DOENÇA SOMÁTICA E SUBJETIVIDADE: AS MARCAS NO CORPO DE AURORA

SOMATIC DESEASE AND SUBJECTIVITY: MARKS IN AURORA'S BODY

Julio Verztman

Doutor, professor do departamento de psicologia da PUC-RJ, Psiquiatra do IPUB-UFRJ

End: Rua Cosme Velho 342- Cosme Velho- Rio de Janeiro- RJ

Teresa Pinheiro

Doutora, professora do Programa de Pós-Graduação em teoria psicanalítica UFRJ

Fernanda Montes

Aluna de mestrado do curso de Pós-Graduação em Teoria psicanalítica UFRJ

End: Rua Lopes Quintas, 244/305 – Jardim Botânico – Rio de Janeiro – RJ

Cep.:22460-010

Trabalho realizado a partir do projeto de pesquisa intitulado "Comparação clínica e metapsicológica entre sujeitos melancólicos e pacientes portadores de lupus eritematoso sistêmico" (Programa de pós-graduação em teoria psicanalítica/UFRJ; IPUB-UFRJ; Serviço de colagenoses do HUCCF, coordenação de Teresa Pinheiro e Julio Verztman).

Programa de pesquisa subvencionada pela UFRJ e pela FAPERJ

Uma versão modificada do trabalho foi apresentada no I encontro sobre Histeria (não lembro o nome todo do evento, não é necessário colocar o nome do trabalho)

Devem constar da primeira página: a) Título do artigo conciso e completo, descrevendo o assunto a que se refere (palavras supérfluas devem ser omitidas). O artigo deve ter versão do título para o inglês; b) Nome dos autores. Os nomes serão publicados da maneira como foram enviados; c**) Titulação acadêmica e indicação da instituição a que cada autor está filiado, com o respectivo endereço completo**; d) Nome do grupo de pesquisa onde o trabalho foi realizado; e) Se foi subvencionado, deve-se indicar a entidade que concedeu o auxílio; f) Se foi baseado em tese acadêmica, deve-se indicar o título, ano e instituição onde foi

apresentada; g) Se foi apresentado em reunião científica, deve-se indicar o nome do evento, local e data de realização.

Devem conter, na segunda página, **resumos** de mesmo teor, em **português e inglês**. Os resumos devem identificar objetivos, procedimentos e conclusões do trabalho e não ultrapassarem 10 linhas de 70 toques. Os descritores, expressões que representam o assunto tratado no trabalho, devem ser em número de 4, em português e em inglês, fornecidos pelo autor.

Em consonância com vários autores contemporâneos que discutem a prática atual de nossa disciplina (por exemplo, Kristeva, 2000), percebemos novos apelos de tratamento que são de muitas maneiras distantes da demanda analítica com a qual estávamos acostumados. Em função desta diferença e das perturbações que ela provoca em nossa concepção de clínica, tais apresentações do sofrimento humano ainda encontram certa resistência, de nossa parte, quanto ao seu devido acolhimento. De diversas maneiras, deparamo-nos nos consultórios, nas instituições públicas e privadas, com sujeitos que não conseguem realizar os desígnios da regra fundamental. Pedir para que eles "digam o que lhes vem à cabeça" é uma tarefa impossível ou irrelevante, na medida em que, muitas vezes, o que está na cabeça não possui qualquer correlação com a pessoa que fala, numa forma de clivagem (Verztman, 2002) que aparta o sujeito de seu corpo[1]. São pessoas que - exceto quando estão na posição de observadores do mundo - não possuem evidências mais claras de que suas existências são fato inquestionável. O corpo ao qual eles se identificam é um grande olho, capaz de enxergar a tudo sem se enganar. O preço mais imediato que eles pagam é transformar a observação na única ação à qual eles podem se entregar sem receios. Pagam este preço, entretanto, acreditando que há um prêmio alto a ser alcançado: ver o mundo tal qual ele é, sem os engodos a que são submetidos todos os seres que desejam..

