eu queria poder sentir, mas não consigo [...]. (relato de Pedro).

Começamos este item com uma citação sugestiva de Pedro que revela a passagem do campo físico para o psíquico.

Nas primeiras entrevistas em sua residência foi possível trabalhar, a partir de alguns elementos da transferência, a sua passagem para o consultório. Assim, com o estabelecimento da relação transferencial, o paciente não apresentou nenhuma resistência para dar prosseguimento ao tratamento no *setting* analítico clássico; passou a construir tanto uma nova definição do pânico, como também, iniciou um outro percurso, em direção a uma posição subjetiva. Sob efeito de uma relação transferencial positiva, Pedro já se via com novas condições de proteção para a vida, encontrando outros meios mais saudáveis de enfrentamento da Síndrome de Pânico. Nesse sentido, o trabalho analítico e a relação transferencial para com a analista passaram a representar os meios encontrados por ele para lidar com as ameaças vindas do Outro.

O pânico nunca existiu, eu é que criei para não me sentir sozinho, pois, sabia que teria sempre alguém para cuidar de mim. Então, da mesma forma que eu criei, eu posso descrever. Ele não passa hoje de

uma invenção, uma solução fracassada que não mais funciona. Eu agora estou vendo isso que eu tive de uma outra forma, estou vendo com mais leveza, e tem vez que eu acho que eu fiz um espanto com tudo isso, muitas vezes eu acho que eu não acredito que eu fiquei, daquela forma, assustado. Eu antes tinha medo do monstro mundo e via como se o monstro mundo viesse me engolir. Agora não, eu me vejo fazendo parte, também, desse monstro, eu e o monstro é uma coisa só. (relato de Pedro).

Surge, a partir daí, uma mudança de posição na transferência, pois se no período anterior à sua entrada em análise, o paciente acreditava que tivesse sido envolvido por uma doença, não apresentando nenhum comprometimento subjetivo nessa formação, agora, encontra uma outra forma para definir o pânico, afirmando que é uma questão de pensamento, ou seja, um jeito novo de pensar. “Eu agora sei que eu tenho que deixar de lado aquela forma de pensar, para reconstruir uma outra, ou seja, uma que eu possa acreditar mais em mim”. (relato de Pedro). É possível identificar uma mudança em sua posição subjetiva, sendo freqüentemente reelaborada em seu discurso. Verificamos que, antes o paciente se encontrava tomado pelos sintomas corporais do pânico, não conseguindo realizar o atravessamento físico por meio do trabalho simbólico. Hoje, já apresenta melhores condições de representar simbolicamente esse corpo, podendo, inclusive, acionar a memória corporal que se encontrava adormecida. “Quando resolvi entrar no estádio me passou a idéia de ter uma crise [pausa], mas aí eu pensei que poderia ter uma crise lá fora, então, resolvi entrar. Pensei que não podia retornar [pausa], então, consegui ir [...]”. (relato de Pedro). Esclarece Fontes (2002) a necessidade de retornar ao corpo, de acionar a memória corporal, com a finalidade de dar significado ao que não foi possível ser representado. Assim, Pedro passa a dar um novo corpo aos sintomas físicos do pânico, identificando, na transferência, o atropelamento do corpo subjetivo.

A minha mãe disse há duas semanas atrás que quando eu era criança e vim correndo em direção a ela, eu estava gelado. Então, quando eu lembro daquela cena, eu posso até sentir que eu estava frio. Interessante, eu falando sobre isso agora, eu senti uma sensação que eu fazia tempo que não sentia, me bateu uma melancolia, saudade, uma vontade de voltar naquele tempo e dar um abraço na minha mãe. Ela achou que eu estava frio, mas para mim isso não foi importante, pra mim o que mais me pesou foi o fato de eu não ter abraçado a minha mãe. Interessante, quando ela me falou isso, eu não vi como podendo ter alguma relação com o pânico, a

minha doença [pausa]. Depois, eu vou até pensar que relação essa lembrança poderia ter com a minha doença. (relato de Pedro).

Gradativamente o paciente revela ter condições de fragmentar suas idéias, reconstruindo-as. Percebemos, portanto, a presença da atualização da transferência, possibilitando-lhe dirigir para a construção de seu campo simbólico. Nas palavras de Fontes (2002), o que antes não teve acesso à palavra, à representação, com o estabelecimento da transferência, passa a ganhar uma nova carne, e promove condições para o despertar da memória corporal do paciente.

Eu acho que foi tudo mentira, o que eu criei pra tentar explicar isso tudo. Existem dois eus, um eu que não sou eu, que me quer sacanear, não quer que eu fique livre do pânico, porque é muito cômodo para ele ficar dependente dos pais, porque ele não quer ser adulto, tomar conta da sua própria vida, e tem o outro, que eu diria que quer ser adulto e ficar livre disso tudo. Sabe aquela canção de Gregório de Matos? Ela fala sobre a parte e o todo, pois é, ela explica justamente isso, a parte não é parte sem o todo, e o todo só é todo, porque existe a parte [pausa]. A parte um dia só irá poder ser todo [pausa] se ela se ver sem esse todo; é quando ela irá poder um dia ser o todo. (relato de Pedro).

Como verificamos, surge uma novidade em seu quadro sintomático. Pedro começa a se haver com as questões subjetivas relacionadas a seu desejo. Penso que o acontecimento físico em Pedro – o pânico – serviu como válvula de escape para não se deparar com o sentimento de rejeição. Agora ele reconhece isso.

Eu acho que teve algum ponto que ficou bloqueado, que não pôde evoluir e eu não sei que parte foi essa, eu queria saber, porque só assim eu podia tentar consertar, mas eu não sei aonde ficou, assim [pausa] emperrado sem eu poder ir pra frente[pausa] eu acho que eu parei em algum desse ponto. Tem vez que eu acho que foi na infância, porque eu me sinto infantil, tem vez que eu acho que não amadureci suficiente, que aconteceu alguma coisa para eu ficar preso lá atrás. Esses dias, quando eu estava lá em casa, eu não estava muito bem e pensei que eu tinha que ficar pra cuidar da minha filha, aí eu pensei que eu sou adulto e que sou eu que tenho que cuidar dela e não ela de mim. (relato de Pedro).

