

In Formação

Boletim da Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia

01

Editorial

03

Entrevista

05

Sobre os registros
no/do corpo:
recortes de um caso

07

Que corpo é esse?

10

Considerações sobre
a presença do
analista e os seus
efeitos na clínica

12

Agenda



Fold Study 1494, Howard Schatz

O CORPO NA CLÍNICA



Clínica de Estudos e
Intervenções em Psicologia
UFSM

O Boletim (In)Formação número VII, da Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia, tem como título “O corpo na clínica”. A proposta da edição é trazer algumas discussões que antecederam e compuseram a IV Jornada Anual da CEIP, homônima a esta publicação. Neste sentido, iniciamos a edição com uma entrevista realizada com a psicanalista Ana Costa, onde são introduzidas questões sobre o estatuto do corpo em psicanálise, o modo como o paciente situa seu corpo na transferência e os efeitos da escuta no corpo do analista. Seguem-se à entrevista três composições adaptadas de falas apresentadas na Jornada. Na primeira, parte-se de um recorte de caso clínico para pensar a constituição do corpo pulsional e do sujeito, no contexto particular posto pela clínica do autismo. O escrito seguinte parte igualmente de um recorte de caso clínico, desta vez para refletir acerca das relações do sujeito com o corpo, evidenciando questões acerca da dor e do sofrimento. Finalmente, o terceiro texto lança um olhar sobre a função do corpo do analista, detendo-se na dimensão *real* que tal corpo encarna na clínica. Juntas, as produções fazem uma introdução à questão do corpo em psicanálise, refletindo também o trajeto de trabalho construído na CEIP em 2013, e que culminou na realização da Jornada.

Fica o nosso desejo de uma boa leitura.

(In)Formação : Boletim da Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia / Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Curso de Psicologia, Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia. -- N. 1 (jul. 2011) - . Santa Maria, 2011 - .

Semestral
www.ufsm.br/ceip/
n. 7 (dez. 2013)

1. Psicologia. 2. Psicologia - Boletim. 3. Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia (CEIP). 4. Centro de Ciências Sociais e Humanas (CCSH). 5 Curso de Psicologia. 5. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

CDU 159.9(055)

Ficha catalográfica elaborada por Alenir Inácio Goularte - CRB 10/990
Biblioteca Central da UFSM

Equipe da Clínica em 2013:

COORDENAÇÃO GERAL

Luís Fernando Lofrano de Oliveira

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Aline Bedin Jordão
Amanda Schreiner Pereira

ESTAGIÁRIOS

Amanda Almeida
Amanda Schöffel Sehn
Bruna Maria Corazza Martins
Carlos Oclides P. de Quadros
Cristiane C. Baratto
Fernanda S. de Macedo
Maira Rafaela Röhrig da Costa
Marina Bulegon Pilecco
Natália de Andrade de Moraes

TÉCNICO ADMINISTRATIVO

Marlos da Fontoura Rodrigues

BOLSISTA

Christian Almeida Di Giacomo

REALIZAÇÃO

Equipe de Estagiários
Coordenação da CEIP

EQUIPE DE REVISÃO

Luís Fernando Lofrano de Oliveira
(coordenação geral da Clínica)

Aline Bedin Jordão
Amanda Schreiner Pereira
(coordenação técnica da Clínica)

Horário de Funcionamento

De segunda a sexta-feira

Manhã: 8h às 12h

Tarde: 13h30min às 17h30min

Entrevista

A presente entrevista foi pensada a partir da proposta do tema da IV Jornada Anual da CEIP, “O corpo na clínica”. Ana Costa, psicanalista membro da APPOA, concedeu a entrevista situando a questão do corpo a partir da perspectiva psicanalítica.

O que é e em que condição se fala em corpo na psicanálise?

O corpo para a psicanálise é o corpo do discurso. O que significa o corpo do discurso? Não é uma coisa simplesmente etérea, que esteja fora do corpo real. Significa que o discurso produz uma representação de corpo e isso tem efeitos no corpo real. Produz efeitos tanto na nossa percepção, quanto nos sintomas corporais. Isso porque, de alguma maneira, a relação que temos com o outro imprime coisas no corpo. Isso se dá desde criança, no seu nascimento. A criança no seu nascimento vai ser completamente configurada, vamos dizer assim, pela acolhida que a mãe lhe confere, constituindo-a discursivamente. A partir desta matriz originária nossa relação com o nosso corpo vai ser configurada pela nossa relação com os discursos. Então não existe, do ponto de vista da psicanálise, um corpo estritamente biológico. O corpo é uma mistura da nossa fisiologia, da nossa genética, com os discursos onde ele se insere. Assim, por essa razão, um percurso de análise tem efeitos no corpo. Também por essa razão os efeitos da ingestão de medicamentos dependem da transferência com o médico, ou com a medicina. Se um remédio não é acompanhado de uma certa relação com o discurso, ele pode não ter efeito. Contrariamente ao que hoje em dia diz a psiquiatra e a ordem médica, não há uma relação direta entre a substância e o corpo. A substância é sempre mediada pelo discurso.

