direção do tratamento

O enigma da cura, através da transferência, de algumas doenças do corpo*

Carmen Gallano

Há algum tempo me pergunto sobre a incidência da psicanálise em sujeitos que padecem de doenças biologicamente definidas pela medicina atual. Essa dúvida não paira sobre hipóteses teóricas, mas decorre do que alguns desses sujeitos sentem intimamente: que suas enfermidades sofreram uma remissão, verificável em termos médicos, devida à transformação subjetiva ocorrida sob transferência psicanalítica. Não me refiro a doenças sobre as quais já existe um certo consenso, por parte tanto de psicanalistas de diversas orientações quanto de médicos, e também dos próprios sujeitos, que as considera psicossomáticas. Minha pergunta foi suscitada especialmente pelos casos em que a destruição das funções do organismo se deve a alterações celulares, seja por neoplasia de tumores, seja por perdas de tecido, de etiologia complexa para a medicina atual, ainda que a biologia molecular nesse campo seja muito avançada. A esse respeito posso dizer, de passagem, porque soube há pouco tempo, por meio da leitura de trabalhos científicos, que os dois processos – a proliferação de células neoplásicas e a destruição de células necrosadas – têm a ver com fatores que impedem o que a biologia molecular define como "apoptose" ou "morte celular fisiológica", que é programada geneticamente e é essencial para a renovação de tecidos e para a regulação do sistema imunológico.

Apoptose é o processo de eliminação de células defeituosas, um processo ativo com síntese protéica que, em equilíbrio com a mitose, divisão celular que gera milhões de células novas, mantém a homeostase celular. Vários pesquisadores ressaltam como essa morte "suicida" de metade das células do organismo é essencial para a vida. Em contrapartida, a proliferação neoplásica, ao alterar os tecidos vizinhos, é altamente patogênica. E a necrose, a morte celular patológica, é um processo passivo, sem síntese protéica e com dano das membranas celulares, o que não acontece com a apoptose. Por que me interessei por essa descoberta da ciência? Porque, da mesma maneira que nos surpreende que a vida, no real, estruture-se em um nó, o nó do DNA, não é menos curioso que a vida, para

* Excerto de um trabalho apresentado nas Jornadas da Associação Espanhola de Psicanálise do Campo Lacaniano em Santiago de Compostela, em março de 2004.

manter-se no real, exija uma perda e resida na impossibilidade de conservação de todos os seus componentes. Mas, embora a idéia seja tentadora, não tomarei o que acontece no real da vida do organismo como metáfora desse *outro real* que nos concerne na psicanálise como condição do ser falante, e que Freud batizou de "libido".

Lacan, baseando-se em Freud, concebe a libido como "o ser do organismo", que não é igual ao organismo como objeto da ciência. "A libido é esta pequena lâmina que leva o ser do organismo até seu verdadeiro limite, que vai mais longe que o limite do corpo [...] esta pequena lâmina é órgão por ser instrumento do organismo. Às vezes é perceptível, como no caso da histérica que brinca de experimentar sua elasticidade até o extremo. O sujeito falante tem o privilégio de revelar o sentido mortífero deste órgão e, através dele, sua relação com a sexualidade"[1].

[1] Lacan. *Posição do inconsciente* (1966, p. 848)

Nesse mesmo trabalho, anterior ao *Seminário, livro 11*, Lacan propõe a imagem e o mito da pequena lâmina para representar a libido "como puro instinto de vida" e, partindo do ditado "não se faz uma omelete sem quebrar os ovos", inventa o termo jocoso "*homelete*" para defini-la. Sem brincadeira ou jogo de palavras, ele define, com base no conceito freudiano, esse órgão irreal que é a libido, que precede o subjetivo, irreal "por estar ligado diretamente ao real": "Nossa pequena lâmina representa aqui a parte do vivente que se perde ao se produzir através do sexo"[2].

[2] *Ibid.*, p. 846-7.

