

## **Reflexões sobre um caso de síndrome de pânico enfocando os acontecimentos de corpo**

### **Georgiana Furtado Franca**

Psicóloga Clínica – Psicanálise (UFPB); Especialista em Psicologia Hospitalar - Psicanálise Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF); Psicologia Clínica – Psicanálise (EPSI – Espaço Psicanalítico); Mestre em Psicologia Clínica (UNICAP).

End.: Av. Rui Carneiro, 742, Ap. 1101. Manaíra. João Pessoa-PB. CEP: 58.032-100.

E-mail: georgianafranca@hotmail.com

### **Edilene Freire de Queiroz**

Psicanalista. Doutora em Psicologia Clínica (PUC – SP). Pós-doutora (Laboratoire de Psychopathologie Clinique, Université de Aux-Marseille I). Professora Titular, Coordenadora do Laboratório de Psicopatologia Fundamental e Psicanálise (UNICAP). Membro da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental.

End.: R. Praça de Casa Forte, 354, Ap. 1402. Casa Forte. Recife-PE. CEP: 52.061-420.

E-mail: equeiroz@unicap.br

## Resumo

*O presente estudo propõe analisar os sintomas físicos manifestados na Síndrome de Pânico, enfocando-os não como reações fisiológicas, mas como eles se organizam, psicologicamente, ou seja, como “acontecimento corporal”, no sentido tomado por Lacan, ao se referir à clínica do real. Isso quer dizer que o sintoma se utilizará do semblante como tentativa de articular o imaginário ao real. Miller fala sobre um acontecimento de gozo que denuncia a chegada do singular no sintoma. Trata-se de um segmento da pesquisa psicanalítica desenvolvida para efeito de dissertação de mestrado no Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da UNICAP, na qual utilizamos fragmentos de um caso clínico de um jovem do sexo masculino, casado, cujo diagnóstico psiquiátrico foi de Síndrome de Pânico, visando investigar as significações metapsicológicas dos sintomas físicos manifestados. Neste artigo, privilegiaremos nossas discussões em torno das significações dadas pelo paciente a seus sintomas corporais, distinguindo-as das manifestações fisiológicas desencadeadas pelo pânico, descritas na síndrome. As representações corporais foram entendidas como uma memória corporal que se manifesta na transferência. Nosso propósito foi mostrar nossa compreensão de como se organiza psicologicamente o acontecimento corporal nesse caso clínico, utilizando o método de interpretação proposto pela psicanálise. Como referencial teórico para discussão dessas questões, tomamos 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 de tais fragmentos revela 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 manifested in 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 Lacan, when referring to the clinic of real in the *sinthome* will make use of the semblance in an attempt to articulate the imaginary to the real. Millers refers to a *jouissance* which reveals the arrival of the singular into the *sinthome*. It is a segment of the psychoanalytic research, – carried out as master of Arts, Dissertation in the Graduate Program on Clinical Psychology at UNICAP – on which we will use fragments of a clinical case young man, married, whose psychiatric diagnosis is Panic Disorder. Our purpose is to search metapsychological meanings and 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 disorder. The corporal representations will be taken as a corporal memory that is revealed on the transfer. Our aims is to comprehend, with the analysis of the fragments of the studied case, how the corporal demeanour organizes itself 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 indicates that it is possible to identify the organization of the rising subjectiveness thorough body demeanor – present in the physical symptoms of panic.

*Keywords: Physical symptoms. Corporal demeanour. Transference. Corporal memory. Panic disorder.*

## 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 um jovem de vinte e nove anos, mais especificamente, dos discursos produzidos por ele no espaço transferencial. Refletimos sobre os seguintes aspectos: as significações dos sintomas físicos do pânico a partir das observações realizadas pelo paciente; a

diferenciação das manifestações fisiológicas desencadeadas pelo pânico das dos sintomas físicos, ou seja, das representações corporais – lidas como uma memória corporal – que se manifestam na transferência, e, por fim, a compreensão da transferência de análise, de como ela se organiza, psiquicamente – “o acontecimento corporal”<sup>1</sup> como manifestação da subjetividade no corpo.