Observei, a presença de um novo significante na transferência relacionado ao seu nascimento e, por conseguinte, com o surgimento da Síndrome

de Pânico. Significante este, – a necessidade de proteção – que conseqüentemente está ligada ao sentimento de desamparo sentido em relação à figura materna. Como observa Fontes (2002), é na transferência que aparecerão alguns elementos recalcados, que por sua vez retornarão via uma memória corporal, fazendo-se representar, no corpo, de modo material e sensível.

Quando eu digo de voltar ao útero da minha mãe, é mais o sentido de sentir todas aquelas sensações de proteção, segurança [pausa] eu acho que o que eu sinto é diferente do que a minha filha sente [pausa]. Eu diria que as sensações são muito diferentes do Real. Esses dias eu tive várias sensações assim [pausa] do tipo de me lembrar de uma cena e sentir até o cheiro daquele momento, qual a roupa que eu estava usando. Isso é muito diferente de quando você está falando, e eu esses dias pude me lembrar de algumas situações e me ver naquele lugar, vivendo aquela mesma situação [...]. (relato de Pedro).

Com a evolução de seu trabalho de análise, o significante “proteção” foi adquirindo uma nova significação, pois se anteriormente se relacionava à sensação de medo e de abandono, posteriormente não se viu mais como inseguro, e sim protegido pela presença da analista. Passaram a existir novos representantes da mãe, que diferente dele lhe ofereciam segurança. Comenta então: “Interessante, antes eu precisava ter o pânico para alguém cuidar de mim, agora eu não preciso mais disso. E aí venho aqui, e você cuida de mim”. (relato de Pedro).

O primeiro elemento transferencial se referia ao sentimento de desamparo apontado em direção a mãe, havendo a necessidade de construir a Síndrome de Pânico para justificar aquela falta. Depois, se questiona até quando usará esse recurso e mais, reconhece que através da Síndrome de Pânico não conseguirá resgatar o que faltou. “Eu quero saber até quando eu vou ter que ficar com a Síndrome de Pânico [pausa] eu sei que tenho que resgatar essa falta, isso que eu perdi lá atrás na infância. Mas como eu vou consertar o que faltou com a Síndrome de Pânico?” (relato de Pedro). Se antes, precisou adoecer para ser reconhecido, atualmente isso perde o sentido, pois passa a se questionar sobre o antigo valor que tinha a Síndrome de Pânico. “A Síndrome de Pânico vem para que eu possa ter justamente aquilo que faltou, que foi a atenção da minha mãe. Eu já disse que quando ela tinha uma festa para ir, ela não deixava de ir para cuidar de mim. Então, eu coloquei na cabeça que eu não era importante”. (relato de Pedro). Sendo assim,

novos elementos para dizer o pânico são construídos, passando a existir uma implicação subjetiva na criação da doença. “Sempre nos meus sonhos eu estou fugindo de algo, ou então, tendo que carregar alguém [pausa] uma criança, por exemplo. Eu associo a isso, ao medo de enfrentar a vida”. (relato de Pedro).

Opera-se, então, certo deslocamento no discurso, ele deixa de ser descrição, pois não mais se queixa do mal-estar físico, e menos ainda da falta de afeto dos pais para pensar que existe outros meios mais construtivos de alcançar proteção para a sua vida.

Você falou em falta de afeto, em nenhum momento eu duvidei que os meus pais não gostam de mim, inclusive, eu acho que eu fui até o mais querido do que os outros, por ser o mais velho [pausa]. O que faltou não foi afeto, foi [pausa] pegando a palavra que você usou naquele dia, foi transmissão de aprendizagem do mestre para o aprendiz. (relato de Pedro).

Se antes necessitava dos sintomas da doença para existir, hoje desliga-se dele e se vê diante de novas possibilidades resgatando o corpo subjetivo.

Eu precisei inventar uma mentira, a Síndrome de Pânico, para não mais me sentir rejeitado pela minha mãe. Mas essa doença nunca existiu, eu é que precisei criá-la, porque para mim era difícil eu saber que eu era rejeitado. Uma mentira que se encaixava bem nesse sentimento de rejeição, mas sendo que essa máscara caiu e eu não estou mais precisando ter o pânico para me sentir querido [...]. Está surgindo um desligamento [pausa] uma coisa é o estado fisiológico, uma sensação física mesma, e a outra, é a doença. E essa eu acho que eu não tenho mais, ela está se acabando. Eu acho que uma coisa é desligada da outra, e que já não é mais uma só coisa, eu vejo que são coisas diferentes. Eu não estou sabendo explicar [...]. (relato de Pedro).

Pedro recupera a memória e se dá conta que, o pai sempre o viu como o filho medroso, que se colocava sempre na defesa e não partia para o ataque. Como afirmou ele, o pai apresentava-se como detentor de um saber absoluto, não permitindo que o filho expressasse seu desejo, posicionando-se, também, como invólucro de proteção.

Eu já disse que o meu pai ficava dizendo que eu tinha medo, pois é, lembra daquela estória do pneu, pois é, eu estava em cima de um pneu de trator e não estava conseguindo me equilibrar direito, então, ele disse que eu não queria ficar em cima do pneu, porque eu estava com medo. Então, sempre pra o meu pai, eu fui uma pessoa

medrosa, ele nunca me viu de outro jeito. Eu já te falei da estória da cera [pausa], pois é, eu não podia agir daquela maneira com ele, porque ele ia dizer que fiz errado. Eu acho que essas coisas me deixaram ficar assim, com baixa auto-estima, inseguro, eu acho que foi isso. Eu também, nunca fiz alguma coisa, porque eu achava que era bom, sempre que eu fazia era, porque o meu pai queria que fosse daquele jeito. Eu antes achava que era porque eu queria, mas depois, quando cresci eu fui, ver que não era, mas sim, porque o meu pai queria. Eu nunca pude ter o meu jeito, eles nunca aceitaram isso. (relato de Pedro).