Assim, se na psicanálise queremos estar à altura da ciência, não nos cabe querer competir com ela ou nos amalgamarmos em ecletismos baseados na elucubração sobre o que os médicos e psiquiatras chamam hoje de "etiologia psico-imunológica das doenças psicossomáticas", e que muitos deles propõem atualmente para o câncer. Nosso assunto, a psicanálise, são as marcas do encontro com o real do sexual no sujeito falante, bem como a resposta deste a isso, estejam estas cifradas ou não pelo recalque no inconsciente.

Pois bem, há sujeitos que revelam na análise que não foram eles que responderam como sujeitos em um sintoma, e sim seu corpo que respondeu "deixe-se escrever" – tomo emprestada a expressão de Lacan (*Conferência de Genebra*, 1975) – ao horror de um gozo mortífero ligado a um legado real, ilegível, do Outro familiar.

Há testemunhos escritos disso, como, por exemplo, o de Fritz Zorn em *Marte*.[3] Esse livro sacudiu a opinião pública suíça e francesa pela interpretação que o autor faz de seu câncer como

[3] Zorn (1979). Todas as citações de Zorn foram retiradas desta edição francesa, e, por serem numerosas e traduzidas por mim, não indico as páginas. Existe uma edição espanhola recente com o título *Bajo el signo de Marte*, feita pela Anagrama.

resposta revolucionária "passiva" ao legado de seus pais e da rica burguesia suíça, ao qual se submeteu em plena adesão psíquica, sem nenhum conflito subjetivo. Ele termina com a afirmação: "Sou o carcinoma de Deus", após formular que o linfoma maligno que apareceu em seu pescoço eram "lágrimas contidas". Antes, durante todos os anos de sua vida solitária, anos fundidos numa tristeza petrificada, sentia que carregava no pescoço um corvo morto, sob o olhar das mulheres, sendo que ele não podia vê-lo. "Deus" é uma parte do nome de seu pai, de seu avô paterno e de seu avô materno. Os três se chamavam "Gottfried", quer dizer, "a paz ou a tranqüilidade de Deus". Seu sobrenome era "Angst" (angústia), que ele substituiu, em seu pseudônimo literário, por "Zorn" (raiva).

Para alguns sujeitos, e não somente para Zorn, no encontro com o real do tumor neoplásico ou com o real da perda de tecidos vem a descoberta de algo que havia sido totalmente ignorado não no sentido da repressão, de um saber não sabido, mas do excluído deles como sujeitos, por ter sido rechaçado radicalmente do lugar do Outro, do simbólico.

A propósito desses casos me veio à lembrança a afirmação de Lacan de que existe algo pior que a destituição subjetiva que a análise inscreve no bilhete de entrada. Algo muito pior, pois "proibir aquilo que se impõe de nosso ser é nos oferecermos a uma volta do destino que é maldita". Recordemos o veredito lacaniano "o que é recusado no simbólico reaparece no real"[4]. Por uma questão de prudência, como analista, e não por preconceitos médicos, não considerei essas doenças citadas, cancerosas ou outras, inseridas no campo psicossomático. Descobri, no entanto, que alguns sujeitos davam à sua doença o status "psicossomática", apostando que esse mal ancorado em seu corpo poderia deixar de destruir seu organismo se a análise lançasse luz sobre sua vida psíquica. Outros sujeitos, sem considerar sua doença psicossomática, e sem fazer qualquer elaboração sobre a doença na análise, apostavam na cura resultante de uma mudança de disposição subjetiva por meio dos recursos oferecidos pela medicina e pela cirurgia para combater a doença.

[4] Lacan. Proposição de 9 de Outubro de 1967 (1967, p. 23)

Temos, portanto, duas posições: uma situa o enigma da cura em uma mudança na economia libidinal do sujeito, e outra, na mudança em sua relação com o Outro que age no corpo com suas intervenções médicas, e que passa pelo consentimento da entrega do corpo e a renúncia ao domínio sobre ele.