Nessa perspectiva, os fragmentos aqui analisados são aqueles que dizem respeito aos sintomas físicos manifestados pelo paciente e que mereceram, por parte dele, reflexões e *insights*, conduzindo-o à compreensão das significações psíquicas subjacentes. Como todos os fragmentos trabalhados foram produzidos no transferencial da análise, o método utilizado foi o da interpretação, como nos ensina Freud.

Nesse contexto transferencial, consideramos a interpretação da memória corporal como um recurso genuíno para se produzir reflexões sobre o corpo, melhor dizendo, sobre os acontecimentos de corpo como expressão da vida psíquica, sobretudo das inscrições primitivas que não chegaram a ser simbolizadas. Esse recurso foi estudado por Fontes (2002). Sustentada em trabalhos de psicanalistas que investigam as reações corporais dos bebês como manifestações primitivas do aparelho psíquico, ela teoriza que há uma memória corporal, registro das experiências arcaicas do sujeito, que se manifesta na transferência. Essa memória corporal constitui-se como ponto de partida para se alcançar a experiência traumatizante.

Assim, após três anos de acompanhamento psicanalítico desse caso, e considerando o modo como o analisante dava significação a seus sintomas físicos, passamos a questionar se não poderíamos dar-lhes um estatuto metapsicológico, como uma memória corporal, retirando-os da mera condição de reações fisiológicas que acompanham o pânico, como parece conotar a descrição efetivada no DSM – IV.

Nessa perspectiva, 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. Logo, o sintoma

na psicanálise assume conceituação distinta daquela adotada pela psiquiatria. Nesta, há uma valorização do conteúdo externo dos sintomas, enquanto que, naquela, eles estão mais articulados com a questão subjetiva de cada paciente.

## 1.1 Contextualizando o caso

O início do atendimento do jovem Pedro<sup>2</sup> se deu de modo não muito usual para a clínica psicanalítica: a demanda foi por tratamento no seu domicílio, já que o pânico o impossibilitava, há dez anos, de sair de casa. Diante da dificuldade de ele não poder subir em prédios, nem adentrar elevador, iniciei as sessões, duas vezes por semana, em sua residência, onde procurava, juntamente com ele, organizar um *setting* terapêutico para a realização de tais sessões. Estas aconteciam na sala de visitas, com duração de quarenta e cinco minutos, não havendo a interrupção de familiares. Isso lhe possibilitou colocar-se livremente e tecer suas considerações subjetivas sobre o pânico. Ouvi-lo no próprio limite de sua angústia foi fundamental não só para compreender a manifestação dos sintomas, como também para o estabelecimento da transferência, ou seja, primeiro me dispor a me deslocar do meu lugar físico para, em contrapartida, favorecer o deslocamento dele. O atendimento em um lugar diferente do *setting* analítico requereu manejo diferente e paradoxal: ser acolhida como visitante (ele me recebia numa sala de visitas) e, ao mesmo tempo, acolhê-lo em uma escuta diferenciada. Creio que essa troca física de lugares pode ter favorecido o deslocamento do seu discurso de descrições dos sintomas físicos para elaborações subjetivas: abandonou as manifestações corporais e deu início a uma nova possibilidade de expressão.

Pedro, rapaz jovem, casado, pertencente a uma família tradicional, nomeava-se como o diferente da família, já que ele se via com alguns princípios sócio-econômicos distintos dos de seus parentes. Este traço – ser diferente – revelou o particular de sua posição sintomática, uma vez que se percebia diferente dos irmãos desde a situação do parto. Ele atribuía a origem das suas dificuldades ao nascimento, melhor dizendo, a seu parto, que foi muito difícil. Nasceu 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, 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 manifestaram, posteriormente, nos sintomas físicos de pânico apresentados. Paralelo à descrição da especificidade de seu nascimento (parto)<sup>3</sup>, discorreu 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 o 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).

Sua primeira crise de pânico se deu 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. Esse período 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, trazendo-lhe constantemente uma sensação de profunda solidão. Nessa época, ainda não reconhecia tais sintomas como manifestações da crise de pânico.