Como este corpo é escutado ou lido na clínica?

É por meio da transferência. Não há naturalidade nas formações clínicas, nas formações sintomáticas. Por exemplo, não se pode dizer que alguém “é histérico”, não existe, não tem uma natureza histórica; só se pode dizer isso na transferência, naquela transferência singular com aquele analista ou aquele terapeuta. Eu costumo dizer brincando que chamar alguém de histérico fora da transferência é xingamento. Porque alguém não é, não tem um ser definido. Isso se configura na repetição na transferência, o que Freud já chamava neurose de transferência. Então, na transferência, que é uma relação discursiva, o sintoma vai se repetir numa configuração da relação do sujeito com a sua fantasia, que inclui o que ele oferece para o outro. As formações clínicas se configuram na transferência com aquele terapeuta em particular, singularmente, e é por meio disso que vão ter efeito as interpretações, os atos, as pontuações. Então, isso tem efeito no corpo. A angústia, por exemplo, é eminentemente corporal. E você consegue, na clínica, intervir diretamente nos efeitos de angústia que o sujeito tem. Então esse é o efeito, vamos dizer, no corpo, na medida em que ele é incluído numa transferência, é suportado fantasmaticamente e repetido sintomaticamente na transferência.

Poderia desdobrar um pouco mais sobre o “suportado fantasmaticamente”?

Aí temos que diferenciar o que é fantasia e o que é sintoma. A fantasia ou o fantasma é a maneira como se constitui para cada sujeito o objeto que, de alguma maneira, ele foi para o Outro originário. Essa entrada na linguagem definida na sua relação com a mãe, em que inicialmente é situado como uma extensão. O corpo da criança é extensão do corpo da mãe. Então, essa extensão se corta, se perde, e no lugar dessa perda se inscreve uma forma de

relação do sujeito com um determinado objeto, que é um objeto pulsional. Esse objeto pulsional é recortado por uma demanda. Um exemplo: o controle do esfíncter na criança não é natural, ele é constituído pela demanda materna. Então, uma parte do corpo da criança, o cocô, vai ser ofertada à demanda da mãe. Ali o corpo da criança vai funcionar pela demanda, ele retém e expulsa pela demanda. Logo, o corpo funciona desde o início pelo significante, significante da demanda. Então esse é o modelo do fantasma. Esse significante da demanda vai dirigir o sujeito aos objetos fora do corpo. Mas o seu corpo, ele vai responder, ele vai entrar na relação com essa demanda, situada fora também. Freud trabalha muito isso, ele pode ser retentivo na relação com o outro, na relação com os objetos; ou pode ser, digamos, diarréico. Então temos conformação do corpo, de um modelo corporal à relação do sujeito com os objetos. É isso que configura a fantasia.

A gente vinha falando um pouco sobre como isso aparece na cena clínica, na transferência...

Então, na transferência o sujeito vai refazer sua relação com essa demanda do grande Outro. E é isso que vai fazer com que seu corpo entre na cena clínica, porque ele vai supor no terapeuta uma demanda, e ali ele vai responder ou frustrar. Essa demanda que ele supõe no terapeuta é a repetição da cena fantasmática, onde ele primeiro se configurou, configurou seu corpo na relação com a demanda do grande Outro.

Diante de todo esse investimento (da demanda que o paciente supõe no clínico), quais efeitos podem ser provocados no corpo do analista?

Escutar alguém e ofertar seu corpo a esse investimento da fala do paciente não é sem efeito. Um dos efeitos mais corriqueiros é a angústia, a angústia é corporal. Algumas vezes

sonhos. Enfim, é por essa razão que o terapeuta precisa se analisar, ou se tratar enfim, porque ele é incluído na transferência e incluído nessa espécie de extensão primária do corpo. E aí ele pode se confundir com essa extensão. Ele pode se situar numa identificação. Ou seja, se confundindo na relação com o grande Outro que o paciente constrói na transferência. Ele pode se confundir com o fantasma sadomasoquista, ocupando o lugar de mestre sádico em suas intervenções, por exemplo. Por isso que se diz que uma análise transcorre num princípio de abstinência. E abstinência não quer dizer somente que o analista não vai transar com o paciente. Trata-se, na abstinência, de não corresponder ao fantasma, de não fazer uma montagem do fantasma atuando-o na transferência com o paciente.