De fato, esses casos me ensinaram que, do mesmo modo que um sintoma neurótico só adquire o status de sintoma analí-

tico quando o sujeito que padece se implica nele e o introduz na transferência como sintoma a decifrar, não devemos dar a uma doença que resulta de uma lesão do organismo o status de psicossomática sem a participação do sujeito, independentemente do que médicos e terapeutas de outras formações, que proliferam a cada dia, julguem sobre ela. Na clínica psicanalítica, não existe diagnóstico sem a participação do sujeito, e este, em sua definição psicanalítica, não se confunde com o eu. Ele se manifesta em sua divisão, que pode tomar diversas formas, e no que de seu dizer se descola em sua fala, a partir da dor que o leva ao analista. Mesmo quando encontramos a "bela indiferença" da histérica, tanto para um sintoma de conversão quanto para uma doença orgânica, existe uma diferença, pois o sintoma de conversão o mostra ao Outro e interpela o Outro com ele, enquanto a doença orgânica não é dirigida ao Outro, nem o sujeito a sente em relação ao Outro que faz parte de sua vida.

Sobre uma doença que o sujeito sofre passivamente, como uma lesão da vida do organismo, sem que nela se sinta implicado em seu dizer, em sua causa ou no tratamento, a psicanálise, em meu entender, nada tem a dizer, e qualquer coisa que se diga ao sujeito será sugestão. É o sujeito que, na transferência, introduz o *x* sobre sua doença. Encontrar um analista ou um psicoterapeuta – coisa que o sujeito não sabe *a priori* – terá conseqüências implacáveis no terreno da fantasia, quebrado pelo encontro com o real que irrompe no corpo. Quando, no quadro da terapia "psi" que solicita, o ato analítico não apresenta respostas, o aparecimento da fantasia que envolve a figura do terapeuta redunda no estrago já sofrido, como tenho comprovado em casos de sujeitos que haviam feito psicoterapia antes de chegar à análise. Mas há sujeitos que se agarram ao inferno da fantasia.

Fritz Zorn obteve uma melhora da melancolia em sua primeira psicoterapia, e foi aí que irrompeu o linfoma maligno em seu pescoço. Na segunda psicoterapia, simultânea ao tratamento médico das metástases, encontrou forças para seu testemunho e elaboração, a fim de compreender por que contraiu o câncer. Não há qualquer testemunho de um trabalho psicanalítico, nem de um trabalho do inconsciente, tudo está polarizado sobre o câncer. Lembro-me que, ainda jovem psiquiatra, quando li pela primeira vez esse livro, senti repulsa e me pareceu delirante, ainda que tenha me deixado uma profunda impressão. Agora, tantos anos depois, entendi minha repulsa: foi pela maneira como o autor bloqueia a angústia com o ódio, e se libera, como diz no fim do livro, no "satânico do seu inferno", como o lugar onde desejava estar "para estar

em outra parte fora do mundo depressivo em que vivia antes". Diz que "vale a pena estar nele, da mesma maneira que em *O mito de Sísifo*, de Camus". As últimas palavras de seu livro são:

> para mim, o inferno não é senão um lugar intermediário, pois se foi possível entrar nele deve ser possível sair dele... Mas para mim a coisa não está resolvida, e enquanto não está, acho bom que Satanás esteja solto. Ainda não venci o que combato, mas ainda não fui vencido. E o mais importante é que não tenha ainda capitulado: declaro-me em total estado de guerra.

Nesse estado de guerra total, ele morre pouco tempo depois, sem que os tratamentos médicos tivessem conseguido frear a evolução de seu câncer. No final, como no mito, Marte chega para liberar a Morte a quem Sísifo tinha conseguido atrair e prender em sua torre.