Depois da primeira crise, ele passou por alguns profissionais da área médica. Contudo, os sintomas persistiram. Em seguida, seus pais foram transferidos para uma cidade da Paraíba, próximo

à João Pessoa, quando, então, iniciou o trabalho analítico em paralelo com o acompanhamento médico. Lembro-me de que, nas primeiras sessões, Pedro já fazia associações significativas a respeito de seus sintomas e, como ele disse mais adiante: “saídas mais construtivas”, associações sobre o surgimento do pânico. Dessa forma, chegou a revelar que a doença havia começado muito antes, desde o seu nascimento:

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).

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.

Com a evolução do tratamento, este 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. Revelou 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). A mudança subjetiva de não se perceber doente, e sim como tendo a doença episodicamente, revela bem o que ele chamou de “saídas mais construtivas” para lidar com as próprias limitações e perdas. Reconheceu que suas crises se associavam ao sentimento de proteção e ao desejo de reviver sentimentos da infância, porém sabia que não mais poderia 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, foi substituída por uma implicação subjetiva, quando se reconheceu portador de uma doença construída por ele. Passou, portanto, a definir os dois lados de um só corpo, começando também a demandar o lugar de cada lado em um campo simbólico. Disse 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. 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, manifestada 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, reconheceu uma nova forma de conceituar seu sintoma, pois se, antes o via como sendo um engodo, durante o processo terapêutico, via-se capaz de se conduzir 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 autosuficiente, que pode fazer as coisas sozinho. (relato de Pedro).

Tais mudanças fortaleceram a crença em Pedro de saber o que fazer com o sintoma e não de ficar submetido a ele. Ele saiu de uma posição de assujeitado para a de sujeito<sup>4</sup>.

Vê-se que o trabalho de construção de significações, produzido pelo analisante, instiga-nos a compreender os desfiladeiros porque passara a angústia, alojando-se no corpo do paciente, terreno das vivências primitivas, ocorridas em um tempo cujo ego era somente corporal, carecendo de construções de representações psíquicas. É sobre essas marcas, sobre esse acontecer subjetivo no corpo que iremos nos debruçar neste trabalho.

## 2. As manifestações fisiológicas e os sintomas físicos

Após a primeira crise de pânico, novos quadros sintomáticos se apresentaram os quais apareciam de forma inesperada, sobretudo, quando o rapaz percebeu 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, deixando-o inseguro para frequentar 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 me 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 que, na maioria da vezes e no início do processo, não passavam de descrições dos fenômenos esvaçados de sentidos simbólicos. Contudo, ele conseguia, nessas descrições, agregar experiências sensitivas importantes para se refletir sobre a economia pulsional de seus sintomas, como no

relato a seguir: **“Depois do ataque de pânico me dá um prazer, e é aí que eu relaxo, é como se eu atingisse o orgasmo”**. (relato de Pedro). Nesse sentido, Fernandes (2003) associa o corpo biológico a um excesso de descarga que atravessa o aparelho psíquico sem passar pelo trabalho de representação, ratificando a concepção freudiana de corpo que, segundo ele, passa por uma dupla racionalidade a – do somático e a do psíquico, e, no nosso entender, diz respeito à expressão de um inconsciente psicossomático, como nos ensina Assoun (1998). Segundo este autor, é por meio de um corpo orgânico que alguns pacientes irão denunciar seus fantasmas inconscientes. Assim, é necessário implicar o paciente subjetivamente no acontecimento do sintoma corporal, para que ele possa subjetivar tais experiências, deixando de ficar refém do padecimento do corpo físico. Como verificamos, Pedro não conseguia fazer construções metafóricas, ligava-se ao presente das sensações físicas e, por isso, estava atrelado ao corpo físico. No entanto, a frase acima mostra uma certa direção rumo às construções simbólicas, ou seja, falar de um outro lugar, – um lugar subjetivo. Foi possível identificar que o pânico o protegia do futuro. Por outro lado, o impedia de se arriscar na vida, de viver seu desejo, e de enfrentar os efeitos da castração a ele inerentes. 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).