Tu falaste de duas situações, uma em que o clínico estaria atuando junto a esse fantasma, identificado com o grande Outro na transferência, e outra em que toma a posição do mestre sádico. Poderia nos falar um pouquinho mais sobre o mestre sádico?

O lugar do mestre sádico seria, de alguma maneira, se propor como legislador do outro. Do ponto de vista laciano, o mestre é o significante, quer dizer, é aquilo que vai ordenar a entrada na linguagem, essa ordenação do corpo como pulsional.

Quais são as diferenças entre se colocar em um lugar de identificação e no lugar de legislador?

É porque numa você padece e na outra você domina. Em uma você padece, você se confunde com o fantasma do paciente, então você se mistura sendo objeto desse mestre sádico, digamos. Na outra você legisla, você é o mestre. Então numa você é objeto, na outra você é o legislador.

Sobre os registros no/do corpo: recortes de um caso

Natália de Andrade de Moraes¹

Para iniciar as discussões sobre o corpo na clínica, trago um recorte de caso clínico, a partir do qual desenvolvo algumas questões das quais venho me ocupando acerca da clínica do autismo. Vamos a ele:

Daniel tem quatro anos quando iniciamos os atendimentos psicológicos, que são realizados em uma diversidade de ambientes, visto que ele deambula durante grande parte dos atendimentos. Os espaços da instituição, no entanto, oferecem muitos riscos à criança, sendo necessário que eu limite sua circulação, muitas vezes enfaticamente. Assim, coloco meu corpo entre Daniel e as escadarias, por exemplo, dizendo que ali não poderia ir. Quando lhe digo “não”, o menino joga-se no chão, grita, bate-se nas paredes e joga objetos contra mim. A forma como Daniel joga seu corpo contra tudo o que existe a sua volta inicialmente assusta, sobretudo porque não parece registrar dor. Dor, aliás, que eu registro. Assim, quando joga as coisas em minha direção, ou quando vem agressivamente contra mim, me chutando e empurrando, passo a questionar sobre os limites da disponibilidade de meu próprio corpo. Até que ponto meu corpo está disponível para Daniel? Que função desempenho nessas cenas?

Continuo suportando a agressividade do menino (mais a frente explicarei o porquê da escolha do termo ‘agressividade’), quando este se sentia invadido pelo mínimo movimento feito por mim. Contudo, tendo vislumbrado algo de *insuportável* na posição em que ele me coloca, passo a demarcar meus próprios limites, inclusive deixando de atendê-lo em uma situação em que chega “muito bravo” ao serviço, dizendo-lhe que “hoje não temos como trabalhar, pois corremos o risco de nos

machucar”. Quando digo “muito bravo”, refiro-me principalmente a momentos em que, em virtude de sua agitação ou crises, é preciso que eu o contenha com demasiada força, com o risco de machucá-lo.

Foram alguns meses para que Daniel deixasse de jogar seu corpo contra o ambiente, o que ele passou a fazer em alguns momentos específicos. Como se tornou recorrente em um período do tratamento, Daniel fica furioso quando digo que nosso tempo de sessão está terminando. O menino volta-se para uma porta de madeira, batendo com muita força suas mãos contra ela. Digo: “tu pode até bater, mas o que vai doer é a tua mão, não a porta”. Daniel me olha, cessa e vai embora. Em associação, lembro-me de uma sessão ocorrida semanas mais tarde, em que mais uma crise acontece pelo final do atendimento. Daniel estava sentado no chão e eu agachada a sua frente, lhe falando. Ao ouvir sobre o fim do horário, imediatamente passa a gritar e dá um tapa no chão. Muito rapidamente busca meu olhar e leva a mãozinha à boca, enquanto a assopra: pela primeira vez me endereça algo da sua dor.

Ao pensar este texto, iniciei me questionando sobre que corpo falaria, se o meu enquanto quem atende, ou sobre o dos pacientes. A escrita, por outro lado, me mostrou que não se trata aqui de uma escolha. Escrevendo sobre os atendimentos de Daniel, percebo algo de uma *relação dialética de corpos/linguagem*, possível apenas porque se trata também de uma relação simbolicamente *dissimétrica*.

Quanto à *dialética*, refiro-me ao que de novo surge de nossos *desencontros*, ou seja, dos giros que podemos produzir, nesse caso não apenas na posição do paciente, como também na minha. Assim, podemos falar do encontro “real” do corpo dele com o meu, que produziu a questão sobre que lugar ocupava no atendimento e se estava disposta a sustentá-lo, mudando então minha posição na cena clínica. Também, sobre o modo aparentemente

indiferenciado com que Daniel situa seu corpo, o que me convocou a produzir intervenções visando demarcar o que é seu corpo.