"A destituição subjetiva ou o ódio" são duas opções para o ser, certamente bem diferentes. O ódio irrompe em sujeitos que, ao se confrontarem com o real, vêem nele uma obra maligna do Outro de quem nunca puderam se desligar, e se afirmam na recusa do ser do Outro como ser de gozo, sem chegar à castração do Outro, quer dizer, a revelar que o Outro está na mesma falha que o sujeito. A clínica nos ensina também que é "o ódio, ou a angústia", pois a angústia é a presença de algo real no corpo diante da falta no Outro. A angústia abre o caminho para a separação das marcas do Outro e a assunção de algo da singularidade de um ser, não instituído por essas marcas como significantes mestre. O ódio barra a hiância do inconsciente com essa paixão aziaga de ser e dá peso real ao outro imaginário, sem deixar emergir a falta no Outro como lugar de desejo. Essa oposição, em alguns casos em alternância – "ou o ódio ou a angústia" – tem me ajudado a situar na estrutura o que Lacan, em sua palestra no Congresso de Roma, de 1974, intitulada *A terceira*, desenvolve e localiza no nó borromeano. Se a angústia assinala a intrusão do real no imaginário do corpo, podemos, de nossa parte e à luz da clínica, situar o ódio como o cruzamento do imaginário com o real.

Lacan assinalou também que o psicossomático está profundamente enraizado no imaginário. Mas isso é um fato que atenta contra o real da vida, não deixando para o sujeito um Outro além daquele de seu corpo. Sua eclosão, fora dos maus momentos que o sujeito encontra na vida, obturará a borda em que poderia surgir a angústia em sua fricção com o gozo do

Outro, que está fora do simbólico e, por essa razão, é radicalmente ignorado pelo sujeito. O fenômeno psicossomático viria a nomear no ser do organismo, fazendo-o presente no corpo, um gozo específico nas marcas deixadas pelo Outro a que o corpo respondeu passivamente. Eu não diria, com Miller, que se trata de uma *libido corporificada*, pois assim mal poderíamos diferenciá-lo da conversão histérica. Diria que é uma *libido organificada*, encerrada dentro do corpo, que não passa pelo lugar do Outro simbólico e que se instala entre o imaginário e o real, no lugar do gozo do Outro tomado no próprio corpo. Certamente, é uma economia de gozo eficaz por ser assubjetiva, mas à custa de lesionar o real da vida e que, ao não se conectar com o inconsciente, deixa um "corpo estranho" em uma subjetividade desejante. O psicossomático é um retorno do gozo que se faz auto-erótico ao se fixar em uma parte do organismo. Será significante da marca do Outro reduzido a um significante mestre, do ser de gozo afim a essa marca, e que, como objeto não alojado na falta do Outro, tomará forma no ser do organismo do sujeito que ultrapassa o limite do corpo.

Mas não há limite que separe o corpo e o ser libidinal do organismo sem a castração que, no Simbólico, inscreve-o como separação entre o corpo e o gozo perdido fora do corpo. Isso não é só teoria, pois quem o descobre, e com horror, são os analisantes afetados por uma doença psicossomática. Uma paciente que sofre de ataques freqüentes de colite ulcerosa e que também sofreu de retinopatia hemorrágica disse em sua análise: "a vontade que define minha família de não admitir as perdas e a verdade dos acontecimentos realmente ocorridos e que nunca foram nomeados talvez tenham me induzido a manifestar em meu corpo a quantidade de carne que dele se desprende em tantos lugares. O lençol sangrento e ulcerado, visível na realidade de algumas partes do meu corpo, é o que eu não conseguia ver no olhar do Outro".

Essa mesma paciente concorda com Zorn ao conectar sua doença somática diretamente à herança familiar. Diz textualmente: "apresentava-se como uma herança que tinha a ver com o protetor, o tranqüilo, o pacificador, e eu pensava que me acalmava. Mas é o contrário, é o horror. Eu acreditava que estava protegida, era um carneirinho. Mas estava cada vez mais arrasada. É uma herança maldita. Lembro-me de um sonho no qual havia aranhas nos ovos, outro em que se viam carneiros mortos". Ela diz ainda que o lema de quem cumpriu o papel de patriarca protetor na sua família era: "eu jogo com dois baralhos, um para ganhar e outro para não perder". Zorn percebe algo parecido no modo como sua mãe não verbalizava qualquer desejo, tendendo a dizer

sempre: "ou este ou aquele". Por exemplo, estarei em tal lugar ou talvez em outro. E conclui: "quando se repete muito 'ou isto ou aquilo', as palavras perdem todo o peso e todo sentido, a língua se decompõe numa massa amorfa de partículas privadas de sentido; nada é sólido e tudo fica irreal".