Podemos associar a idéia de morte do paciente ao que ele construiu sobre seu nascimento. Para Pedro, nascer significava uma situação de perda, de desproteção e de insegurança, uma vez estando no útero materno, sabia que se encontrava protegido. Por alguns meses, permaneceu preso a esta fantasia de útero materno, colocando esta no lugar de ideal. Nesse sentido, analisamos que

o nascimento tinha para Pedro o sinônimo de morte, visto que lhe causava medo de se deparar com o desconhecido, não sabendo o que poderia encontrar adiante. Parece que, em cada crise de pânico, ele revivia a experiência do nascimento que paradoxalmente é vida, e também morte, como veremos na citação a seguir. No caso dele, vivia como morte. De maneira semelhante, pensava o futuro. Sabia ele que para lidar com o amanhã precisava, primeiro, enfrentar as ameaças da doença de pânico. Dessa forma, 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 [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 ideia que eu tenho sobre o parto tem a ver 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 maneira imprecisa de relatar tais acontecimentos mostra o quanto está embaralhado na fantasia, criação e inscrição de um discurso ouvido dos familiares. Sabemos que, quando se fala de princípios, é sempre de uma história mítica que se trata. Mas, sabemos também que cada um tem que construir seu mito, e o de Pedro se reporta à sua origem. Os sintomas corporais se constituíram, por conseguinte, na memória possível vivida na transferência.

Posteriormente, quando revelou novos elementos da transferência para dizer dos sintomas corporais da doença, denunciou seu medo de ter novos ataques de pânico, dizendo

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 mal”. (relato de Pedro). Para o paciente, a possibilidade de ter outros ataques o deixava em condição de desamparo, mesmo acreditando ter pessoas para o proteger. Assim, as crises de pânico, o remetiam – a esta condição, o que Pedro evitava saber. Como observa Pereira (1999), ter o pânico é atestar a 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? É como se com o pânico 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 [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 a ver com o simbólico. (relato de Pedro).

Cada ida ao hospital parecia fazê-lo reviver a condição primeira de nascimento, provocando crises de desamparo, mesmo sabendo que a equipe médica o apoiava. De fato, o que desencadeava a crise, e sim o que ele podia mobilizar das reminiscências corporais inscritas de sua história primitiva. Todavia, foi nessa revivescência que ele pôde resgatar emoções perdidas da infância e procurar um lugar de amparo.

Durante muitos anos, Pedro foi encaminhado por diversos profissionais da área psiquiátrica e psicológica, afirmando que eles não conseguiram saber a verdadeira causa de 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 à 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 ao 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).

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

Com o desenvolvimento do trabalho analítico, aquela concepção 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 este atrelado à mensagem que vem do Outro. Logo, a inserção e o reconhecimento no coletivo é relativizada, já que Pedro passou a dar a direção sintomática.

Esse avanço, nas ideias sobre o pânico, dá testemunho da concepção de Fontes (2002), ao assegurar que é na transferência que a memória corporal será acionada, possibilitando que o sujeito 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]. (relato de Pedro).

Como revela Freud (Freud, 1926/1996a), sobre a pluriterminação do sintoma, foram surgindo novas maneiras de dizer o pânico, as quais passaram por várias significações no decorrer do tratamento. Se anteriormente, Pedro necessitava estar vigilante à manifestação física dos sintomas do pânico, posteriormente, com o estabelecimento de novas representações corporais da doença, encontrou meios mais representacionais de se referir a ela. Vejamos, no próximo item, como esse processo simbólico se apresentou para o paciente.

### 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 [...]. É isso o que eu acho, mas quando eu procuro voltar e me lembrar daquela passagem, eu não consigo lembrar 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. Assim,

podemos nos deslocar fisicamente para o consultório. O físico deixara de ser impedimento, e 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 outro percurso mais simbólico. 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. Então, da mesma forma que eu criei, eu posso descreir. 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).

Surgiu, 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, no decurso da análise encontrou outra forma para definir o pânico, afirmando que era 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 construir uma outra, ou seja, uma que eu possa acreditar mais em mim”. (relato de Pedro). Nesse ponto, já apresentava melhores condições de representar simbolicamente esse corpo, inclusive, de dar sentido à memória corporal. 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.

Gradativamente, o paciente conseguiu dar um novo corpo aos sintomas físicos do pânico, identificando, na transferência, o atropelamento do corpo subjetivo. Nas palavras de Fontes (2002), o que antes era do plano não verbal, sem acesso à palavra, à representação, com o estabelecimento da transferência, passa a ganhar uma nova carne, ou seja, há um corpo atravessado pela linguagem.