A experiência de Pedro condiz com o que Fontes (2002) expõe sobre as pesquisas psicopatológicas relacionadas às manifestações corporais de pacientes somatizantes, ou seja, cada sujeito marca de forma diferente seu corpo, conforme as impressões da infância. “Essa história pessoal é registrada, de início, por meio das sensações, dos movimentos. Somente muito mais tarde, as lembranças incluirão a linguagem”. (FONTES, 2002, p.56). Como verificamos só foi possível Pedro produzir uma história no espaço da transferência; que possibilitou o surgimento das primeiras marcas deixadas pelas vivências infantis, através de uma memória corporal. A partir daí, foi possível avançar no trabalho analítico, construir associações em relação às falhas da função materna e paterna. Pôde falar delas, reconhecendo-se manco nessas funções. Revela, então, um sonho de perseguição com a figura paterna. “Ele não me deixava ter atitude [...]” (relato de Pedro). Até o momento, os sintomas do pânico invadiam e dirigiam a sua vida, impedindo-lhe de ter uma vida normal, restando-lhe ficar colado ao imaginário do Outro parental. “Eu não consigo ser pai, assumir esse lugar de responsabilidade, de direção, eu me vejo uma criança. Eu não estou conseguindo dizer [...], mas eu acho que faltou não foi o pai biológico, não é isso o que faltou mesmo foi o que ele deixou de me transmitir [pausa] pronto é isso, a função paterna”. (relato de Pedro). Contudo, sentindo-se um novo homem, não necessitava mais de estar tomado pelo padecimento dos sintomas físicos do pânico, visto que já tinha condições de fazer bom uso da linguagem, como também, de se implicar com as faltas vindas do Outro. Comenta ele: “Eu acho que eu estou me sentindo mais homem, estou conseguindo falar o que quero e não ficar arrependido. Eu, agora, estou fazendo só o que tenho vontade e não estou nem aí para o que o outro vai dizer. O que importa, hoje, é a minha escolha, o que eu penso”. (relato de Pedro). Para Pedro, não há mais necessidade de se comprometer subjetivamente com o desejo parental, sendo capaz de realizar a separação.

Eu acho que o meu pai não foi amigo, nunca me ensinou nada, foi castrador [pausa], mas o meu avô foi assim com ele, e como eu tinha medo de ser o produto do meu pai [pausa] eu procurei fazer diferente com a minha filha; eu, hoje procuro ensinar a ela. Quando eu digo medo de ser um produto dele, não é que eu me visse sendo um produto dele, não é isso o que eu quis dizer, mas se ele agia daquele jeito comigo, eu quis fazer diferente com a minha filha [...]. Eu acreditei nisso que ele transmitiu [pausa] eu me acho sem saber fazer nada. Ele não soube me transmitir um saber, ele não me ensinou nada [...]. Não havia uma relação de mestre e aprendiz. Eu acho que é por isso que eu não sei pegar o meu carro e levar para consertar, eu sempre esperei por ele, porque eu sabia que ele sempre fazia por mim. (relato de Pedro).

Freud comenta, a respeito do ego, que ele é “a projeção de uma superfície”; que recebe os investimentos e os desinvestimentos vindos do Outro. Como não foi possível para o paciente delimitar a diferença de um dentro insondável com um fora estrangeiro, restou-lhe a invenção da Síndrome de Pânico. Para ele, reconhecer sua subjetividade era ameaçador, afinal, ele a via como errada, e preferia acreditar que ela era estranha ao olhar do Outro. Nesse sentido, não conseguia ver a falha como inerente a sua condição subjetiva.

Ferenczi (1932) enfatiza essa experiência, destacando a importância do trabalho analítico sobre o processo de elaboração simbólica do trauma: “Reviver o traumatismo é interpretá-lo (compreendê-lo) – ao invés do “recalcamento” puramente subjetivo – é, portanto, a dupla tarefa da análise”. (FERENCZI, 1932, p. 268). Do mesmo modo Assoun (1998) sublinha a necessidade de o sujeito fazer uma interpretação subjetiva do seu trauma. Conforme acrescenta o teórico, cada sujeito que inscreve o trauma em sua história, utiliza-se dessa interpretação, afetando a idéia que tem do Outro parental.

Antes de eu começar essa terapia, eu não tinha essa capacidade de pensar assim. Então, eu agia inconscientemente, agora eu já posso fragmentar isso, eu acho que essas coisas que eu falo aqui começam a ser reconstruídas [...]. Eu sei que eu não sou mais criança, não posso estar brincando de carrinho para tentar recuperar essa perda, porque eu sei o que faltou na minha infância eu não vou poder resolver, agora, adulto com a Síndrome de Pânico, porque eu já perdi muito tempo tentando resgatar isso e não consegui, agora, eu tenho uma filha para criar e não posso querer voltar a brincar de carrinho, eu acho que o tempo pra isso já passou, eu não posso tentar consertar isso dessa forma [...]. Eu sei que eu vou ter que construir isso que faltou de uma outra maneira. (relato de Pedro).

Esse depoimento mostra, que começa a reconhecer um novo lugar subjetivo. Não vive mais pendurado e rendido ao passado, volta-se para o futuro, para a sua descendência.

Eu sei que alguma coisa mudou, mas eu não sei o que especificamente mudou. Eu só sei que eu não sinto mais nada daquilo [pausa]. Eu não sinto mais o que sentia, muda o sentimento. Aquele vazio, buraco no peito eu não sinto mais. Eu me sinto bem e feliz. Até agora falando para você, acho que o meu tom de voz mudou, me sinto mais seguro, com autoridade. Eu até estou me achando um cara legal, eu estou gostando do que eu penso, apesar, que às vezes eu sei que sou um cara chato. (relato de Pedro).