Qualquer sensação localizada no corpo, longe de ter a característica pré-reflexiva que o estatuto da sensação adquire entre os membros de nossa cultura, é um enigma, um acontecimento inquietante para o qual tais sujeitos não estão nunca preparados. A frase "eu sinto isto" é uma operação complexa que envolve em primeiro lugar encurtar a distância entre

[1] Esta clivagem entre o sujeito e seu corpo, uma separação radical entre aquele que observa e aquele que sente é um assunto abordado por Ferenczi em sua teoria do trauma. Sobre isto ver Ferenczi [1933] (1986).

eu (eu não quis realçar a idéia de instância e sim sua função gramatical, podemos discutir isto, talvez até possamos colocar aí uma nota de rodapé), a sensação e o corpo. Este encurtamento produz a imagem efêmera de que eu, o corpo que passa a ser chamado de meu e a sensação que passa a ser designada de minha dizem respeito ao mesmo fenômeno, consolidando as noções de unidade e totalidade. Embora tais noções tenham sido forjadas por estes sujeitos ao longo de suas vidas, elas são paradoxais na medida em que não repousam numa concepção de intimidade corporal. Entre eu e o corpo não há a conexão fornecida pelo pronome possessivo. O pronome possessivo em sua articulação com o corpo é um dos elementos rechaçados do funcionamento psíquico por uma clivagem radical que apartará olhar e corpo, percepção e ação, observação e desejo. O corpo será um eterno fardo, que por sua insistência em se expressar, jogará o sujeito em situações-limite repetidas de desamparo. A falta do pronome possessivo torna a percepção do corpo insuportável ou monstruosa. Se observarmos a trajetória de vida de muitos destes sujeitos, veremos que enquanto a emergência do corpo pode ser evitada ou controlada por uma gramática que transporta a totalidade do sujeito para seu papel de observador, ou seja, alguém que reconhece a realidade porém não tem uma relação de intenção para com ela (Lambotte 1997, 2002, 2003)[2], eles adquirem certa estabilidade, ou como nos fala Jardel, "uma vida de sobrevivência". Basta, entretanto, a escaramuça de um apaixonamento (sempre fadado ao abandono), a perda de alguém correlacionado à *vida de sobrevivência* ou simplesmente uma efêmera promessa de vida, situações em que o corpo produz determinadas sensações, para que o soterramento num mundo de sombras tornem indistinguíveis todas as cores, "até mesmo o cinza, o preto e o branco", como referiu recentemente uma de nossas clientes.

[2] Lambotte nos textos supra- indicados propõe a noção de *negação da intenção* para descrever a relação do sujeito melancólico com a realidade. Este é um conceito chave para a autora diferenciar a melancolia das psicoses. O melancólico aceita claramente a realidade, ao contrário dos psicóticos, porém diferentemente das histéricas, acha que esta realidade não lhe diz respeito.

A breve descrição acima diz respeito ao campo dos quadros narcísicos[3], do qual a melancolia faz parte[4]. Tais quadros dividem algumas características tanto com as neuroses quanto com as psicoses, porém apresentam uma positividade própria (Pinheiro 1993, 1999, 2002; Lambotte, 1997). A exploração desta positividade é o objetivo mais abrangente de nossa pesquisa. Perceber uma metapsicologia própria dos quadros narcísicos em geral e da melancolia em particular, nos fez explorar a semelhança entre o projeto melancólico e quadros descritos por outros autores, tais como as *personalidades narcísicas* da psicanálise norte-americana e os sujeitos caracterizados por Winnicott como organizados a partir do *falso self*. Nesta comparação, os trabalhos de Winnicott se mostraram extremamente ricos em nos permitir acesso à noção de continuidade da existência, em suas dimensões corporal e temporal, dimensões estas problemáticas para os sujeitos melancólicos com os quais estávamos trabalhando (Pinheiro, 2002b). O conceito de *falso self*[5] deste autor é fértil para postular uma *melancolia normal*, onde o que está em jogo não são os sintomas mais ruidosos da melancolia, muito menos sua forma de apresentação psicótica, mas exatamente a vida de sobrevivência a que ela condena, a permanente sensação de vazio que ela reverbera, a falta de autenticidade que ela suscita, a anestesia psíquica que ela promove.

Como um dos tópicos principais de nossa investigação dizia respeito ao papel do corpo para estes sujeitos[6], decidimos iniciar uma pesquisa clínica na qual, além de aumentar nosso contato com a melancolia, pudéssemos compará-la com outras formas de mal estar nas quais o corpo ocupasse papel privilegiado. Naquele momento, tivemos acesso a um trabalho

---

[3] Optamos pela denominação ampla de quadros narcísicos para caracterizar uma organização subjetiva que não é balizada pelo recalque, não tem seus parâmetros fornecidos pela sexualidade edípica, embora seja, em muitos aspectos fundamentais, distinta das psicoses.

[4] Nossa exploração do universo dos quadros narcísicos começou pela melancolia, motivo pelo qual ela é privilegiada para uma visão comparativa.

