

**Trauma e perda: sobre o encontro com o real no  
corpo e com o desejo do analista.<sup>1</sup>**

*Flávia Bomfim*

Nos casos de sofrimento psíquico suscitado por adoecimento e lesão no corpo, o que pode um analista sustentar antes mesmo que uma demanda venha a existir? Essa questão é motivada a partir da experiência de trabalho em uma instituição de reabilitação física e para respondê-la tomo como referência o desejo do analista “para nos garantir que não estamos numa impostura”<sup>2</sup>.

O campo da reabilitação física destina-se a pacientes que apresentam alguma incapacidade causada por doenças crônicas, sequelas neurológicas ou lesões derivadas da gestação e do parto, acidentes de trânsito e de trabalho. Assim, esse tipo de instituição recebe pacientes interessados especialmente no tratamento de fisioterapia, fonoaudiologia e de terapia ocupacional. Mas é, porém, nessa busca que um encontro com a psicanálise pode se dar.

Discutindo sobre o trabalho possível com pacientes com doença grave, Silvestre<sup>3</sup> destaca que o tratamento analítico só é de fato iniciado caso o sujeito busque sair de um estado de entristecimento e/ou angústia através de um esforço de construir um sentido, suscetível de tornar lógico o mal que se inscreveu no corpo. Procurar sentido abre o caminho para uma interrogação, para um desejo de saber e para uma suposição de saber.

Contudo, antes mesmo que essa reação ocorra, frente aos relatos de entristecimento, recolhimento do sujeito em torno de si ou sofrimento psíquico, o psicanalista oferta uma escuta durante a avaliação em equipe interdisciplinar, ainda que uma demanda não tenha sido construída, cabendo ao

paciente aceitar ou não, sem com isso partir do pressuposto que é o analista quem sabe sobre o sofrimento alheio, bem como o que seria melhor para o sujeito - o que produziria seu assujeitamento. Muitas vezes, é uma demanda da equipe que o paciente seja atendido no "setor de psicologia", por constatar que "problemas emocionais" comprometem o tratamento. Também aí é preciso sustentar que isso depende da escolha do paciente.

Como situou Lacan, "é o desejo do analista que, em última instância, opera na psicanálise"<sup>4</sup>, e esse desejo não baliza uma prática na qual se busca convencer alguém a fazer tratamento, muito menos visando colocar o sujeito na norma, sendo de fato "paciente" e não gerando incomodo naqueles que tratam. Isso seria fazer da psicanálise uma "terapia", um exercício de poder. Lacan<sup>5</sup> é preciso ao situar que o analista dirige o tratamento, mas não o paciente. Miller destaca que "o discurso analítico não reconhece outra norma além da norma singular que se depreende de um sujeito isolado como tal da sociedade. É preciso escolher: o sujeito ou a sociedade."<sup>6</sup> Que leio: é preciso escolher entre o sujeito ou os imperativos institucionais de cura, pois não podemos fazer da psicanálise "um bem que leva ao pior".<sup>7</sup>

Ter um psicanalista na equipe, entretanto, não é garantia que um trabalho analítico possa de fato acontecer. É necessário que ao longo dos atendimentos, o paciente faça uma demanda de tratamento em seu próprio nome. Mas parece ser fundamental também que, nesse primeiro momento, o desejo do analista possa sustentar a entrada no dispositivo analítico diante daquilo que para o sujeito veio a se apresentar como um encontro com o real que se inscreveu em seu corpo. Busca-se operar com isso um ato. Como indica Miller<sup>8</sup>, todo ato analítico depende do desejo do analista. Isto porque:

O ato analítico consiste em autorizar o fazer do sujeito. [...] O ato analítico é liberar a

associação, isto é, a palavra, liberá-la do que a limita, para que ela se desenvolva numa rota livre. Constatamos, então, que a palavra em rota livre faz voltar as lembranças, ela remete o passado ao presente, e que desenha, a partir daí, um futuro.”<sup>9</sup>

Ansermet aponta que “uma psicanálise conduz o sujeito aos limites da fala. É assim que a clínica analítica, como o ensina Lacan, toca inevitavelmente no real”<sup>10</sup> e, igualmente, situa que tal encontro ocorre também na medicina, embora de maneira totalmente distinta. Assim, ele comenta: “a clínica médica faz convergir a psicanálise para uma série de fenômenos nos quais parecem se delinear também os contornos do real.”<sup>11</sup> Todavia, ele observa que é fundamental inserir-se no campo analítico a partir do registro do real do inconsciente, em detrimento ao registro do real da ciência, de modo a ressituar uma clínica do sujeito, do particular. Esse apontamento parece ser bastante oportuno para pensarmos o que se passa também na reabilitação física, na medida em que prefigura uma relação do sujeito com seu corpo e que o real pode se fazer aí experimentar.