Quanto ao aspecto *dissimétrico* da nossa relação, é o que permite que a dialética se instale e que nos *desencontremos*, visto que a diferença dos lugares que ocupamos produz o novo e permite que surja o diferente.

Assim, o corpo do menino, que poderíamos inclusive questionar enquanto corpo pulsional, *desencontra* o meu quando me remeto à falta e digo que não estou “tão disponível assim”, buscando suporte na linguagem para que Daniel pudesse descobrir a descontinuidade de seu corpo em relação ao mundo, e algo de uma continuidade do ser, já que nenhum de nós foi destruído ou aniquilado. Também, nos *desencontramos* quando o meu corpo, já limitado e dolorido, faz apoio ao seu, ainda à espera das marcas que possam lhe fazer doer; *desencontramos* aqui porque não sei ser puro real, o que faz com que convoque o menino ao simbólico e passe a ler suas ações como ato.

Por outro lado, falo do tratamento de um menino autista, e bem sabemos da função fundamental do encontro imaginário do bebê com o Outro/outro. Daniel já não é bebê, mas o recorte que trago pode nos dizer de suas dificuldades no laço com o Outro, que precisa ser (re) constituído. Escrevo (re) constituído porque não é evidente, nos casos de autismo, se a criança pôde minimamente constituir esse laço, ainda que muito frágil. Desse modo, podemos falar em constituição do laço com o Outro primordial (sobretudo quando se trata do atendimento de bebês), ou de reconstituição de algo que, pelas mais diversas razões, se perdeu.

Nesse sentido, se minha palavra pode, em algum momento, fazer com que Daniel cesse, é porque algo do meu olhar o *encontra*, ou encontra nele um sujeito. Um Daniel-sujeito bravo e que me bate – portanto, que não é

aleatório –, também que se chateia com os fins e que busca me dizer algo quando finaliza longas frases ininteligíveis com um “titia”, com o dedo apontado à minha direção. Neste ponto posso evidenciar porque falei da “agressividade do menino”: porque se vê aí uma função essencial do terapeuta no tratamento do autismo, a função de aposta no sujeito. No curso do tratamento, meu olhar capturava vontades, gostos e preferências na criança que, em sua indiferença, talvez pudesse se reconhecer apenas depois nos lugares que eu lhe apontava. Digo talvez porque, mesmo já tendo deixado de atendê-lo, *resta* algo dessa minha aposta.

De encontros e desencontros, que nos remetem aos processos de alienação e separação, é que se faz a relação primordial de constituição do sujeito. Processos que passam pela construção do eu e da especularidade, mas que também, via corpo, instalam o bebê no simbólico. Ainda, falamos de operações que não se dão pontualmente e nem obedecem a uma ordem temporal, mas que vão acontecendo *dialeticamente* na relação do bebê com o Outro. Relação esta simbólica, mas que, como enfatiza Laznik (2004), também depende do outro, semelhante real de carne e osso. No caso do tratamento do autismo, um outro real que poderia não ser tão ameaçador e destrutivo, mas que ao mesmo tempo pode receber estas ameaças e esta destrutividade na cena terapêutica (BERNARDINO, 2006). Um outro corporificado que pode acolher a loucura do sujeito autista, mas que seja faltoso o suficiente para colocar um basta, sobretudo na aleatoriedade.

Colette Soler (2007), ao pensar a questão do corpo no tratamento de autistas, lembra que essas crianças em geral são saudáveis organicamente. Todavia, não são sensíveis ao frio e ao calor, e nem mesmo à dor, pois o que entra em jogo é da ordem da animação libidinal (entendendo animação

Que corpo é esse?

Maira Rafaela Röhrig da Costa¹

como oposto do que é inanimado. Assim, animado: dotado de vida, excitado e inanimado: sem ânimo, sem sentidos, morto). A autora situa essa falta de sensibilidade “do lado daquilo que o significante não tocou”, dizendo que, quando em tratamento, algumas dessas crianças passam a ter perdas de aquisições (como o controle dos esfíncteres), ou passam a adoecer mais e tornarem-se frágeis: esses são avanços do Outro, avanços da demanda do corpo, de um corpo que já não funciona por puro reflexo, ou seja, fora da demanda. Isso acontece porque “quando o ser vivo se liga no Outro, o corpo do significante invade o ser vivo”.

É preciso, então, que o corpo-organismo, o corpo biológico, possa ser inundado de linguagem, para que passe a ser corpo-pulsão, ou corpo/linguagem. É sob um olhar de reconhecimento, mas também marcado pela falta, que o corpo do sujeito – o corpo pulsional – pode começar a se delinear. Um corpo pulsante que, além de doer, pode passar a recorrer ao olhar do outro para pedir consolo. Dizer da falta, aqui, não é falar de um limite pessoal, mas de uma falta constitutiva que permite o desejo (neste caso, desejo de que surja desejo).