[5] Winnicott ([1960] 1990) postula que o *self* verdadeiro é responsável pelo gesto espontâneo e pela sensação de ser real, de existir. Como medida de proteção a este verdadeiro *self*, é erigida uma outra organização, denominada de *falso self*, que passa a mediar a relação do sujeito com o mundo externo. Por motivos complexos, relacionados à provisão ambiental insuficiente, um sujeito pode fazer sua vida girar em torno da expressão *do falso self* e apresentar, como conseqüência, sensação de inautenticidade, despersonalização e descontinuidade no seu fluxo de ser.

[6] Em nossa exploração do universo melancólico, elegemos a vivencia temporal e a relação com o corpo como duas características centrais para definir a sua metapsicologia.

clínico minucioso com pacientes portadores de lupus eritematoso sistêmico, uma doença auto-imune[7], realizado pela equipe da Dra Gilda Kelner, de Recife. A semelhança entre a concepção dos quadros narcísicos acima descrita e o trabalho clínico realizado com estes pacientes em hospitais gerais, verificada a partir de extenso material de sessões e *grupos Balint*[8], ocasionou o formato final de nosso projeto. Passamos a atender no ambulatório do IPUB-UFRJ a sujeitos melancólicos e pacientes portadores de lupus[9].

As marcas no corpo de Aurora

A Breve introdução realizada nos parágrafos anteriores serve de contexto para o cerne do artigo. Pretendemos discutir, a partir de um fragmento clínico, a possibilidade de uma doença somática multi-sistêmica promover uma forma de subjetivação que seria insondável para sujeitos que partilhem com nossa cliente de histórias de vida semelhantes. Antes, porém, de adentrar no caso, devemos fazer algumas ressalvas. Sempre que refletimos sobre um sujeito que apresenta sintomas corporais ruidosos, ou mesmo uma doença somática estabelecida, somos tentados a interpretar tais manifestações com a mesma grade conceitual com a qual interpretamos um sintoma caracterizado como *psíquico*. Como nosso vocabulário é construído para incidir sobre realidades de sentido (sejam aqueles já formados ou por se formar), corremos o risco de transpor nossa interpretação para outras formas de descrição do humano que são organizadas segundo outras regras. Sendo prudentes diante desta dificuldade, optamos por não formular qualquer *nexo causal* entre organização subjetiva e doença

[7] O lupus eritematoso sistêmico é uma doença auto-imune, ou seja, é caracterizado pela presença de auto-anticorpos que promovem lesões em diversos órgãos e sistemas corporais. Acomete predominantemente mulheres e, na maioria dos textos médicos e psiquiátricos, é considerada uma moléstia que apresenta tanto no seu desencadeamento, quanto nas suas exacerbações, grande correlação com fatores psicossociais. Sobre isto ver Araújo (1989 e 2000)

[8] Além de atendimento psicanalítico a pacientes lúpicos, a equipe da Dra Gilda Kelner também organiza, sob sua coordenação, grupos Balint com médicos de outras especialidades. É importante notar que a freqüência com que são levados para discussão casos de lupus por tais médicos supera em muito o que seria sua ocorrência estatística. Isto ocorre porque tais pacientes geralmente mobilizam, de modo intenso, a equipe que deles se ocupam.

[9] Este projeto só pôde ser iniciado em função de um acordo firmado com a Dra Glória Araújo, psiquiatra do serviço de colagenoses do HUCFF-UFRJ, de quem temos a mais íntima colaboração .

somática, motivo pelo qual não denominamos nosso trabalho de *psicossomática*[10]. Nossa abordagem se abstém de afirmar qualquer nexo causal entre discurso, história e doença somática, embora saibamos da solidariedade empírica entre estes elementos. Trabalhamos exatamente com a inversão de uma proposta de causalidade deste tipo, a nosso ver reducionista. Não pretendemos demonstrar a causalidade psíquica de uma doença como o lupus, mas propor perguntas que caminham em outra direção: como se pode tirar proveito de uma doença? Que papel uma doença pode adquirir num discurso? Qual é a delimitação que uma doença somática pode produzir na imagem corporal?.