Como não posso relatar os casos clínicos em seus pormenores, vejo-me obrigada a resumir em termos teóricos alguma coisa do que descobri nesses casos. Falei, no início, de dois tipos de posição com relação à doença somática e aos tratamentos médicos. Em ambas, o que abriu a porta para que esses sujeitos pudessem dizer alguma coisa na análise que se relacionasse com sua implicação na doença ou no tratamento – e é o que têm em comum – foi uma aproximação pela angústia, uma angústia maciça que transbordou neles e os paralisou. Em nenhum dos casos, a angústia foi suscitada pelo encontro com o real do câncer ou pelo diagnóstico fatal comunicado pelo médico.

A angústia surgiu em outras situações, em que se confrontaram com a falta de garantia do Outro, com o fracasso da fachada egóica defensiva. No caso de um sujeito curado de um câncer abdominal, eram ataques de pânico permanentes, quando já se entregara à vida ativa depois da "baixa" causada pela cirurgia e pela quimioterapia de ótimos resultados.

Outra paciente me disse, em relação ao aparecimento de sua angústia: "descubro que o que me aterroriza é viver e não morrer; é diante do que a vida implica que desmonto, me paraliso". Ela mesma diz que sua maneira de funcionar na vida é somente a repetição de como aprendeu a andar. Nunca engatinhou, nunca deu passos titubeantes agarrando-se ao Outro, como fazem os bebês. Passou de estar imóvel e passiva no chão a sair correndo. A fala dessa paciente pode muito bem metaforizar o que todos os casos referidos aqui "fazem com a pulsão", conforme suas fantasias. Não passam pelo Outro, por um caminho significante, mas antes se jogam no campo do Outro *com o corpo, mais do que com uma intenção subjetiva*, que é o que "passa recibo rapidamente com a doença", nos termos de uma paciente. Não querem rodeios lentos pela cadeia significante e suscitam o imediato da incidência do Outro no sentir do corpo.

Durante o trabalho analítico, esses sujeitos foram, pouco a pouco, consentindo em compreender sua história desde as descobertas traumáticas de cenas infantis e atuais, subjetivando sua castração como falta no sujeito e deixando de fazer coisas que antes os mantinham em tensão permanente. Por esse caminho, deixaram para trás irrupções maciças de angústia. O que se mostra muito mais difícil na análise – não do mesmo

modo que nos sujeitos neuróticos, que carregam em seus sintomas "seu ser de verdade" como um modo de gozar do inconsciente – é não subjetivar a mínima castração no Outro como falta que se abre no Simbólico. Uma paciente, que não há mais recidivas neoplásicas, diz: "Sofremos por nossas projeções mentais sobre o outro e não pelo que há no encontro com o outro. A dor cura, fugir da dor realmente me adoeceu". Mas só vê no Outro aquilo de que goza secretamente, em um desejo que exclui qualquer vínculo. Não pode separar desejo e gozo, e não se entretém – um traço comum a muitos desses sujeitos – em conflitos entre desejo e demanda, como o neurótico que passa a vida enrolado nisso. São sujeitos que tanto podem ter o ego esmagador como podem ser esmagados pelas palavras do Outro. Sejam histéricos ou obsessivos, pouco titubeiam no fazer, pouco balbuciam no falar. É como se não houvessem passado por desfalecimentos subjetivos. E é como se não vissem nos outros mais do que vontades, explícitas ou implícitas, que excluem absolutamente o seu próprio ser.