*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, e o todo só é todo, porque existe a parte [pausa]. A parte um dia só irá poder ser todo [pausa] se ela se vê sem esse todo; é quando ela irá poder um dia ser o todo. (relato de Pedro).*

Como verificamos, surgiu uma novidade em seu quadro sintomático. Pedro começou a lidar com as questões subjetivas relacionadas a seu desejo, o qual gera conflito por depender da divisão do eu: um que deseja ficar livre do pânico e tomar conta da própria vida e outro, quer manter o estado de dependência dos pais. O confronto com esses dois eus vai dando a Pedro a condição de refletir sobre seu estado de imaturidade, começou, portanto, a pensar que sua posição perante sua filha estava invertida e precisava ser retomada, como se vê no depoimento abaixo:

*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 onde ficou, assim [pausa] emperrado, sem eu poder ir pra frente [pausa]; eu acho que eu parei em algum desse ponto. Tem vez que 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. (relato de Pedro).*

Observamos também a necessidade de proteção que consequentemente está ligada ao sentimento de desamparo sentido em relação à figura materna. Como destaca Fontes (2002), é na transferência que aparecerão alguns elementos recalcados os quais retornarão via 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).

Assim, com a evolução de seu trabalho de análise, o que antes era vivido como sensação de medo e de abandono – e por isso a demanda por proteção –, passou a ser deslocado para a situação analítica: não se viu mais como inseguro e sim, protegido pela presença da analista. Passaram a existir novos representantes da mãe, que, diferente dela, também ofereciam segurança. Comentou, 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).

Primeiramente, referiu-se ao sentimento de desamparo apontado em direção à mãe, logo, havendo a necessidade de se valer de sintomas que o deixavam vulnerável para demandar cuidados. Depois questionou-se até quando usaria esse recurso e mais, reconheceu que por meio da Síndrome de Pânico não conseguiu 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 perdeu o sentido, pois passou a se questionar

sobre o antigo valor que tinha a Síndrome de Pânico. Novos elementos para dizer o pânico foram 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).

Operou-se, portanto, certo deslocamento no discurso, revelando um saber sobre a falta. Este deixou de ser uma descrição, uma vez que o paciente não mais se queixava do mal-estar físico, e menos ainda da falta de afeto dos pais para pensar que existiam outros meios mais construtivos de alcançar proteção para sua vida. “O que faltou não foi afeto [...], inclusive, eu acho que eu fui até o mais querido do que os outros, por ser o mais velho [pausa]. Pegando a palavra que você usou naquele dia, foi transmissão de aprendizagem do mestre para o aprendiz”. (relato de Pedro).

Como verificamos, só foi possível Pedro produzir uma história no espaço da transferência, o que possibilitou o surgimento das primeiras marcas deixadas pelas vivências infantis, por meio de uma memória corporal, construindo associações em relação às falhas da função materna e paterna. Pôde falar delas, reconhecendo-se manco nessas funções. Revelou, então, um sonho de perseguição com a figura paterna. “Ele não me deixava ter atitude [...]”. (relato de Pedro).

Os sintomas do pânico que invadiram e dirigiram sua vida parecem mostrar que ele ainda estava colado ao imaginário do Outro parental. Logo, não conseguia assumir sua vida nem as funções de marido, de pai. Comenta ele: “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 isto, a função paterna”. (relato de Pedro).

Ao sentir-se um novo homem, não necessitava mais estar tomado pelo padecimento dos sintomas físicos do pânico, visto que já tinha condições de fazer bom uso da linguagem, como também, de implicar com as faltas vindas do Outro. Comentou 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 havia mais necessidade de se comprometer subjetivamente com o desejo parental, sendo capaz de realizar a separação.

Freud (1923/1996b) 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 tinha a ideia de que ela era estranha ao olhar do Outro. Nesse sentido, não conseguia ver a falha como inerente a sua condição subjetiva.

O que era enunciado pela via corporal, passou a sê-lo simbolicamente, o que provocou no paciente um efeito de surpresa e entusiasmo. As mudanças se manifestaram tanto na vida de vigília como 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 foi substituído por uma imagem que se apoiou em simbolizações, indicando que já podia operar a castração. Como bem coloca Freud (1916 – 1917/1996c), 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 os associava à falta dos cuidados parentais. Após resgate da memória corporal na transferência, surgia uma nova significação para tais significantes, quando dizia que ao se ver com a – chave – reconhecia-se com – responsabilidade – e com condições de – cuidar –. Esses cuidados estavam associados não somente a sua vida, mas também aos cuidados com a filha, fazendo aquilo que se via impossibilitado de executar antes.