Aurora Maria foi encaminhada para nossa equipe de pesquisa em função das dificuldades que ela estava produzindo para a equipe que a tratava. Além de freqüentemente modificar por conta própria os esquemas terapêuticos propostos, ela passara a apresentar "crises" de agressividade nas quais se colocava em risco. No primeiro encontro com Aurora Maria, sua psicanalista percebeu que embora tenha se dirigido a sua cliente pelo nome de Aurora, a maioria das pessoas citadas durante a sessão a tratavam por Maria. Quando indagada sobre por qual nome é geralmente tratada, Aurora respondeu: "meu nome não tem importância doutora, a senhora pode me chamar como quiser, a outra doutora (sua psiquiatra) me chama de Aurora". Não sabemos exatamente o porquê, porém esta relação de indiferença quanto ao nome próprio é muito comum entre pacientes lúpicos, ocorrendo em outros casos de uma amostra tão pequena quanto a nossa[11]. O nome não parece definir um lugar singular a ser ocupado pelo sujeito, o que produz uma busca incessante por outras formas de nomeação. O lupus pode ser, para alguns deles, uma marca deste tipo?

Aurora refere que o diagnóstico de lupus eritematoso sistêmico foi firmado há cerca de 5 anos, após uma crise na qual, além de lesões de pele, as articulações e órgãos

[10] Na literatura psicanalítica o termo *psicossomática* é usado com enfoques diferentes, entretanto o nexo causal entre o psíquico e o somático é central para caracterizar o grupo das doenças ou fenômenos psicossomáticos. Através de uma posição dualista a teoria lacaniana (ver Lacan 1988, Quinet 1988 e Silva 1995) concebe o fenômeno psicossomático como uma alteração no organismo *causada* pelo significante. Através de uma posição monista (no que diz respeito ao problema da relação mente-corpo) que repousa sobre o conceito econômico de

internos foram acometidos. Sua história, todavia, sugeriu aos médicos que a acompanham, que as manifestações da doença são muito anteriores ao diagnóstico e remontam a épocas tão longínquas de sua vida como 25 a 30 anos atrás. A primeira manifestação associada por Aurora à doença ocorreu quando de seus 12 anos. Refere que apareceram muitas marcas em sua pele, feridas, que sua mãe, "como era ignorante", tentou apagar jogando-lhe creolina. Este episódio marca o aparecimento de sua mãe em seu discurso. Uma mãe que "nunca sentiu carinho por mim", que "sentia raiva de mim, não sei por que" e que sempre a tratou de forma diferente do que a seus outros três irmãos. Esta diferença é por vezes reputada por Aurora à cor de sua pele. Aurora é a única "branca da família" e o xingamento que mais a atingia era o de "branquela". Neste contexto o banho de *creolina* ganha um significado de desfazer a diferença de sua pele (torná-la crioula) que marca sua singularidade, diferença de pele que parece ser insuportável para esta mãe.

Outra referência à doença e à pele ocorre quando Aurora fala de seu pai. Quando o faz, sua fala se transforma de modo a parecer uma criança. Diz que este morreu quando ela tinha cinco anos e que ele era a única pessoa que a amava. Lembra-se do enterro pois "fui obrigada a *ir toda de preto*. Não entedia nada e só pedia pra todo mundo não jogar terra no meu pai". Ainda criança teve um sonho: "Fui até o lugar onde meu pai tava enterrado e encontrei ele. Ele estava com feridas no corpo inteiro e dizia que cada vez que eu chorava ele abria uma ferida. Prometi então pra ele nunca mais chorar". Aurora afirma que o único momento da vida no qual voltou a chorar foi "quando apareceu o lupus". Embora esta doença tenha marcada transmissão genética, Aurora não reporta a doença em qualquer membro de sua família. Seu pai morreu de insuficiência cardíaca e as feridas em seu corpo (que nunca ocorreram quando ele era vivo) são o primeiro indício de um universo fantasmático. Neste, o seu lugar era o de impedir feridas no corpo do pai, o que aponta para um desejo parcialmente realizado com a abertura do lupus. Como era Aurora e não o pai quem apresentava feridas, ela

---

pulsão, os autores da EscoIa Psicossomática de Paris (IPSO) definem as doenças psicossomáticas como neurose atual *causada* pela não inscrição psíquica da libido

finalmente pôde chorar a sua perda. O lupus parece indicar o início de um processo de luto, luto porém que precisará de muitos artifícios para ser minimamente esboçado. Outro aspecto que nos chama a atenção correlacionado ao sonho é o papel de Aurora como cuidadora do pai. A possibilidade de cuidar do outro (tarefa que, na fantasia de Aurora, é muito valorizada pelo pai) desempenhará quase que um paradigma nas suas relações afetivas.