Zorn diz sobre ele e seus pais: "Eu nos compararia a caranguejos ermitões, pela frente lindamente encouraçados e resistentes, mas em conchas vazias que abrigam a parte traseira desnuda, deixando de fora somente a parte anterior". Outra paciente, obsessiva, na qual apareceu um tumor no cérebro, diz que atrás da sua fachada fria, distante – que para os outros parecia esmagadora – há apenas o sofrimento de estar esmagada pela submissão exigida para manter a presença do Outro familiar. Em todos esses sujeitos, a máscara imaginária da autonomia do eu, dura e sem fissuras, foi um meio de se manter resguardado do Outro, materno ou paterno, para não se sentir em meio a uma tempestade e à mercê de suas vontades. Uma proteção ilusória, que esconde apenas seu ser de objeto alheio ao desejo do Outro.

Nos casos que atendo, naqueles em que o trabalho do inconsciente revelou uma estrutura neurótica, os sujeitos perceberam que houve remissão do processo cancerígeno ou da perda de tecido, mostrando-se eficazes os tratamentos quimioterápicos, cirúrgicos ou outros. Alguns, não todos, estão há muitos anos sem recidivas, ainda que já houvesse metástase. Apresentado dessa forma, pode-se entender, equivocadamente, que a psicanálise cura os tumores e as destruições celulares. Mas não, a experiência desses pacientes me ensinou justamente o oposto. As lesões somáticas, uma vez declaradas no organismo, foram curadas pelos tratamentos que a ciência proporcionou aos oncologistas.

Como analista, sustento a aposta de que os tratamentos que deram resultados – inclusive em casos em que se tenham esgotado outros meios e os que ainda estão em fase de experiência – lhes podiam oferecer a cura, e acompanhei pacientes no hospital, com minha presença e com palavras, quando isso me pareceu imprescindível ao vínculo analítico. Não para fazer "maternagem", como outros terapeutas, não analistas, fazem. Sustentei seu desejo de viver, de não se fecharem na doença orgânica, e de *não desistirem*, não deixando que se abandonassem passivamente à morte.

Quando falo do enigma da cura desses pacientes, refiro-me à cura no sentido de que as revisões médicas periódicas, que sigo de perto com o paciente, indicam que não houve reprodução de células neoplásicas ou que outras células não foram destruídas. E são os próprios sujeitos que têm a convicção íntima de que a análise, pelo que modificou em sua posição e pelo que trouxe à luz dos determinantes de sua história e de suas experiências traumáticas, tornou desnecessário que o "mal", de que agora sabem alguma coisa, se produzisse em seu corpo.

Direi que, antes da análise, não podiam se desligar de "ser a libido impossível do Outro" (mais na histeria) ou de "ser uma libido sem o Outro", ancorada em seu eu (mais na obsessão). Sempre no seu corpo em ambos os casos, essa libido, em uma torção em curto-circuito, é um "eros tanático", ou seja, nela esses dois princípios estão suturados, sem dualismo que os oponha. É como se não houvesse uma ida e volta da pulsão em seu circuito, passando pelo Outro. Mas, à diferença dos neuróticos, que fizeram sintoma com suas fantasias, esses outros manifestam tanto sua adesão à fantasia do Outro quanto seu imediato descolamento. E sem a divisão que se expressa nas neuroses em conflito subjetivo. Colocam no imediato do Outro simultaneamente os estragos sobre seu corpo, a abolição de seu próprio ser e um gozo no que fazem, descobrindo assim o decalque mimético deste Outro.

Mostram o psicossomático como uma realização do imaginário: o que está impresso diretamente em seu corpo seria o encontro traumático com o Outro. "Inscrições no corpo para tornar inesquecível o que não foi registrado", disse uma das minhas pacientes que descobriu, pasma e alvoroçada, "o tesouro da enunciação, antes coagulada pelo esmagador no corpo dos enunciados do Outro". A identificação com o parente, mãe ou pai traumático, e a relação direta do sujeito com um objeto sem alteridade são uma identidade por decalque, que não é especular, pois não há inversão simétrica. Os pacientes cance-

rosos que atendi encontram nisso uma presentificação da castração realizando-se no imaginário. Até surgir um limite para o seu imaginado poder fálico fantasístico, mental, que os exauria, até surgir corte, e a significação de serem vulneráveis e de poderem receber algo dos outros. Com o Outro materno, só situam o imediatismo opaco do gozo no corpo ou o ódio. Nunca o amor. Nunca o enigma do desejo, só sua vontade esmagadora.