O que era enunciado pela via corporal, passa a tomar uma outra direção, a do campo da enunciação simbólica, que provoca no paciente um efeito de surpresa e entusiasmo. Constatamos o efeito das mudanças na sua subjetividade também em sonhos. “Eu me via sem luva para lutar e eu me lembro que a minha mão estava desprotegida e eu me perguntava como ia lutar box sem luva”. (relato de Pedro). Assim, o acontecimento subjetivo de corpo é substituído por uma imagem que se apóia em simbolizações, indicando que já pode operar a castração. Como bem coloca Freud (1917), “nos sonhos, a doença física incipiente é com frequência detectada mais cedo e mais claramente do que na vida de vigília”. Ele dá importância para o acontecimento gigantesco que o corpo assume quando se está sonhando.

Eu tive um sonho meio idiota [pausa]. Eu sonhei que estava dentro de uma nave espacial e que lá dentro havia um monstro que queria a chave que estava comigo, ela estava na minha mão. Então, o que eu achei mais interessante foi que não estava fugindo do monstro, mas me vendo subir de elevador e descendo [pausa]. Eu era uma pessoa que o mundo dependia. Eu não me vi preso, muito pelo contrário estava me vendo fazer coisas que antes para mim, eu não podia, como pegar elevador. (relato de Pedro).

O significante “chave” presente no sonho denunciava aqueles antigos significantes, nomeados de “proteção” e “segurança”, que foram trazidos anteriormente quando o paciente associa a falta dos cuidados parentais. Após resgate da memória corporal na transferência, surgia uma nova significação para eles, quando dizia que ao se ver com a “chave” se reconhecia com

“responsabilidade” e com condições de “cuidar”. Esses cuidados estavam associados a sua vida, mas também, aos cuidados com a filha. “O que eu percebo que tudo o que eu sonho é o que acontece na minha realidade, sou eu que digo o que eu quero sonhar [...]”. (relato de Pedro).

No decorrer do tratamento pode precisar como surgiu o pânico: para ficar no lugar da falta dos pais, pois do lado da mãe faltou afeto e do lado do pai, segurança. “Eu sei que o pânico é também um problema, mas foi a forma que eu achei para dar conta desses outros problemas”. (relato de Pedro). Mas esta forma de definir a sua doença foi continuamente redefinida, trazendo sempre novos elementos significantes. “Agora, está me vindo um monte de causas para eu explicar o pânico, porque antes só me vinha uma, que era a necessidade de eu ser cuidado, agora são várias causas que estão surgindo de uma vez só. O problema está aí, o que eu faço com elas?” (relato de Pedro). Vejamos no item seguinte, mais precisamente como se deu o acontecimento do corpo subjetivo, que conduziu Pedro ao encontro da sua subjetividade, que antes foi tomada pelos sintomas físicos da doença.

4.4 A Organização do Acontecimento de Corpo na Síndrome de Pânico

Após alguns meses de tratamento, Pedro passou a conceber uma nova verdade sobre o pânico. “Eu acho que a Síndrome de Pânico foi virtual, inventada, criada por mim. Eu, hoje, passo a viver uma outra verdade. Uma verdade que é minha, que tem relação com a minha pessoa”. (relato de Pedro). Se antes o paciente esteve submetido ao imaginário parental, acreditando ser incapaz e dependente dos pais, hoje, já consegue dar uma nova direção a sua vida, com condições de resgatar o seu lugar de provedor da casa e fazer parte do mercado de trabalho. Eu antes não achava que eu tivesse capacidade para criar, mas quando eu criei o IEL, eu vi que eu tinha condições de criar [...] (relato de Pedro). Assoun (1998) enunciou sobre a importância de provocar no analisando sua implicação subjetiva no contexto histórico, como também, de promover condições para que o mesmo possa ligar o sintoma orgânico com a sua neurose.

Eu acho que fui eu que criei essa doença, porque eu não me achava capaz [pausa]. Então, eu tinha a crise, porque eu sabia que vinha a mamãe, o papai, todo mundo para me proteger. Sendo que, agora, eu não me vejo mais aquele filho precisando da mesada do papai, porque eu sei que sou capaz de me virar, conseguir um emprego e não precisar viver à custa deles. Antes, o mundo me ameaçava, eu tinha medo de viver nesse mundo sem fronteiras, novo. Mas agora não, eu já passo a me ver como um cidadão desse novo mundo. Não me vejo mais o coitadinho, porque tive o pânico e sou um desempregado [pausa]. Que bom que sou um desempregado, isso mostra que faço parte desse mundo. O normal é eu passar por isso, isso mostra que não vivo mais alienado, com medo de enfrentar o mundo. Diante dessas mudanças que surgiram no mundo, surgiram várias doenças, uma delas foi o pânico, mas nem todo mundo tem essa doença, outra pessoa não tem, você também não tem, mas já eu tenho, outras pessoas já têm outras doenças [pausa]. Então, por isso que eu não achei que seja só social, porque se não todo mundo tinha. É também, pessoal [pausa] tem a ver com o nosso eu. Fui eu que inventei isso para enfrentar essas mudanças que estavam acontecendo no mundo, eu achava que não era capaz de enfrentar sozinho. (relato de Pedro).

Como vimos, o pânico foi criado por ele para não ter que se deparar com suas questões subjetivas, uma vez que se via carente de afeto e incapaz de dirigir sua vida. Atualmente, apresenta algumas mudanças, reconhecendo-se cidadão de um novo mundo, instalando sua bandeira no social e sendo agente do seu destino. “Esse nosso mundo é muito bom para se viver, ele me fascina [...]”. (relato de Pedro). Como antes, Pedro encontrava-se preso ao ideal de útero *materno*, não podia ir além deste, ficando limitado ao desejo da mãe, e reconhecendo ameaçado pelas mudanças vindas do mundo globalizado.