Numa briga com uma de suas irmãs, além da designação pejorativa de *branquela*, Aurora escutou uma frase que a atordoou: "você não é filha do papai". Esta frase produziu uma re-significação em uma cena presenciada por Aurora quando seu pai estava prestes a morrer: viu sua mãe beijando outro homem, homem este que viria a ser seu padrasto. Quando a irmã sugeriu que ela não fosse filha do pai, ela logo encontrou uma explicação para o ódio que a mãe nutria por ela: "Meu pai era doente e como minha mãe ficou grávida de mim, ela não pode abandonar o meu pai para viver com o outro". A dúvida sobre sua paternidade só cedeu quando a mãe, em seu leito de morte, lhe disse que ela realmente era filha do pai, o que ocorreu muito tempo após o início de sua doença. O lupus parece a afirmação de sua filiação, embora tal filiação seja sempre duramente contestada.

Aurora forneceu uma nova versão para o início de sua doença, que demonstra sua luta por existir. Numa briga com outra irmã, a mãe interveio em favor desta. Pela primeira vez Aurora se recusou a obedecer a mãe. As feridas já tinham começado a aparecer, mas isto não impediu que, logo após, a mãe lhe batesse e lhe chamasse de "branquela nojenta". As lesões como resistência à mãe são aqui bastante ilustrativas. Foi nesse contexto que lhe foi oferecido o banho de creolina. Mesmo assim, Aurora incorporou absolutamente o discurso materno e emitiu para sua analista o seu grande desafio: "tenho necessidade de deixar de existir".

Antes da eclosão da doença o único divertimento de Aurora era brincar nas horas de folga da dura vida "na roça". Não era um tipo qualquer de brincadeira, mas brincadeiras com as bonecas que seu pai lhe dava. Sua mãe, embora muito contrariada com tais

---

[11] Atendemos no momento a seis pacientes lúpicas

brincadeiras, não a impedia de fazê-lo, quando seu pai ainda era vivo. Após a morte deste, entretanto, ela logo providenciou que as bonecas fossem jogadas fora dizendo para a filha que um ladrão entrara em casa e as roubara. Brincadeiras com bonecas passaram a ser terminantemente proibidas e o seu grande segredo foi o fato de conservar este hábito por toda a vida. Até hoje (tem 48 anos de idade), Aurora procura bonecas jogadas fora no lixo com determinadas características especiais. São bonecas com corpo de pano sempre rasgado, somente com a cabeça de borracha íntegra (o que nos dá acesso à imagem que Aurora tem de seu corpo[12]). Ela as leva para casa a fim "de costurar um novo corpinho pra elas". Sempre brincou com as bonecas escondido, mesmo quando já era mãe de filhos pequenos, e as carrega em situações significativas. Ultimamente tais situações tem incluído suas sessões. Mostra as bonecas para sua analista e logo se nota que cada uma tem um nome e personalidade. Uma delas é a *orelhudinha*, com quem briga constantemente porque ela ri "até mesmo quando eu sinto dor", o que associa ao comportamento de suas irmãs. A brincadeira com as bonecas, agora não mais um segredo, é uma outra via de filiação e invenção de si, que demonstra a resistência de Aurora ao enunciado materno. A sua exploração na análise é fundamental.

A outra via de filiação, seus estranhos fenômenos corporais, continua extremamente ruidosa. Apesar de dizer que não consegue sentir raiva da mãe, freqüentemente sai de si e apresenta comportamento violento com seu marido, filho, e outros homens, dos quais nada se lembra. Coloca-se em situação de risco nesses episódios, como por exemplo, quando saltou de um carro em movimento e fraturou o braço. O traço que une todos estes acontecimentos é a marca que eles deixam tanto em seu corpo, como no destes homens. A ausência de marcas deixadas nas mulheres, como por exemplo no corpo de sua filha que sempre é poupado, provavelmente se correlaciona com uma defesa radical que a impede de ter raiva da mãe e demonstra que esta mãe não lhe parece marcada[13]. Uma outra raiva, considerada por Aurora inexplicável, funciona na maioria das vezes como pródromo, "eu

[12] Fereczi ([1933] 1986), em sua teoria do trauma, explora esta clivagem que visa transportar todo o sujeito para o espaço da cabeça, tornando as outras partes do corpo um resto que deve ser ultrapassado. .