Do que *resta* desse meu desejo parte a aposta de que ainda poderá haver, para Daniel, o registro de um outro que além de reconhecer e nomear sua dor possa oferecer-lhe um curativo. Um beijo de “já vai passar”, um band-aid ou, como é sua preferência, um assopro.

¹ Estagiária da CEIP no ano de 2013. Contato: ntdandrade@gmail.com

BERNARDINO, L. M. F. De que pathos se trata no autismo? In: ANAIS II CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, 2006.

LAZNIK, M. C. *A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito*. Salvador: Ágalma, 2004.

SOLER, C. *O inconsciente a céu aberto da psicose*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

Para situar minha escrita se faz necessário retomar algumas questões que motivaram discussões acerca do tema do evento. Em meio aos diálogos entre estagiários, identificamos uma carência em nossa formação no que concerne ao estudo do corpo e as implicações desse na prática clínica. Tendo em vista a notória presença desse assunto no contexto da clínica-escola, pensamos no quanto seria interessante problematizar tal temática na Jornada Anual da CEIP.

Trata-se de um questionamento referente ao estatuto e conceito do corpo em psicanálise e suas repercussões no âmbito da clínica. Com o propósito de iniciar um estudo acerca do tema, elencamos como questão-chave a pergunta: “O que é um corpo?”.

Partindo dessa prerrogativa, pretendo apresentar alguns fragmentos de um atendimento em que tais interrogações parecem se colocar em evidência. Saliento que este trabalho se encontra em um estágio inicial, tanto no que se refere ao âmbito da paciente que exercita sua fala, quanto no que se refere à sensibilidade de quem a escuta. Ou seja, diz respeito a encontros recentes: o meu com a clínica, o da paciente com um espaço de fala, e o meu com a paciente na construção de um atendimento psicológico. Proponho-me, então, a falar do lugar que me é possível: o lugar de quem atende.

Chamarei a paciente em questão de Ana. Com cerca de 50 anos de idade, chega ao primeiro atendimento e se identifica a partir de suas dores. Relata que sofre devido a afecções crônicas, que impedem que ela possa executar as tarefas que outrora realizava com facilidade. Sua dor é constante e os tratamentos possíveis conseguem somente amenizar isso que se impõe como uma realidade cotidiana. O diagnóstico médico implica uma série de enfermidades, que são tratados com medidas

paliativas. Quando se refere ao mal que a acomete fisicamente, aponta que não há cura.

A paciente indica, a partir de sua fala, o modo como ela situa a questão do corpo: não o tomando por meio do pronome possessivo “meu”, mas utilizando o termo “esse”. Por isso intitulo minha fala como “Que corpo é esse?”, pois essa talvez seja a primeira interrogação que surge a partir da escuta do discurso de Ana.

Menciona o corpo como algo estranho. Um corpo que, a partir do momento que apresenta suas limitações físicas, deixa de ser reconhecido. Refere, em um determinado momento, que durante uma conversa com seu médico exclamou que já poderiam ter inventado um transplante de corpo. Não se remete, com isso, a questões estéticas, mas sim a questões funcionais. Parece ter que suportar esse corpo que já não lhe dá o suporte esperado. Utiliza os termos “corpo velho” e “corpo que trava” como nomeações da particularidade física que singulariza seu corpo. Este corpo, outrora tão familiar, está colocado na fala de Ana a partir da dimensão do “ter” e não do “ser”.

Em contrapartida, Ana enfatiza o sentimento de dor. Coloco mais algumas interrogações para pensarmos: o que demarca os limites do próprio corpo senão as sensações? Essa dor, de um corpo que não é situado com o pronome “meu”, não parece indicar justamente o reconhecimento deste que ela estranha? A dor se manifesta no corpo, e pelo corpo. Ou seja, a ideia de corpo inclui a dor.

A dor pode ser pensada enquanto sintoma subjetivo, na medida em que não há exame em que essa queixa possa ser constatada e mensurada, sendo que sua expressão depende exclusivamente do relato do sujeito. Assim sendo, percebe-se que a dor não vai se articular somente com o campo somático, fisiológico, pois também se fundamenta na concepção de corpo que cada sujeito apresenta e no sentido que vai

atribuindo aos eventos do/no mundo. Ou seja, diz da percepção das sensações, mas também fala do modo como compreende e articula os registros dessas dores. Ana Maria de Souza Dias e Kenia Spolti Freire (2010) indicam no texto “O corpo marcado pela palavra”, publicado no livro *Escritos da Clínica*, que “é possível reconhecer que, para além das manifestações de dor no sistema orgânico, está o corpo em sua organização libidinal” (p. 230).