Como verificamos, o paciente pôs em evidência o nascimento de um Outro corpo, ao denunciar, em seu discurso, outros elementos que faziam parte de um novo campo simbólico. Não se via mais ligado aos sintomas da doença, pois já sabia o que fazer com eles, discernindo o que era da ordem de um mal-estar físico, de um outro, somático, e que podia ter relação com suas questões subjetivas. “Por esses dias, eu tive uma crise de tontura, mas eu acho que foi uma labirintite [pausa]. Eu acho também que foi uma mudança de sintoma [pausa]. Eu sei que alguma coisa mudou, eu não sei se eu poderia dizer uma mudança de personalidade, de atitude [...]”. (relato de Pedro). Como observa Assoun (1998), o surgimento de um inconsciente psicossomático, que insistentemente deixa de não se inscrever, aponta uma cadeia de novos elementos significantes. É fundamental escutar o que o sujeito

denuncia através do sintoma somático, possibilitando discernir o que está latente naquela enunciação e relacionado à pulsão, ao gozo e ao ego-corporal do analisando.

Aquilo que eu criei sobre a disritmia é tudo uma mentira, porque eu nunca morri disso, como também, sempre tomei a medicação e nunca passei mal por isso. Eu tinha um medo danado de morrer, quando eu tomasse a medicação, então, ficava sempre interrompendo o tratamento [pausa]. Eu vejo que eu estou no pós-operatório; é assim que eu me vejo. Mas eu não me vejo mais voltando a ter tudo de novo, voltar a ser como antes, isso não vai acontecer, o que eu posso ter é um mal-estar como qualquer pessoa normal. (relato de Pedro).

Como construiu uma nova maneira de definir e de se relacionar com o pânico, Pedro passou a ser o verdadeiro responsável pela falta de transmissão paterna, fazendo pseudo-suplências. “Eu é que procurei construir o pânico, dar conta desse pilar que faltou, dessa falta de afeto [pausa]. O pânico seria, hoje, o medo de eu viver a minha própria vida. Ele seria visto como alguma coisa para acabar com a vida [...]”. (relato de Pedro). A colocação de Pedro denuncia não somente a separação diante do desejo parental, mas também, do discurso médico trazido pela psiquiatria, pois não mais se vê dependente da medicação e já pode realizar a distinção sintomática da doença com aqueles sintomas associados a sua estrutura subjetiva. “Eu quero quebrar este vínculo com a minha mãe. Eu não quero ser empregado dela [pausa]. Eu não estou com medo de tomar a medicação; passa a ser natural. Antes eu tinha medo, porque eu não podia mais retornar. Eu acho que o meu medo não era de não poder retornar, era de ir [pausa] e agora, eu me vejo podendo ir [...]”. (relato de Pedro). O paciente iniciou um novo percurso em direção a construção do falo simbólico. Conforme diz Bastos (1998) não podemos afirmar que o sujeito tem um corpo, mas que ele é um corpo que se encontra encorpado por uma subjetividade. “Eu fico procurando aquela coisa que eu sentia antes e não acho, então, pra mim é estranho. É como se eu visse na frente do espelho um novo homem. A mudança aconteceu, mas pra mim está sendo muito estranho, porque eu estou me deparando com um novo que é estranho”. (relato de Pedro). Nessa direção, Pedro ao se ver diante de um novo corpo, encorpado por uma subjetividade, não o reconhece. Anteriormente, os sintomas da doença ocupavam intensamente a sua existência, ao reconhecer a necessidade de construir meios

mais saudáveis de enfrentar o vazio deixado pelo pânico, e de enfrentar a falta, que constituiu a sua estrutura neurótica. Vê-se, então, implicado nele. O vazio deixado pelo sintoma dá a ele uma sensação de ócio, de nada a fazer, de falta.

Eu estou sentindo um ócio muito grande, tem vez que eu fico procurando o que fazer e não acho nada [pausa]. Então, o que está sendo ruim é ter que ficar parado, sem ter o que fazer. Antes, eu tinha a crise de pânico para me preocupar, agora como eu não preciso mais ficar pensando sobre isso, eu fico sem ter o que fazer. Eu tive muito tempo com a doença foram dez anos, e agora, eu sinto uma falta, é uma falta mesmo, um vazio [pausa]. Eu digo que esta falta, está me trazendo uma felicidade, porque eu estou vendo que eu estou podendo fazer coisas que eu não fazia antes, então, é uma falta que para mim está sendo boa. (relato de Pedro).

Retomando Bastos (1998), apesar do corpo sexual ter a necessidade de se apoiar nas satisfações do corpo biológico, é fundamental que ele realize essa separação para que tenha condições de se constituir como um corpo de desejo. Assim, nasce o ego-corporal. Ao permanecer alguns anos ligado ao imaginário parental, foi difícil se reconhecer como sujeito desejante, castrado, e a se incluir subjetivamente na queixa. Faz suplências, mas de outra qualidade, mais ajustadas à cultura. “Eu queria ter mais fé em Deus [...], mas acho que não tenho. Eu acho que essa fé que eu deveria ter em Deus, está se deslocando para mim. É isso que eu preciso fazer, é acreditar mais em mim, e é isso que está começando a acontecer”. (relato de Pedro).

Nos últimos tempos, Pedro já se via dando direção a sua vida, buscava alcançar o lugar subjetivo, de independência, livre da sedução do Outro parental e das ameaças da doença. Resgatava as sensações de solidão vividas, quando jovem, época em que não se via ameaçado pelos sintomas do pânico.