estava com raiva, depois não lembro de nada". Um dos impulsos que apresenta nestes momentos é morder. A plasticidade de seu corpo é tal, que já durante a análise, relatou estar sentindo esta raiva inexplicável e logo iniciar um processo inflamatório gengival relacionado ao lupus, que a impedia de morder os outros. Apresentou edema logo após o casamento da filha porque "não conseguiu chorar". A proposição de *não conseguir chorar* se correlaciona com sua mais nova tentativa de nomeação: a síndrome de Sjögren. Apesar do diagnóstico ainda não ter sido confirmado, Aurora passou a se designar como portadora da síndrome de Sjögren (evidentemente após uma nomeação médica), uma doença auto-imune correlacionada ao lupus, que se caracteriza por ausência de secreções corporais tais como lágrima, saliva e secreção vaginal. Apresentou queixas deste tipo logo após ter suspeitado que seu marido a traia.

Queremos demonstrar uma verdadeira linguagem corporal que abrange manifestações de sua doença somática, doença constantemente falada. Sua lesão não parece isolada do restante de seu discurso e é exatamente onde, neste, o sujeito aparece.

Discussão

Evidentemente o que trazemos para discussão é uma hipótese que pode ou não ser confirmada pela clínica, pois Aurora ainda está em seu percurso de análise. Resolvemos tecer considerações sobre este caso exatamente porque ele possibilita vias diferenciadas de interpretação. Duas delas parecem à nossa equipe mais plausíveis. A primeira, mais óbvia, é a via da histeria. Vários elementos convergem para esta hipótese: as crises dissociativas, a vitimização diante do outro, a natureza sexual do conflito expresso na trama edípica envolvendo a figura de seu pai e a rivalidade com sua mãe, sintomas conversivos, o privilégio da encenação do sofrimento, a existência de atividade onírica, a suposição de um universo de fantasia, entre outros. Este diagnóstico, entretanto, longe de nos apaziguar, aponta para

[13] Podemos também interpretar esta marca pela via da castração.

questões teóricas não resolvidas. A principal delas é sua doença somática. A menos que utilizemos o *tour de force* de afirmar que o lupus é um fenômeno completamente distinto das características histéricas apontadas acima, uma produção do organismo absolutamente apartada de sua estrutura psíquica, o que nos faria tecer considerações sobre outra pessoa que não Aurora, devemos enxergar neste caso um problema. É muito difícil distinguir neste caso o que seria conversão e o que seria fenômeno psicossomático, inclusive porque ambos apresentam correlações com transformações diagnosticadas no organismo. Em alguns momentos, como o da inflamação gengival, um fenômeno psicossomático funciona como conversão, como produção articulada do inconsciente.

Em função do exposto acima exploraremos uma segunda via que tem a vantagem de colocar problemas em outras perspectivas e dar outro rumo para a discussão. Ao invés do fenômeno psicossomático como desestruturação psíquica ou ausência de simbolização[14], propomos que um fenômeno corporal pode ser o motor de um processo específico de simbolização, embora este processo se afaste em muitos aspectos do paradigma histérico. A relação entre Aurora e sua mãe não parece a de uma filha com uma progenitora que, mesmo rivalizando com seu rebento, admite o seu direito de existir. Não é uma mãe permeada hegemonicamente pela fantasia freudiana "sua majestade o bebê", nem que seja de maneira ambígua. Não há qualquer lugar para a *branquela* no seu universo desejante, a não ser que ela mude de corpo - e aqui não se trata de mudar um traço no seu corpo e sim algo mais absoluto. A invenção narcísica desta criança parece comprometida desde o início, apesar da presença aparentemente desejante de seu pai. A precocidade da morte deste e a luta anterior com sua doença crônica, talvez tenha tornado incompleto o processo de forjar um sujeito através do desejo do outro. Seu pai parece ter fundamentalmente um esboço de função materna, mas não barra, nem em vida nem em memória, o destino mortífero posto em marcha por sua mãe.

[14] Estamos aludindo a como a relação entre doença somática e estrutura psíquica poderia ser pensada, notadamente pelas concepções de doença ou fenômeno psicossomático referidas na nota 10.

Mesmo assim, a presença do pai é significativa pois aponta para duas vias identificatórias que permearão a existência de Aurora: brincar com bonecas e ser doente.