Esse real que toca o corpo ressoa para cada um de forma distinta, e não pode ser tomado *a priori* como traumático. Todavia, constatamos na experiência clínica que, para alguns, uma afecção grave e uma súbita limitação física muitas vezes provocam uma descontinuidade na vida que põe em cheque a sensação de estabilidade e unidade - visto que a deduzimos também, como Freud<sup>12</sup> nos indicou, da dimensão corporal. Essa ruptura pode escapar à possibilidade de representação psíquica, sendo excessiva e ultrapassando o sujeito, e situando-o fora da cena. Como encontrar sentido em acordar amputado após sofrer um acidente automobilístico? Ou, subitamente, sofrer um Acidente Vascular Cerebral e ficar numa cadeira de rodas? Ou ainda, ficar soterrado durante uma enchente e sofrer politraumatismos, além de se deparar com a perda de entes

queridos? Ou receber a notícia de que possui uma doença sem cura e degenerativa, que leva a um estado de dependência?

Ainda sobre esse real que toca o corpo, muitos pacientes em reabilitação descrevem seu súbito adoecimento, acidente grave ou período de internação hospitalar, apontando para uma radicalidade experimentada no que concerne ao confronto com morte. Não é raro que se diga: "Quase morri!", ao descrever o horror que experimentaram. Ou ainda: "Esse braço está morto!", sinalizando a perda de movimento ou funcionalidade do membro. Freud<sup>13</sup> situou que não há representação psíquica da morte e que, ao nível do inconsciente, cada um está convencido de sua imortalidade. Talvez não seja à toa, inclusive, que na própria língua é impossível afirmar como um testemunho daquilo que o sujeito passou: "Eu morri." - apontando para o caráter indizível dessa conjugação na primeira pessoa. Sendo assim, o que se experimentou, então, quando se diz: "quase morri"? Ou ainda, quando o vivo experimenta um pedaço do corpo "morto"? Experimenta-se o real - enquanto aquilo que excede à capacidade de representação psíquica, impossível de simbolizar e assimilar - e, portanto, não raramente, diante disso, experimenta-se o traumático.

Nas palavras de Vieira: "é exatamente o fato de o sujeito apresentar-se como esmagado pelo evento que parece carimbá-lo como traumático."<sup>14</sup> Diante disso, ele enfatiza a consideração lacaniana de tomar o "trauma pelo avesso", indicando-nos, assim que essa formulação "é a aposta no fator subjetivo como elemento chave no processo, que, já entendemos, não está escrito no evento, aparecendo, sobretudo como enigma, hiato, ruptura que perturba as explicações e sentidos coletivos e universais e que terá, a duras penas, de ser construído."<sup>15</sup> Laurent<sup>16</sup> situa o trauma como "impotência do discurso em ler o acontecimento" e, por sua vez, localiza o psicanalista como "aquele que vai dar

novamente sentido àquilo que não o tinha na história do sujeito.” Sendo assim, “a partir do dispositivo analítico, ele [o trauma] passa a poder encontrar um lugar no relato.”<sup>17</sup>

Para aquele que, no encontro com a psicanálise e sob transferência, consegue ultrapassar a demanda de tratamento motor, permitindo-se interrogar sobre seu sofrimento, apresentando um esboço de subjetivação e formulando uma questão além de sua patologia, percebemos o quanto a experiência analítica pode colaborar para que o sem sentido encontre um lugar na trama discursiva, além de favorecer o processo de elaboração das perdas, deslocando o sujeito da posição de “doente” e relançando-o como desejante. Isso possibilita, então, que o sujeito não se localize numa posição impotente, de vitimização diante do que ocorre com ele, para se responsabilizar inclusive pelos acontecimentos e surpresas da vida que lhe escapam.

De modo específico nessa clínica, o sujeito é convocado a se confrontar também com a dimensão da perda e verificamos o quanto o processo de luto se mostra fundamental. No texto “Luto e melancolia”<sup>18</sup>, Freud se dedica a comentar sobre o processo psíquico em jogo no luto – sendo este um processo natural e espontâneo do simbólico. Diante da perda de um objeto amado, o eu absorvido nesse trabalho psíquico se encontra inibido, o que nos permite entender porque o enlutado, além de ficar triste com a perda sofrida, encontra-se desanimado e apresenta também falta de interesse no mundo externo e necessidade de afastamento de sua vida habitual.