No decorrer do tratamento, pôde 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). No entanto, essa forma de encarar 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). Nessa direção, Pedro se vê diante de um novo corpo, encorpado por uma subjetividade. Vejamos, no item seguinte, mais precisamente, como se deu o acontecimento no corpo subjetivo o qual conduziu Pedro ao encontro de si mesmo.

#### **4. A Organização do Acontecimento de Corpo na Síndrome de Pânico**

Após alguns meses de tratamento, Pedro passou a dar novo significado ao pânico e a ser o verdadeiro responsável pela falta de transmissão paterna, fazendo pseudossuplências. “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, nessa ocasião, já conseguia dar uma nova direção à sua vida, fazer parte do mercado de trabalho e, com isso, resgatou o lugar de provedor da família. Comentou ele:

“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). Gradativamente, Pedro implicou subjetivamente em sua história e se fez agente de seu destino. Percebe-se cidadão de um novo mundo e passou a trabalhar na realização de seu desejo. Remetemos, portanto, Assoun (1998), quando este realça a importância de provocar no analisando sua implicação subjetiva no contexto histórico, como também, a de promover condições para que ele possa associar o sintoma orgânico à sua neurose.

Assim, ao ligar o sintoma orgânico à neurose, Pedro fez surgir outro corpo, produto das articulações engendradas no campo da palavra. O mal-estar físico deixou de ser sintoma puramente físico dissociado do que pensava e desejava. Conseguiu ver nele sinais significantes de um corpo atravessado pela linguagem e também conseguiu discernir alterações corporais, provocadas por outro agente somático, das pertinentes à neurose. 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 por meio 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).

Pedro extirpou o mal cirurgicamente: separou-se dos mecanismos primitivos e, com isso, deixou de viver atordoado pela sensação de medo e desamparo, sabendo que nada iria ser como antes. Voltou-se para o futuro e abandonou as reminiscências vividas no real do corpo. Consequentemente, não se via dependente da medicação,

tampouco temia seus efeitos. Reconheceu-se como um novo homem: “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 é estranho, porque eu estou me deparando com um novo que é estranho”. (relato de Pedro). A imagem de um corpo envolto pela subjetividade lhe era estranha, mas não o assustava. Parece que re-editava o estádio do espelho, refazendo o jogo especular de estranhamento e reconhecimento e, assim, construindo uma nova imagem corporal. Por outro lado, é interessante perceber como o analisante conseguiu identificar a ausência sintomática e pensar a necessidade de preenchê-la com outro *sinthoma* (como nos ensina Lacan, transformar o *simptôme* em *sinthome*): o segundo da ordem do social, do campo simbólico, pois a falta agora é causa de desejo, possibilidade de alcançar o que não se sentia capaz de realizar antes.

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).

Ele pôde resgatar as sensações de solidão vividas quando jovem, época anterior à primeira crise de pânico – provável período latente da formação do sintoma. E, contrário ao caminho regressivo tomado antes, voltou-se para a construção do futuro e se colocou como sujeito de desejo:

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 ideia [pausa] a idéia de vida, aprender uma outra língua [pausa]. (relato de Pedro).

Todas essas mudanças confirmam o que Laplanche e Pontalis (1986) expõem 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 o aprisionamento nos sintomas ou na nave espacial, como revelou o sonho.

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 paciente. Considerando que este portava uma memória corporal e que os sintomas físicos poderiam ser uma manifestação de uma história arcaica (ainda não simbolizada), ao falar sobre tais sintomas e vivenciá-las, gradativamente, o paciente pôde conferir-lhes 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 conduziu-nos a relevantes reflexões sobre a subjetividade expressa em acontecimentos vividos no corpo; também nos 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 passa a lidar com o pânico, sem se deixar dominar por ele. Os sintomas físicos, observa Assoun (1998), denunciam os desarranjos simbólicos. Todavia, 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 (1926/1996d), 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.