Eu quero muito hoje poder viajar, aprender uma língua [pausa]. Eu quero conhecer o mundo. Eu sempre fui uma pessoa de gostar de ficar sozinha, mas depois que eu tive pânico, eu ficava com medo de ficar sozinho, ter uma crise [...]. O pânico me tomou muito tempo e, agora, eu não me vejo mais pensando nisso, só penso, quando venho para cá. Eu agora fico pensando no que eu tenho para fazer, no meu trabalho [pausa]. Eu não acredito mais na medicação, eu antes, achava que era o lexotan que me impedia de eu ter uma crise, e, agora, eu estou vendo que não é [pausa]. Antes, eu tinha o útero como um lugar seguro, que me protegia, pronto como um ideal, mas sendo que, agora, eu vejo como uma prisão. Interessante, depois

que você falou em prisão, eu comecei a pensar nesse novo sintoma, como o pânico também [...]. Eu tinha a idéia de morte com relação à perda, mas agora está me vindo uma outra idéia [pausa] a idéia de vida, de recomeço, de uma nova vida. Eu quero muito hoje poder viajar, aprender uma língua [pausa]. Eu quero conhecer o mundo. Eu sempre fui uma pessoa de gostar de ficar sozinha, mas depois que eu tive pânico, eu ficava com medo de ficar sozinho, ter uma crise. (relato de Pedro)

Pelo exposto, no período que Pedro era tomado pelos sintomas físicos do pânico, não conseguia sustentar a verdade originária de seu sintoma, precisando de se esconder por trás da doença para não ter que lidar com sua própria estrutura neurótica. As mudanças, apontadas na transferência, denunciam a nova posição subjetiva assumida por Pedro, e confirmam o que Pontalis (1986) expõe, no que se refere à saída encontrada pelo sujeito diante das diversas formas de prazer vividas pelo corpo. Para o teórico, é por intermédio delas que se constituirá a estrutura psíquica do sujeito, assim como a maneira de se relacionar com o Outro. Pedro, ao se ver sob a tutela dos sintomas do pânico, não podia formar laço com o Outro, restando-lhe, como saída, a negação de sua subjetividade. “Eu prefiro ficar aqui, porque eu sei que aqui eu não posso mentir [pausa] porque eu sei que estou falando para alguém [pausa]. Já se fico no divã, como eu vou ficar falando para mim mesmo? Vou poder mentir? E aí, não iria funcionar”. (relato de Pedro).

Atualmente, deparo-me com novas questões em torno do diagnóstico desse caso de Síndrome de Pânico: Se a crise do pânico, como afirmou Pedro, foi uma estratégia encontrada por ele, a fim de solucionar um conflito de ordem psíquica de desamparo e de incapacidade transmitido pelo discurso parental, seria fundamental, para a direção desse caso, que eu pudesse redefinir a anterior avaliação diagnóstica proposta pela psiquiatria. Mesmo porque, o paciente apresentou novos elementos transferenciais que me permitiram pensar que o pânico pudesse estar muito mais ligado a uma fobia neurótica.

Considerando que a psiquiatria apresenta um olhar clínico diferente do psicanalítico, não somente em relação à avaliação diagnóstica, mas também na direção da cura – preocupando-se muito mais com os sinais externos apresentados pela doença, do que com o discurso do inconsciente –, é possível considerar, a partir das mudanças de posição subjetiva, apresentadas na transferência, que o

diagnóstico inicial, reiterado pelo próprio paciente de que se tratava de uma doença da contemporaneidade, seja passível de uma nova reavaliação.

Penso, com as últimas colocações de Pedro, que a Síndrome de Pânico nunca existiu, sendo o pânico uma construção maldita, que lhe serviu de alicerce para enfrentar o medo da vida. Porém, toda aquela suposta satisfação fantasmática que o pânico um dia lhe causava, tornou-se razão de estranhamento. “Tem vez que vem um pensamento de eu ter uma crise, mas eu tento não pensar e seguir, porque se eu retornar, eu irei me sentir muito pior, fracassado e aí terei que começar do zero, tudo de novo, e isso eu não quero mais”. (relato de Pedro).

A impossibilidade de empreender a elaboração dos sintomas físicos, em outras tentativas de tratamento, fez com que o paciente reforçasse o pânico como uma defesa contra o medo de enfrentar a vida, permanecendo ele na condição de vítima. O trabalho de análise deslocou o foco da doença para o doente. Considerando que o paciente porta uma memória corporal e que os sintomas físicos poderiam ser uma manifestação de uma história arcáica, ainda não simbolizada, ao falar sobre tais sintomas e vivenciá-las, gradativamente, o paciente pôde lhes conferir sentidos, e, ao mesmo tempo, torná-los subjetivos.

Assim, de assujeitado ao Outro, ao pânico, ele transformou-se em um agente do mundo, correndo o risco de, ao deixar o invólucro de proteção que a Síndrome de Pânico lhe proporcionava, ter condições de criar ante o inesperado, sem necessariamente se ver como vítima da ordem contingencial da vida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Investigar as manifestações físicas dos sintomas em um caso de Síndrome de Pânico nos conduziu a relevantes reflexões sobre a subjetividade expressa em acontecimentos vividos no corpo; também mostrou a possibilidade de, na transferência, poder resgatar, pela fala desses acontecimentos, uma memória de inscrições primitivas. Quando isso acontece, o paciente é capaz de dar significação aos sintomas físicos e, com isso, sabe dominar o pânico, sem se deixar dominar por ele. Os sintomas físicos, observa Assoun (1998), denunciam os desarranjos simbólicos, contudo, por meio deles, pode-se fazer arranjos simbólicos.

A escuta e a leitura psicanalítica do caso nos levaram a ter uma compreensão mais abrangente da síndrome, também a refletir sobre a possibilidade de, na transferência, poder manejar com uma memória corporal e, por conseguinte, interpretar tais fenômenos na relação que eles mantêm com o contexto social. Como comenta Freud, a escuta do singular de cada caso nos possibilita compreender o que acontece com as manifestações sintomáticas produzidas no social. Afinal de contas, é o imaginário de uma época que acaba por influenciar as construções subjetivas. Pelo singular do caso, constrói-se o universal da clínica.

Por conseguinte, fui convocada, na direção desse tratamento, a conhecer uma nova vertente de escuta clínica do real – a escuta dos acontecimentos de corpo –, manifestação da memória corporal produzida na transferência. E foi, por intermédio dessa escuta, que Pedro se viu instigado a transformar o mundo vivido sensitivamente em mundo de representação simbólica, até então, inacessível. Falando, ele foi capaz de “bendizer” os sintomas físicos do pânico, que passaram a ser revelados não mais como reações fisiológicas ligadas ao pânico, como interpreta a Psiquiatria, e sim como produtor de um arsenal de significantes. Assim, comenta Pedro: “Eu sei que foi o meu psicológico que afetou a parte fisiológica do meu corpo, e aí surgiu a doença, o pânico. Eu sempre achei isso, que o psicológico, de alguma forma, afetou o meu organismo”. (relato de Pedro).