Os diferentes meios de relação que o sujeito estabelece com a dor indicam formas peculiares de relação com o próprio corpo. Tal constatação, por sua vez, sinaliza o que condiz ao campo de trabalho subjetivo. A dor, portanto, se faz presente não só para sinalizar o perigo e indicar os limites do corpo, mas também ao que concerne à representação do mal-estar, constituindo-se, então, como uma via de fala do sofrimento. No caso de Ana, parece que essa dor se fez necessária, como um modo de permitir um olhar acerca de seu sofrimento.

Segundo Birman (2003), há uma diferenciação entre dor e sofrimento, na medida em que a dor é uma experiência em que a subjetividade se fecha sobre si própria, não existindo qualquer lugar para o outro em seu mal-estar, enquanto o sofrimento é uma experiência essencialmente alteritária, onde há a existência de um outro ao qual a demanda é endereçada.

Coloco outra questão: Ana fala da dor ou do sofrimento? Quando menciona quais os motivos que a trazem a um atendimento psicológico, situa que no âmbito familiar evita falar sobre suas dores, com receio de incomodar os outros. Quando fala sobre os atendimentos com os demais profissionais que ela procura, coloca a questão da dor relacionada a sua condição física, aos procedimentos para alívio de sintomas, aos cuidados com as lesões.

Nos atendimentos psicológicos, fala sobre as implicações subjetivas que estão

atreladas as dores, quando indica o olhar que lança a si mesma, quando fala sobre sua percepção em relação ao olhar dos outros, quando se remete aos julgamentos que faz em relação a sua condição, ou aos julgamentos aos quais se sente submetida, quanto fala de afetos, de sensação de incapacidade, quando menciona suas capacidades, suas vontades, seus medos. Ou seja, compartilha algo que remete ao sofrimento. Talvez o espaço de atendimento se configure por meio dessa passagem, que ainda está sendo construída e delineada, onde a paciente pode dizer o que está para além das dores, o que está para além de sua condição física.

O incômodo físico que lhe acomete advém de um esforço excessivo realizado no ambiente de trabalho, onde o corpo estava em cena, tendo seus limites desafiados. Enquanto uma “boa funcionária”, como ela mesma situa, se colocava a disposição do que os outros lhe solicitavam, sem atender aos pedidos que os sinais físicos lhe endereçavam. Até o dia em que, como Ana descreve, “o corpo travou”.

Novamente, questiono: Será que o corpo que trava, que falha, não produz em alguma medida uma espécie de corte no modo como ela se posiciona em suas relações? E de que modo essa ruptura produz efeitos subjetivos?

Ana, desde as entrevistas iniciais, começa os atendimentos falando de sua dor e, muitas vezes, utilizando termos médicos para explicar o que se passa com seu corpo. Nota-se que o recurso aos termos situados pelos profissionais que a atendem para falar sobre o que sente é uma tentativa de nomear aquilo que para ela ainda não é dotado de sentido.

Procura uma série de especialistas, na expectativa de tratamentos mais efetivos e de uma nomeação, de alguém que possa lhe dizer o que está acontecendo. Elege algumas figuras como detentoras de um saber que ela não possui: os profissionais, os exames, os empregadores, Deus. Menciona em vários momentos as expressões: “seja o que Deus

quiser”, “Deus é quem sabe”. Busca o saber de outros para entender o que se passa com o seu corpo, o que se passa com ela. A posição que se coloca nesses relacionamentos que estabelece se repete nos atendimentos: ela solicita respostas.

Então, que lugar Ana ocupa em suas relações? Se o corpo afetado pela linguagem promove um corte, uma ruptura, quais os efeitos disso em seu discurso?

Se a dor clama por um nome, a possibilidade de intervenção em um atendimento psicológico é permitir que o sujeito resgate um sentido próprio. E, para tanto, o que se procura não está onde se situa a queixa, mas onde aparece o sujeito.

O corpo marcado pela palavra não é dado pela natureza, mas sim conquistado a partir de um complexo processo de subjetivação (DIAS; FREIRE, 2010). Assim, o corpo impõe permanentemente ao psíquico o trabalho de ser representado.

Finalizo minha escrita pontuando que se entende que a dor é uma expressão que não conta com outras formas de representação além do discurso. Por conseguinte, vai ser por meio da fala e da ampliação de sentido que ela proporciona que o sujeito vai poder se colocar enquanto agente e não só como alguém que sofre passivamente algum acometimento. Para que seja possível, então, articular a partir da linguagem o que acomete enquanto sofrimento, para além do registro da dor; como o que está se produzindo nos atendimentos de Ana.