Para Freud<sup>19</sup>, o objeto amado é um objeto libidinalmente investido e, diante de uma perda, seria necessário realizar um desinvestimento desse objeto de modo que o luto corresponderia a esse processo, no qual, ao seu final, o enlutado poderia fazer novos investimentos em sua vida. Freud diz ainda que o luto é realizado pouco a pouco,

devido à dificuldade inerente em abandonar uma posição libidinal. Nesse tempo, ocorreria que a representação do objeto amado permaneceria "viva" no psiquismo, de modo que cada lembrança passaria a ser evocada e hipercatexizada durante o luto, tornando o mundo externo pobre e vazio.

Sendo assim, na reabilitação física, aparecem com frequência falas que apontam para essa constatação freudiana, visto ser comum os pacientes iniciarem no processo analítico - ainda que não se restrinja a isso - com um discurso em torno das diversas perdas por eles experimentadas, fixados nas limitações corporais e naquilo que não podem mais fazer. Vale dizer que, contudo, o modo como enfrentam essa experiência de adoecimento e perda inscrita no corpo é bastante particular e as respostas parecerem se articular também com uma certa posição que tais pacientes já mantinham na vida.

Se é possível encontrarmos na experiência clínica o fenômeno e as reações diante da perda tal como descreve Freud, contudo, um ponto de interrogação permanece: se na perspectiva freudiana o trabalho do luto consiste em desinvestir do objeto, como isso se daria se o objeto é o próprio corpo? Desinvestir de uma parte do corpo seria o preço para lidar uma limitação corporal? De uma maneira mais radical, como tomar a questão do narcisismo aí implicado, no investimento necessário à construção de um corpo, de uma imagem corporal? Como abandonar o que se refere à dimensão simbólica e ao real de gozo que atravessam o corpo?

Tais questões permanecem em aberto, mas avançamos um pouco mais com Lacan, na medida em que podemos nos servir de suas teorizações sobre o objeto *a*, e não somente de uma "metáfora energética"<sup>20</sup> de investimento-desinvestimento. Ao tratar do tema do luto, no *Seminário 10: a angústia*, Lacan introduz uma dimensão nova, apontando, assim, que seu prisma sobre o assunto é "simultaneamente idêntico e

contrário"<sup>21</sup> ao que podemos encontrar na obra freudiana. Para Lacan, todo esse trabalho de tentar manter viva a representação psíquica do objeto amado, na verdade é uma tentativa de restabelecer a ligação com o verdadeiro objeto - o objeto causa de desejo. O luto é, então, um trabalho de se enlaçar novamente com o objeto *a*, no qual o sujeito pode novamente se reposicionar como desejante. Dizendo de outro modo, Lacan nos ensina a ver na função do luto "uma estrutura fundamental do desejo"<sup>22</sup>.

Vieira<sup>23</sup> argumenta que todo objeto, além de suas características próprias, apresenta um ponto de irrepresentável. Esse ponto de irrepresentável o aproxima, portanto, do campo do real na medida em que comporta um detalhe que sustenta o desejo do sujeito. Exemplificando, ele diz que não se ama alguém por suas qualidades, mas por algum traço que faz o sujeito se ligar, sendo tomado como índice do objeto causa de desejo. Logo, aquilo com que o sujeito se defronta no luto é mais uma presença desse objeto do que sua ausência e, diante desse real do objeto do desejo, o que se experimenta também é a angústia. Nas palavras de Lacan: "*ela [a angústia] não é sem objeto*"<sup>24</sup>. Isso nos indica que esse ponto de opacidade do objeto que se encontrava oculto, aparece na cena. Assim, diante desse objeto, não é à toa que o confronto com a perda comporte algo da angústia - afeto que podemos constatar na experiência clínica.

Em se tratando do campo da reabilitação, as perdas são inúmeras e não se restringem apenas à dimensão física e corporal, de modo que muitas vezes o que se perde são balizas nas quais o sujeito se apoiava, um certo referencial em que se localizava na sua vida, seja porque já não pode exercer seu trabalho, ou porque não pode se dedicar ao que lhe gerava certo prazer, ou porque teve sua liberdade de ir e vir restringida pela impossibilidade de locomoção, ou ainda porque se deparou com uma inversão no

contexto familiar - de cuidar a ser cuidado, de sustentar a ser sustentado... Enfim, poderíamos continuar aqui tentando circunscrever, com vários exemplos, o que se perde, contudo seria em vão, na medida em que há sempre um a-mais em toda perda, pois "o que se perdeu é sempre impossível de se esgotar com uma nomeação"<sup>25</sup>. É assim que o real comparece, seja porque a experiência em si foi traumática para o sujeito, seja porque não foi possível dizer tudo o que se perdeu.