Tais constatações nos mostram que tratar a Síndrome de Pânico pela vertente exclusivamente medicamentosa não é suficiente. Essa terapêutica arrefece a intensidade dos sintomas, no entanto, não produz uma mudança subjetiva do

paciente. Ela trabalha a doença e não o doente. É preciso reconhecer, a partir da queixa física apontada pelo paciente, algo de uma outra realidade, ou seja, aquilo que Assoun (1998) pondera como sendo a maneira de manifestar no físico aquilo que não foi possível de ser trabalhado pelo psiquismo; ao mesmo tempo, o acontecimento do corpo orgânico desperta o sintoma que estava adormecido. Nesse sentido, o sintoma somático é o momento físico do processo inconsciente.

No início do trabalho analítico, o paciente resistia saber sobre a causa subjetiva de seus sofrimentos e sua demanda era na direção de aliviar a angústia provocada pelo pânico. Ao final do tratamento, se considerava ele em condições de se haver com novas questões sintomáticas e passou a se implicar, encontrando novos meios para lidar com o pânico e sair do isolamento. Formula ele:

Eu não posso dizer que eu não tenho pânico, que eu estou curado. Eu sei que existe um resto. Eu posso dizer que eu não tenho mais os sintomas da doença, que agora se apresenta uma outra doença. Eu acho que é uma paranóia, isso tudo. É alguma coisa que se apresenta agora, que não é o pânico, mas uma paranóia.

O sofrimento físico provocado pelo pânico impedia Pedro de ter acesso a sua própria subjetividade; o trabalho de análise deu a ele recursos para descobrir não somente um novo estilo para lidar com os sintomas físicos da doença, mas também de ter conhecimento do seu próprio desejo, de sua castração. Se, por um lado, o pânico lhe dava proteção, deixando-lhe permanecer preso aos cuidados maternos, por outro, impossibilitava-o de viver sua própria vida, ou seja, de se haver sozinho com seu desejo, causando-lhe medo. Observa ele:

Eu inventei o pânico para que eu não tivesse liberdade, ficasse me vendo dependente dos outros [pausa], porque com o pânico o sujeito fica assim, numa prisão, sem poder sair, dependente mesmo. Interessante, que eu fui escolher logo uma doença que impedia a minha liberdade, porque ela não me deixava avançar, progredir. Agora não, quando eu não vejo as coisas acontecendo, eu me deprimi, fico arrasado.

Eu fico com receio de regredir, ficar dependente, e isso hoje, é que me dá medo. Esses sintomas, que eu sinto hoje são naturais, não têm nada a ver com aqueles do pânico. É uma coisa completamente diferente da outra; hoje, é a regressão que me assusta, e não a minha liberdade.

Pedro resgata seu nascimento pela memória corporal e o revive no espaço transferencial. Sentindo-se acolhido pela escuta e protegido pela palavra, reinscreve o nascimento no plano simbólico, plano da pulsão de vida, dissociado da sensação eminente de morte. Nesse contexto, a liberdade não mais o assusta, pois sabe como se proteger, não está mais a mercê do Outro, não mais precisa usar a regressão como proteção. Deixa de ser o menino medroso do pai para ser um pai.

Para finalizar, reflito um pouco sobre o efeito da análise do caso sobre mim. Penso que a fala volatiliza os significantes materializados no corpo e a escrita proporciona ao caso um valor que se abre para múltiplas interpretações: a cada leitura novas metáforas podem ser criadas. Como observa Queiroz (2002, p.33-34):

O caso clínico escrito, tal qual uma escritura, guarda estas propriedades: faz fronteira entre a vivência e a especulação, mostra o inaudível e o não dito, inscreve uma transferência e o “ocaso do analista”, assegura a transmissão e o progresso da psicanálise, ao mesmo tempo em que se mostra passível de cada leitor ou leitura reinventá-lo [...].

A escrita funciona em direção contrária à fala, visto que ela dá corpo à palavra. Os significantes amarrados ao corpo são dificilmente pinçados pela via do objeto da pulsão (QUEIROZ, 2005). Segundo Ana Costa (2001), a escrita é suporte corporal que recorta os restos não assimiláveis – o que ela chama de detritos. A escrita transporta detritos, restos de uma separação nunca concluída. Descrevendo o caso de Pedro, falo de uma separação não concluída, de restos inassimiláveis no espaço da análise, de corporização de uma transferência, que, ao mesmo tempo, liga e separa o sujeito do Outro, liga e separa analisante de analista.

REFERÊNCIAS

ANZIEU, D. *O Eu-pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1988.

ASSOUN, Paul-Laurent. *Cuerpo y síntoma*. Tradução Horácio Pons. Buenos Aires: Nueva Visión. SAIC, 1998.

AULAGNIER, Piera. Nascimento de um corpo origem de uma história. In: MCDOUGALL. *Corpo e história: uma contribuição contemporânea à obra de Freud*. Tradução: Maria Lucia Vieira Violante. São Paulo: Via Lettera, 2001.

_____. *A violência da interpretação: do pictograma ao enunciado*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. *O direito ao segredo: condição para poder pensar. Um intérprete em busca de sentido*. São Paulo: Escuta, 1976.

_____. *O aprendiz de historiador e o mestre feiticeiro: do discurso identificante ao discurso delirante*. São Paulo: Escuta, 1984.

BARRETO, F. P. A Nomenclatura e a paisagem: psicofármacos para a psiquiatria e para a psicanálise. In: *Revista Clique – Revista dos Institutos Brasileiros de Psicanálise do Campo Freudiano*. Belo Horizonte, n.1, abr. 2002.

BASTOS, Liana A. M. *Eu – corpando: o ego e o corpo em Freud*. São Paulo: Escuta, 1998.

BIRMAN, Joel. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1988.

CALDEIRA, G.; MARTINS, J. Diogo. *Psicossomática: teoria e prática*. 2 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2001.