Ao invés de uma identificação narcísica com o único destino previsto pela mãe[15], Aurora utiliza suas marcas no corpo para se afirmar, para informar à mãe que o seu destino inclui também outras marcas que não podem ser apagadas por ela. Sua doença e seu corpo passam a ser indissociáveis, um o complemento do outro, na construção de uma imagem singular. Para ela não há corpo sem doença. Sem esta, apenas a necessidade de não existir imposta por sua mãe, um corpo outro, sem marcas próprias, sem nome, sem delimitação. O lupus é ela, a partir de um processo de nomeação que a permitiu constituir uma história. É o nome que adotou bem como a um recente sobrenome, a síndrome de Sjögren, sobrenome escandinavo, branco e loiro como ela. O recurso à doença pode delimitar uma outra forma de subjetivação, que permite a sujeitos como Aurora relativizar minimamente a *nadificação* que costuma ser o resultado do contato precoce do sujeito com um outro como a mãe de Aurora. Não sabemos sobre recursos deste tipo em épocas anteriores, mas o que sabemos através de seu discurso é suficiente para postularmos que o lupus não é o outro falando através de seu corpo, mas o discurso mais genuinamente seu.

A semelhança fenomenológica e discursiva que Aurora divide com as histéricas é inegável, porém demonstra que a construção do *corpo como algo seu* é um processo inacabado, ainda por se fazer e dependente da idéia de ser doente . A necessidade de deixar de existir se faz presente em muitas ocasiões, como quando ela para de tomar a medicação e apresenta sintomas mais sérios da doença. Existe um esboço de universo de fantasia, porém sua forma de brincar com bonecas se parece mais com uma prótese, do que com uma fantasia histérica. Aurora consegue fantasiar apenas se brincar todos os dias com suas bonecas, se puder costurar concretamente um novo corpo para elas, se as levar para lugares significativos. Se não puder contar com este recurso, não consegue conservar determinadas imagens, não

[15] O que poderíamos esperar de um melancólico

consegue ter este acesso privilegiado a seu corpo, não consegue continuar a ser. Aurora freqüentemente se depara com períodos de descontinuidade subjetiva, sensações freqüentes de vazio, que ela caracteriza como “depressão”, como “vontade de ir embora” (morrer). A semelhança entre estas características e o discurso melancólico, principalmente com sujeitos *falso self*, também é suficiente para não ser desprezada. Há um vazio radical que sua doença e suas bonecas não costuram. Freqüentemente Aurora se depara com situações de descontinuidade, nas quais um corpo deve ser absolutamente reconstruído, como se sua existência não tivesse uma garantia pré-reflexiva. É esta semelhança entre Aurora e os sujeitos, os quais descrevemos no início deste trabalho, que nos faz ter prudência, que nos faz incentivar que Aurora traga suas bonecas para as sessões e as mostre, que nos faz trazer este caso para discussão. Acreditamos que ainda não temos termos mais adequados para descrever Aurora e que esta dificuldade demonstre algo dos desafios clínicos da atualidade. Nossa hesitação em caracterizar Aurora como histérica não é uma afirmação peremptória de que ela apresente uma forma narcísica de organização. Apenas apontamos para o fato de que o sujeito paradigmático da psicanálise pode estar se transformando e que precisaremos de um novo vocabulário para falarmos do papel do corpo no processo de subjetivação.

Nossa proposta é pensar a relação com o corpo em certos tipos de patologias nas quais conceitos tais como o recalque, a inscrição ou não da castração parecem não acrescentar nada à compreensão e condução do trabalho clínico. A relação desses sujeitos com o tempo e com o corpo pode, ao contrário, fornecer indicadores importantes. O corpo não é pensado apenas como indicador de um sintoma mas sim como recurso importante para construir uma posição frente ao mundo e a si mesmo. Assim, podemos colocar algumas questões em relação à imagem corporal que, nesses casos, em determinado momento, parece entrar em falência, não se mantendo constante. Seria falso dizer que esses pacientes não dispõem de uma imagem corporal unificada, como na psicose, na qual postulamos a idéia de um corpo despedaçado. Ao mesmo tempo, há neles, em determinado momento, um apagamento desta imagem que

exige uma urgência para ser de novo conquistada. A recuperação dessa imagem, só um espelho, o olhar de um outro ou ainda a dor corporal podem fornecer.

A Psicanálise afirma que uma subjetividade é inventada pelos adultos que se ocupam do bebê. São esses adultos que forjam, apostam, inventam um psiquismo e o fazem tecendo um discurso sobre essa criança, atribuindo modos, formas, qualidades, defeitos, semelhanças e assimetrias. Na ausência de um tal discurso o trabalho de se constituir torna-se mais árduo. O sujeito fica refém do olhar do outro, do discurso do outro sobre si mesmo, de um discurso que dê continuidade à existência. Podemos perceber em alguns pacientes portadores de Lúpus que o discurso médico pode se constituir num discurso que inventa um corpo, inventa uma lúpica. É assim que elas muitas vezes passam a se autodenominar. O discurso médico sobre o corpo, nomeando os pacientes pelo nome da doença parece dar predicados a uma subjetividade que nunca pôde desfrutar do discurso *narcisizante* das figuras parentais sobre si mesmos.