¹ Estagiária da CEIP no ano de 2013. Contato: mairacosta.psicologia@gmail.com

BIRMAN, J. Dor e sofrimento em um mundo sem mediação. *Estados gerais da psicanálise: II Encontro Mundial*, Rio de Janeiro, 2003.

DIAS, A. M. S.; FREIRE, K. S. O corpo marcado pela palavra. In: DRÜGG, A. M. S.; CAMPOS, I. F. A.; FREIRE, K. S. (Orgs.) *Escritos da Clínica*. Ijuí: Editora Ijuí, 2010.

Considerações sobre a presença do analista e os seus efeitos na clínica

Luciano Mattuella¹

Uma das condições para que ocorra uma análise é que ali haja um psicanalista de *corpo presente* servindo como suporte para a cena transferencial. Que o corpo do analista esteja em cena, esta é uma indicação sugerida pelo próprio Freud em 1912, quando afirma que "é impossível liquidar alguém *in absentia* ou *in effigie*" (FREUD, 1912/2010). Ou seja, é impossível que o paciente elabore suas questões sem contar com o corpo do psicanalista como suporte para *encarnar* um determinado papel na cena da narrativa fantasística que dá contornos para o seu sofrimento. Segundo Freud, não há endereçamento de demanda de amor a não ser a uma instância presente e *corporificada* à qual o analisando remete a sua palavra. Se a neurose de transferência é esta neurose artificial que se engendra do enlace da palavra do paciente com a *presença do analista*, então logo podemos perceber que há algo do analista que se decanta na transferência: o analista está também ele *lançado* no jogo transferencial. Entretanto, enquanto se mantém a cena transferencial, o analista não está ali como um corpo que se presentifica através de sua fantasia, mas sim como um corpo que se entrega como suporte para a atualização das fantasias do analisando.

Esta elaboração ajuda a entender uma citação de Lacan que, por vezes, parece um tanto obscura. No texto "A direção do tratamento e os princípios de seu poder", Lacan escreve:

- (...) Também o analista tem que pagar:
- pagar com palavras, sem dúvida, se a transmutação que elas sofrem pela operação analítica as eleva a seu efeito de interpretação;
- mas pagar também com sua pessoa, na medida em que, haja o que houver,

ele a empresta como suporte aos fenômenos singulares que a análise descobriu na transferência;

- e haveremos de esquecer que ele tem que pagar com o que há de essencial em seu juízo mais íntimo, para intervir numa ação que vai ao cerne do ser (...): seria ele o único a ficar de fora do jogo? (LACAN, 2000, p.593).

Entendo, então, que o psicanalista paga com algo de simbólico, na medida em que traduz a palavra do analisando em uma interpretação; paga também com algo do imaginário, uma vez que precisa silenciar em si o seu enredo fantasístico, de modo a não se precipitar através de juízos pessoais em sua fala e, por fim, o ponto que aqui parece levar adiante a elaboração, paga com algo de *real*, na medida em que empresta o seu corpo como suporte aos fenômenos da transferência. O que Lacan nos lembra é que o analista está plenamente comprometido com o tratamento, em todas as dimensões possíveis, mas sempre na posição de suporte de algo, como lugar de endereçamento. A neurose de transferência encontra seu suporte em alguns significantes mestres que são endereçados ao analista: é no campo da transferência, ao envolver o corpo do analista com seus significantes mestres, que o analisando atualiza a sua realidade psíquica - uma realidade que é atuada e que resiste a qualquer interpretação intelectualizada.

Afinal, para Lacan, a *presença do analista* é justamente o ininterpretável na análise. No momento em que o analista *explicita* a sua posição de semblante, a cena transferencial cai; é como se o analista colocasse em descrédito a potência da palavra do analisando, como se dissesse que tudo o que ele está endereçando perdeu-se pelo caminho. Entendo isso como uma resistência do próprio analista, na medida em que este parece preocupado em mostrar que o *ficcional* da transferência estaria no registro do erro e da falsidade. Estamos nos referindo a um problema da ética da psicanálise, afinal, Lacan propõe claramente que a própria verdade é

estruturada como uma ficção: dito de outro modo, aquilo que o paciente revive em análise não se refere tão simplesmente à atualização de algo do passado, mas sim à colocação em ato de sua posição frente ao Outro. O analista está na transferência *encarnando* o objeto esvaziado, como *objeto a* na sua faceta de objeto causa de desejo: sua presença é o que relança o sujeito em sua cadeia discursiva, animando a metonímia do desejo. Se o analista se nega a pagar com seu corpo, se interpreta a sua presença na transferência, acaba por colocar-se fora da cena, na posição de um suposto observador privilegiado e onisciente.