Nessa perspectiva, fui convocada, na direção do tratamento aqui descrito, 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 desta 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 que passaram a ser relevados não mais como reações fisiológicas ligadas ao pânico, como interpreta a Psiquiatria, e sim, como produtores de um arsenal de significantes. Comentou 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. Esta 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 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 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, ele se considerava em condições de compreender novas questões sintomáticas e passou se implicar, encontrando novos meios para lidar com o pânico e sair do isolamento.

Pedro resgatou seu nascimento pela memória corporal e o reviveu no espaço transferencial. Sentindo-se acolhido pela escuta e protegido pela palavra, reinscreveu a etapa inicial de sua vida no plano simbólico, plano da pulsão de vida, dissociado da sensação eminente de morte. Nesse contexto, a liberdade não mais o assustava, pois sabia como se proteger, não estava mais à mercê do Outro, não mais precisava usar a regressão como proteção. Deixou de ser o menino medroso do pai para ser um pai.

Para finalizar, pensamos 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, entretanto, não impossíveis (Queiroz, 2005). Segundo Costa (2001), a escrita é su-

porte 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, falamos de uma separação não concluída, de restos inassimiláveis no espaço da análise, de corporificação de uma transferência que, ao mesmo tempo, liga e separa o sujeito do Outro, liga e separa analisante de analista.

## Notas

1. A expressão “acontecimento de corpo” foi anunciada por Lacan (2007) no **Seminário 23** no primeiro capítulo Do Uso Lógico do Sinthoma ou Freud com Joyce, ao definir o *sinthoma*. Esclarece Miller (2008, p. 70): “este é um conceito singular, cuja extensão é tão somente o indivíduo [...] um acontecimento do corpo substancial, aquele cuja consistência é de gozo.” Acrescenta ele: “Há o singular do *sinthoma*, onde isso não fala a ninguém.” (Miller, 2008, p. 70). De maneira semelhante, 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.
2. Nome fictício do paciente, escolhido para se referir a ele, resguardando sua privacidade e de seus familiares.
3. Observar durante toda a descrição de 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.
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.

## Referências

- Assoun, P. L. (1998). *Cuerpo y síntoma*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Bastos, L. (1998). *Eu–corpando: O ego e o corpo em Freud*. São Paulo: Escuta.
- Carreira, F. A. (2001). Sobre a singularidade do sujeito na posição de autor. *Linguagem em Discurso*, 1(2). Recuperado em 30 de setembro de 2009, <http://www3.unisul.br/páginas/ensino/pos/linguagem/0102/02.htm>.
- Costa, A. (2001). *Corpo e escrita: Relações entre memória e transmissão da experiência*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Fernandes, M. H. (2003). *Corpo* (2a ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fontes, I. (2002). *Memória corporal e transferência: Fundamento para uma psicanálise do sensível*. São Paulo: Via Lettera.
- Freud, S. (1996a). *Os caminhos da formação dos sintomas* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 16). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1916-1917 [1915-1917]).
- Freud, S. (1996b). *Inibições, Sintomas e Ansiedade* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 20). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1926 [1925]).
- Freud, S. (1996c). *O Ego e o Id* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 19). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1923).
- Jacques, A. M. (2008). Coisas de fineza em psicanálise: Lição VI. *Orientação Lacaniana*, 3 (11), 03-69.
- Jacques, L. (2007). *Sinthome: Seminário 23*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. D. (1986). *Vocabulário da psicanálise* (9a ed.). São Paulo: Martins Fontes.

- Pereira, M. E. C. (1999). *Pânico e desamparo: Um estudo psicanalítico*. São Paulo: Escuta.
- Queiroz, E. F. (2002). O estatuto do caso clínico. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 15 (157), 33-40.
- Queiroz, E. F. (2005). Inclinar-se para a escuta e inclinar-se para a escrita. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 1 (184), 60-64.
- Violante, M. L. V. (2001). Nascimento de um corpo origem de uma história. In Aulagnier, P. *Corpo e história: Uma contribuição contemporânea à obra de Freud* (pp.105-149). São Paulo: Via Lettera. (Trabalho original escrito em 1985).

---

Recebido em 26 de fevereiro de 2010

Aceito em 13 de março de 2010

Revisado em 13 de abril de 2010