Enquanto não encontramos categorias que nos satisfaçam mais plenamente, nos voltamos para o que é mais relevante, apostando que a clínica nos oferecerá alguma indicação. Afinal de contas o que realmente importa é que seja possível um outro tipo de costura na qual Aurora, sem abrir mão de sua nomeação, possa se descolar da necessidade de ter um corpo doente. Ficamos com esta expectativa, quando ela, numa sessão recente afirmou: “o corpo é meu”. Que assim seja...

Referências Bibliográficas

ARAÚJO, Glória Regina Bandeira. *De “lupus” et homine: contribuição a uma definição do espaço de atuação do psiquiatra em hospital geral.* 1989. XXXp. Dissertação (mestrado em XXX). IPUB-UFRJ.

_____. *Correlatos psiquiátricos e neuropsicológicos no lupus eritematoso sistêmico: comparação com a artrite reumatóide e a mistenia gravis*. 2000. XXXp. Tese (doutorado EM XXX). IPUB-UFRJ.

FERENCZI, S. (1933) Confusão de línguas entre adultos e crianças. In: *Escritos psicanalíticos* (1909-1933), Rio de Janeiro, Taurus, 1986, p???.

HORN, A e ALMEIDA, MCP - *Sobre as bases freudianas da psicossomática psicanalítica: um estudo sobre as neuroses atuais*. Sessão Latino-Americana dos Estados Gerais da Psicanálise, Local, mês, 2002.

KRISTEVA, J. *As novas doenças da alma*. Rio de Janeiro: Rocco, 1993/2000

LACAN, J- Conferencia em Ginebra sobre el síntoma. In: *Intervenciones y textos* 2, Buenos Aires: Manantial, 1988, p 115-144

LAMBOTTE, MC- O *discurso melancólico: da fenomenologia à metapsicologia*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1997

_____. Fonction du contexte dans le statut de l´objet esthétique, In: *Pluralités esthétiques*. Paris, Presses Universitaires de Vincennes, 2003, no prelo.

_____. La visée esthétique dans la mélancolie; la construction du contexte. In: *La traversée de la mélancolie*. Paris: Carnets Séguier, 2002, p.23-44.

_____. L´exil mélancolique. In: *Revue de Psychologie Clinique nº4*, Paris: l´Harmattan, 1998, (eu não tenho esta informação, ver com a teresa)p???

PINHEIRO, T. Trauma e melancolia. In: *Revista Percurso*, nº 10, Local: editora, 1993, p.50-55.

_____ Em busca de uma metapsicologia da melancolia. In: *Sobre a psicose*, (Org. Birman, J). Rio de Janeiro: Contra Capa, 1999, p. 29-43

_____. Escuta psicanalítica e novas demandas clínicas: sobre a melancolia na contemporaneidade. *Psyquê*, anoVI, n 9, São Paulo: editora, p.167-176, 2002

_____. Psicanálise, corpo e dança contemporânea. In: *Psicanálise, arte e estéticas de subjetivação*, (Org. Bartucci, G.). Rio de Janeiro: Imago, 2002, p.??? (não estou encontrando este livro, ver com teresa) .

PINHEIRO, T. e VERZTMAN, J.S. *Comparação clínica e metapsicológica entre sujeitos melancólicos e sujeitos portadores de Lupus Eritematoso Sistêmico*, Projeto de pesquisa, IPUB-UFRJ e IPP-UFRJ, 2002

QUINET, A- *O corpo e seus fenômenos*. Rio de Janeiro: Papéis do Simpósio, 1988

SILVA, MACRL- O fenômeno psicossomático. In: *A imagem rainha*. Rio de Janeiro: EBP-RJ & Sete Letras, 1995, p.273-285

VERZTMAN, JS O observador do mundo: a noção de clivagem em Ferenczi. In: *Revista Ágora*, vol V nº 1 jan/jun 2002, p. 59-78.

WINNICOTT, DW- Distorção do ego em verdadeiro e falso self. In: *O ambiente e os processos de maturação.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1990, p 128-139