Sendo assim, podemos propor continuar nos orientando pelas considerações de Vieira<sup>26</sup> de que o trabalho analítico com esses pacientes em reabilitação não deve ter como objetivo em si encontrar sentido para o que foi experimentado como ruptura radical, trauma, ainda que esse seja um dos seus efeitos. Em todo caso, diante do enigmático, alguma ficção pode ser construída que sustente o sujeito, de modo que o laço não seja com a doença ou com a deficiência, mas com a vida.

---

<sup>1</sup> Parte do trabalho intitulado "O encontro com o real no corpo e com o desejo do analista" apresentado na XXIII Jornadas Clínicas da EBP-Rio e ICP- RJ em 2014, cujo tema foi: *O trauma e suas vicissitudes*.

<sup>2</sup> LACAN, Jacques. *O Seminário 11 - Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998a, p.249.

<sup>3</sup> SILVESTRE, Daniele. Entre médecine et psychanalyse: le désir en question. In: *Quarto - Revue de L'École de la Cause Freudienne*. AFC en Belgique, n° 59, Bruxelas, março/1996.

<sup>4</sup> LACAN, Jacques. Do "Trieb" de Freud e do desejo do analista. (1964). In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998 b, p.868.

<sup>5</sup> LACAN, Jacques. A direção do tratamento e os princípios de seu poder (1958). In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998 a.

<sup>6</sup> MILLER, Jacques-Alain. *Perspectivas dos Escritos e Outros escritos de Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2011, p.32.

<sup>7</sup> LACAN, Jacques. *Televisão* (1973). In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003, p.513.

- 
- <sup>8</sup> MILLER, Jacques-Alain. *Perspectivas dos Escritos e Outros escritos de Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 2011.
- <sup>9</sup> Ibid., p.34-35.
- <sup>10</sup> ANSERMET, François. Medicina e psicanálise: elogio do malentendido. In: *Opção Lacaniana Online - Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, número 13, março/ 2014.
- <sup>11</sup> Ibid.
- <sup>12</sup> FREUD, Sigmund (1976[1914]) "Sobre o narcisismo: uma introdução". In *Standard Edition das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol XIV. Rio de Janeiro: Imago. 1996.
- <sup>13</sup> FREUD, Sigmund (1976[1915]). "Reflexões para o tempo de guerra e morte". In *Standard Edition das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol XIV. Rio de Janeiro: Imago. 1996.
- <sup>14</sup> VIEIRA, Marcus André. "O trauma subjetivo". In: *Psico* (PUC-R. Vol. 39. 2008, p.510. Recuperado em 10/08/2014 [.http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/article/view/2045/3842](http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/article/view/2045/3842)
- <sup>15</sup> Ibid, p.511.
- <sup>16</sup> LAURENT, Éric. "O trauma, generalizado e singular". In: Site do Encontro Brasileiro do Campo Freudiano. 2014. Recuperado em 10/08/2014: <http://www.encontrocampofreudiano.org.br/2014/02/o-trauma-generalizado-e-singular-9241.html> .
- <sup>17</sup> VIEIRA, Marcus André. "O trauma subjetivo" . In: *Psico* (PUC-RS). Vol 39. 2008, p.511. Recuperado em 10/08/2014 [.http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/article/view/2045/3842](http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/article/view/2045/3842)
- <sup>18</sup> FREUD, Sigmund. Luto e Melancolia (1976[1917]). In *Standard Edition das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol XIV. Rio de Janeiro: Imago. 1996.
- <sup>19</sup> Ibid.
- <sup>20</sup> VIEIRA, Marcus André. Objeto e desejo em tempos de superexposição. In: *Revista ÁGORA: Estudos em teoria psicanalítica* (RJ). Vol 8. Jan/June 2005. Recuperado em: 10/08/2014. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-14982005000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982005000100002)
- <sup>21</sup> LACAN, Jacques. (2004[1962-63]). *O Seminário livro X: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 2005, p.363.
- <sup>22</sup> Ibid., p. 361.
- <sup>23</sup> VIEIRA, Marcus André. Objeto e desejo em tempos de superexposição. In: *Revista ÁGORA: Estudos em teoria psicanalítica* (RJ). Vol 8. Jan/June 2005. Recuperado em: 10/08/2014. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-14982005000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982005000100002)
- <sup>24</sup> LACAN, Jacques. Ibid, p.101. Grifo do autor.
- <sup>25</sup> Ibid.
- <sup>26</sup> VIEIRA, Marcus André. "O trauma subjetivo". In: *Psico* (PUC-RS). Vol 39. 2008. Recuperado em: 10/08/2014 [.http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/article/view/2045/3842](http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/article/view/2045/3842).