Zorn começa seu livro com esta afirmação: "É uma sorte que o câncer tenha por fim se declarado. Com o que recebi da minha família em pouco alegre existência, a coisa mais inteligente foi contrair o câncer. Desde que estou doente, estou muito melhor do que antes de adoecer". Em sua vida, há um antes e um depois. *Antes*, a petrificada identificação com o falo morto em um estado de permanente melancolia, em que passava o tempo só, ilhado, escrevendo em um papel "tristeza" e "solidão", e revendo em seu pensamento vez por outra os versos de Martín Codax: *Ai, Deus, se sabe ora meu amigo / Como eu senheira estou em Vigo? Depois* o câncer, "as lágrimas fechadas", mas que não sairão nele, pois em seu livro testemunha a torrente de ódio e não de rios de dor orientados pelo crime que descobriu ser seu à medida que seu linfoma crescia: *o de não ter amado nunca uma mulher*. Zorn, que, sentindo-se heterossexual, nunca tinha tido um encontro sexual com uma mulher, coisa com que sonhava sem conseguir aproximar-se de mulher alguma – outros obsessivos cheios do ódio que os liga à mãe também não, mas nem por isso contraem um câncer – declara que o câncer "é uma doença moral", o mesmo que Lacan diz da depressão.

Outra paciente, obsessiva, diz que seu câncer é a doença que lhe deu enfim "moral" para não continuar a excluir o que é a centelha da vida no mundo, o erótico no encontro com o outro. Nesses pacientes, é como se o ser não houvesse encontrado outro nome que não o de um gozo, através da *equivalência imaginada entre o experimentado eroticamente em seu corpo e o seu ser como objeto absoluto do Outro*. Zorn celebra o câncer como o que por fim deu nome ao mal contido no "Gott" de seu pai, e dos pais de sua mãe e de seu pai. Depois de ter passado pelo *mé funai* (quer dizer, *mais valeria não ter nascido*, de Édipo antes de arrancar seus próprios olhos), afirma-se em seu ser um: "Melhor o câncer do que a harmonia", ou: *Viva a morte!* – Terrível, não?

Nos casos de sujeitos histéricos que temiam mais os tratamentos da doença orgânica que a própria doença, manifesta-se uma forma especial de *reação terapêutica negativa*. Pareciam preferir manter a doença, sem querer saber nada de suas conseqüên-

cias destrutivas na vida real, coisa a que resistem valendo-se de sua fantasia de um corpo intocável, íntegro, no qual chegam inclusive a imaginar o tumor canceroso como algo em uma cápsula, controlado, que não altera as zonas vizinhas de seu organismo. É a *belle indifférence* levada ao extremo. Prevalecem a vontade do sujeito de reinar como Mestre sobre o Outro e sua rejeição a que o corpo obedeça ao significante-mestre. A atitude que esses sujeitos tomam quando se encontram com o real de um tumor canceroso no corpo é resistir ao efeito benéfico dos tratamentos, seja por evitá-los, seja por manifestarem efeitos secundários à quimioterapia, à radioterapia ou à cirurgia que demonstram que "o remédio é pior que a doença".

Nesses sujeitos ancorados na forma da fantasia histérica, encontrei uma "imaginarização do real", ou seja, esses sujeitos vêem nesse tumor, parasita do seu organismo, seu ser pulsional de objeto *a* em sua fantasia do Outro. Uma paciente com várias recidivas de câncer e metástases já declaradas ouviu o médico dizer "Fizemos ela sofrer bastante", ao lhe comunicar o sucesso do resultado biológico das investigações praticadas depois de uma quimioterapia. Ela sentiu um horror que lhe confirmava por que tinha recebido esse tratamento de má vontade, defendendo-se em seu corpo, e o quanto tinha pago em complicações inesperadas e maciças reações adversas a essa quimio. Respondendo a indagações minhas, disse: "Não podia ouvir o que o médico falava do tumor, pois é como se falasse de mim". Há algum tempo, propus que alguns casos de histéricas com doenças orgânicas demonstram, no real, "a repulsa do corpo"[5] do sujeito histérico em "seguir o efeito do significante-mestre"[6], e que, para dissolver a reação terapêutica negativa, a intervenção analítica foi muito saudável, pois deslocou sua fantasia para a vida psíquica, descolando-a do objeto real que o tumor era na vida do organismo.