Apesar de ser um assunto tratado com mais rigor por Lacan, é importante nos voltarmos para Freud a fim de buscarmos as inspirações que levaram à elaboração da ideia de “presença do analista”. Quando Lacan lê esta questão em Freud, o faz pela via do silêncio por parte do analisando, pela interrupção de seu discurso. Este ponto é trabalhado por Freud:

(...) quando as associações livres de um paciente falham, a interrupção pode ser eliminada com a garantia de que no momento ele se acha sob o domínio de um pensamento ligado à pessoa do médico ou a algo que lhe diz respeito (FREUD, 1912/2000, p.137).

Para Freud, portanto, uma das situações que provocam uma interrupção no discurso do paciente é o momento em que o analista se presentifica de modo positivado; aquele momento em que em seu discurso o paciente chega perto de algo do *real*, situação em que o significante está em suspensão, aguardando seu lançamento na cadeia. O analista acaba por sustentar este *real* que o paciente encontra em sua fala, como o umbigo do sonho, aquele elemento do sonho que carece de representação e faz com que o sonhador acorde. Em outras palavras, o corpo do analista opera a todo momento na transferência, por vezes mesmo

encarnando o real, o vazio que está sempre suposto no discurso. O silêncio do analista *encarna* o silêncio do real; quando o analista silencia, ele não faz silêncio como quem cala uma fala, mas ele se *faz* silêncio, convidando com o seu corpo o paciente a enunciar e decifrar as *letras* que lhe dão um lugar frente ao Outro.

Gostaria de avançar um pouco: quando alguém endereça seu discurso a um analista, os atos deste são lidos como gestos, colocam-se em transferência como significantes, não como signos. Não são gestos de amor, mas gestos para serem lidos pelo analisando - e, por isso mesmo, escapam à própria consciência do analista. A autoria do gesto se perde no campo do enlace transferencial. É no texto “O autor como gesto”, de Giorgio Agamben, que busco referência para sustentar esta minha posição. Diz Agamben, a respeito do gesto e da autoria:

Se chamarmos de gesto o que continua inexpresso em cada ato de expressão, poderíamos afirmar então que (...) o autor está presente no texto apenas em um gesto, que possibilita a expressão na mesma medida em que nela instala um vazio central (AGAMBEN, 2007, p.52).

Se a posição do analista não se resume a uma interpretação imaginária da transferência, se sua escuta vai para além da sedução das imagens, então a presentificação de seu corpo, no lugar de suporte de uma cena da qual ele também faz parte, será lida pelo analisando como um gesto enigmático, como a *encarnação* de um silêncio que convida à interpretação. O gesto é precisamente o que resta de *inexpresso* em cada ato de expressão; é o gesto que instala na ação um *vazio central*: ou seja, é uma insistência do *real* da presença do analista. Os gestos do psicanalista são uma convocação a que o analisando assumira autoria de sua posição e

de seu lugar no mundo. Percebemos aí, portanto, a importância de não nos contentarmos com uma clínica do escópico, da imagem, da sugestão: é preciso que o psicanalista tenha claro que o seu fazer está sustentado pela dimensão do impossível, de um *real* que o coloca a trabalhar.

¹ Psicanalista, doutor em Filosofia (PUCRS), membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA). Contato: mattuella@gmail.com.

AGAMBEN, G. O autor como gesto. *Profanações*. São Paulo: Boitempo, 2007.

FREUD, S. A dinâmica da transferência. In _____. *Obras Completas - Volume 10. Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ("O Caso Schreber")*, artigos sobre técnica e outros textos. São Paulo: Companhia das Letras, 1912/2010.

LACAN, J. A direção do tratamento. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.

Aconteceu na CEIP:

Em 09/11, a IV Jornada da CEIP, que tratou da temática "O Corpo na Clínica".

No dia 12/12 ocorreu o II Interclínicas de Psicologia, evento que propõe reunir estagiários e coordenadores das clínicas-escola da cidade. Esta segunda edição foi sediada nas dependências da FISMA.

Encerramento:

A CEIP encerra os atendimentos clínicos referentes ao ano de 2013 em 17 de janeiro de 2014 e retoma suas atividades no início do ano letivo da UFSM.

Contato

Rua Floriano Peixoto, 1750 –
térreo do Prédio de Apoio da
UFSM (antigo Hospital
Universitário)
Santa Maria-RS
CEP 97015-372
Telefone: (55) 3220-9229
E-mail da secretaria:
ufsmceip@gmail.com
Site: <http://www.ufsm.br/ceip>