CARREIRA, F.; Alessandra. Sobre a singularidade do sujeito na posição de autor. In: *Linguagem em Discurso*, vol.1, nº 02, jan/jun.2001.

COSTA, Ana. *Corpo e escrita: relações entre memória e transmissão da experiência*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001.

CZERMAK, Rejane. Transformações e clínica: a produção de sentidos vista sob o foco das relações transferenciais e da comunicação entre inconscientes. *Círculo Psicanalítico do Rio Grande do Sul*, 2008.

FERENCZI, S. *Transferência e introjeção*. In: _____. *Escritos Psicanalíticos*. Rio de Janeiro: Taurus, [1909].

_____. *Desenvolvimento do sentido da realidade e seus estádios*. In: _____. *Escritos Psicanalíticos (1909-1913)*. Rio de Janeiro: Taurus, [1913].

_____. *Reflexões sobre o trauma*. In: _____. *Escritos Psicanalíticos [1931-1932]*. Rio de Janeiro: Taurus, 1988.

FERNANDES, Maria Helena. *Corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

_____. *Entre a alteridade e a ausência: o corpo em Freud e sua função na escuta do analista*. *Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial, Rio de Janeiro, 2003*.

FONTES, Ivanise. *Memória corporal e transferência: fundamento para uma psicanálise do sensível*. São Paulo: Via Lettera, 2002.

FREUD, Sigmund. Rascunho A [1892?]. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Direção de tradução de Jayme Salomão. v. 1, Rio de Janeiro: Imago, 1996, extratos dos documentos dirigidos à Fliess (1950 [1892-1899]), p. 245-247.

_____. A Interpretação dos Sonhos. [1900]. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Direção e Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. A repressão. [1915]. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. 14. Direção de tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Além do Princípio de Prazer. [1920]. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Direção e Tradução Jayme Salomão. v. 18. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. [1909]. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. 10. Direção e Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Ansiedade e vida pulsional [1932]. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. 22. Direção de tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. As pulsões e suas vicissitudes. [1914-1915]. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. 14. Direção de tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Conferencia XXIII: os caminhos da formação dos sintomas (1917 [1916-17]). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Direção de tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 16, conferências introdutórias (1916-1917 [1915-1917]).

_____. Conferência XXXII: ansiedade e vida pulsional. [1932]. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. 23. Direção e Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Conferências Introdutórias Sobre Psicanálise. (1916-1917 [1915-1917]). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v.15. Direção e Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Estudos sobre a histeria. [1905]. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v.7. Direção e Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico. [1911]. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v.12. Direção e Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Inibições, Sintomas e Ansiedade. (1926 [1925]). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Direção e Tradução de Jayme Salomão. v. 20. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Moisés e o monoteísmo: três ensaios. (1939 [1934-38]). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. 23. Direção e Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Novas Conferências Introdutórias Sobre Psicanálise e Outros Trabalhos. (1933 [1932]). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. 21. Direção e Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. O Ego e o Id. [1923]. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Direção e Tradução de Jayme Salomão. v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. O mal-estar na civilização. [1930]. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. 21. Direção e Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Projeto para uma Psicologia Científica [1895b]. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Direção de tradução de Jayme Salomão. v. 4. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 1.

_____. Psicologia das Massas e Análise do Ego. [1921]. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Direção e Tradução de Jayme Salomão. v. 18. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Rascunho B. A etiologia das neuroses [1893]. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Direção de Tradução de Jayme Salomão. v.1. Rio de Janeiro: Imago: 1996, extratos dos documentos dirigidos à Fliess (1950 [1892-1899]), p. 247-255.

_____. Rascunho E. Como se origina a ansiedade. [1894?]. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Direção e Tradução de Jayme Salomão. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Sobre o narcisismo: uma introdução. [1914]. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. 14. Direção de tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. [1905]. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. 7. Direção e Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. *Introdução à metapsicologia Freudiana* 3. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

HANNS, Luiz Alberto. *A teoria pulsional na clínica de Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1999.

LACAN, Jacques. O Seminário livro 1: *Os Escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar: 1999. Campos freudiano no Brasil.

_____. Seminário 2 e 3. In: CALDEIRA, G.; MARTINS, J. D. *Psicossomática: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medsi: 2001.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, J. B. *Vocabulário da psicanálise*. Direção de Daniel Lagache. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; Organização Pan-americana da Saúde. *Classificação internacional de doenças: manual de classificação estatística internacional das doenças, lesões e causas de óbito*. São Paulo: USP, 1985. v.1.

_____. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – CID-10*. Tradução do Centro Colaborador da OMS para a classificação de doenças em português. 3. ed. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 1996, v.1.

_____. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV*. Tradução de Dayse Batista. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PEREIRA, M. E. C. *Pânico e desamparo: um estudo psicanalítico*. São Paulo: Escuta, 1999.

PINHEIRO, M. T. *La theorie du trauma dans l'oeuvre de S. Ferenczi – du concept d'introjection a la cure* (Tese de Doutorado). Universite Paris 7. 1987.

QUEIROZ, E. F. Inclinar-se para a escuta e inclinar-se para a escrita. Pulsional. *Revista de Psicanálise*. São Paulo: v.1, n. 184, p.60-64, 2005.

_____. O estatuto do caso clínico. *Pulsional. Revista de Psicanálise*. São Paulo: v.15, n. 157. p. 33-40, 2002.

REZENDE, Antônio Muniz. A investigação em psicanálise: exegese, hermenêutica e interpretação. In: SILVA, M. E. L. (Coord.) *Investigação e Psicanálise*. Campinas: Papyrus, 1993, p. 103-118.

ROCHA, Zeferino. *Os destinos da angústia na psicanálise freudiana*. São Paulo: Escuta, 2000.

VIOLANTE, Maria Lúcia Vieira. *Piera Aulagnier: uma contribuição à obra de Freud*. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria, 2001.

WINOGRAD, Monah. *Revista Percurso – Freud, o corpo e o psiquismo*. (Artigo que é desdobramento da Tese Freud e a fábrica da alma), jul. 2002, RJ.