Para concluir, se bem que o exposto não oferece conclusão alguma sobre o enigma da cura sob transferência de algumas doenças orgânicas, direi que esses casos me ensinam que o assunto da cura é bastante alheio a um "saber fazer com o gozo". "Saber fazer com o gozo" não poderia ser o enganador lema do capitalismo em seu empuxo para o uso perverso da fantasia, ou para o uso auto-erótico dos objetos? O que se transformou nesses pacientes se deve mais a um "desfazer-se" do gozo, a um consentir em "não fazer" com o curto-circuito da pulsão o reduto fechado de um gozo na torre da fantasia, como Sísifo, para desmentir a castração, a falta radical que habita o sujeito e o Outro. Como diz Lacan no fim de *O Seminário, livro 11,*

[5] Gallano. L'hystérique et le refus de corps dans les maladies graves (1996).

[6] Lacan. *El Seminário, libro XVII* (1964, p. 98-9)

algo da "corrente (*chaînon*) do desejo ainda conservado sem a afânase do sujeito" como o que caracteriza o psicossomático tem sido sem dúvida o anel, a corrente, o desejo que os mantém em análise.

Uma paciente, já tratada de seu tumor cerebral, diz: "Querer viver é querer o viver próprio, e não como fiz até agora, um viver mortal para a existência de meus pais ou um viver próprio congelado em uma máscara imperturbável". Esse desejo de vida própria, não cifrado nos significantes do Outro, nem latente em uma determinação inconsciente do sujeito, deu a vários desses analisantes asas a um desejo que não está seqüestrado no corpo, nem colado a um gozo mortífero. Esse desejo, quando decidiram fazer mudanças em sua vida, deu-lhes vitalidade: na emoção de algumas realizações inéditas, embora não sem hesitações, e no vislumbre, não sem gozo, de sinais luminosos de algumas realidades atraentes.

TRADUÇÃO
Angela Lobo de Andrade

REVISÃO
Ângela Mucida
Maria Célia Delgado de Carvalho

referências bibliográficas

GALLANO, Carmen. L'hystérique et le refus de corps dans les maladies graves. *Quarto*. Bruxelas, n. 59, 1993.

LACAN, Jacques. *El Seminário, libro XVII: El reverso del psicoanálisis* (1964). Buenos Aires: Paidós, 1992.

LACAN, Jacques. (1966). Position de l'inconscient. In: *Écrits*. Paris: Seuil, 1966.

LACAN, Jacques. (1967). Proposition de 9 de octobre. *Scilicet*. Paris, n. 1, 1993.

ZORN, Fritz. *Mars*. Paris: Gallimard, 1979.

resumo

O trabalho interroga a incidência da cura analítica em sujeitos afetados pelo câncer em duas vertentes: os que interrogam o enigma de sua enfermidade como psicossomática; e os que, sem abordar em sua análise o real orgânico de sua enfermidade, esperam da análise uma mudança de posição subjetiva diante dos dolorosos tratamentos oncológicos.

abstract

This paper questions the incidence of the analytical cure in subjects affected by cancer in two ways, the ones that question the enigma and their infirmities as psychosomatic, and the ones that, without questioning on their analyses the real organic of their infirmity, hope that the analyses will lead them to a change of subjective position as they go through the painful oncological treatments.

palavras-chave

câncer, corpo, organismo, psicossomática e libido.

keywords

cancer, body, organism, psychosomatic, libido.

recebido

20/02/2005

aprovado

31/03/2005