

---

## SEÇÃO 2

# **GALÁXIA DSM E DESTITUIÇÃO DO SUJEITO**

## TRILHAS E DESCAMINHOS?



---

# CAPÍTULO 6

## **A FALHA EPISTEMO-SOMÁTICA DO DSM-V**

*Gesianni Amaral Gonçalves  
Alexandra Martins*

As lesões visíveis do cadáver não podiam designar  
a essência da doença, que era invisível  
(FOUCAULT, 1977, p.152).

A quinta edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5) é apresentada tendo como principal objetivo melhorar sua utilidade clínica como um guia para diagnósticos confiáveis de transtornos mentais. É nítido o anseio por “diagnósticos plenamente válidos” para cada transtorno classificado no manual, anunciando a que veio: ser referência na classificação dos transtornos mentais, bem como nos critérios utilizados para estabelecer diagnósticos.

Enquanto a ciência dos transtornos mentais evolui a passos largos utilizando “validadores científicos consistentes, sólidos e objetivos” (DSM – 5, 2014, p.6) testemunhados pelo progresso em áreas como neurociência cognitiva, neuroimagem, epidemiologia e genética, apontando para o triunfalismo da psiquiatria biológica, algo parece sulcar essa lógica denunciando uma falha. Uma lacuna reconhecida pela própria força-tarefa que supervisionou esta última edição do manual ao reconhecer que os avanços em pesquisa exigirão alterações cuidadosas e iterativas, ainda que seja com o intuito de que o DSM permaneça como referência na classificação de transtornos mentais:

O DSM precisa evoluir no contexto de outras iniciativas de pesquisa clínica na área. Um aspecto importante dessa transição deriva da constatação de que um sistema categórico demasiadamente rígido não captura a experiência clínica nem importantes observações científicas (DSM – 5, 2014, p.5).

Não parece ser sem consequências a constatação de uma hiância na racionalidade diagnóstica presente no sistema DSM - desenvolvido pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) e adotado também pela Organização Mundial de Saúde na Classificação Internacional de Doenças (CID) -, tendo em vista que a lógica diagnóstica nele presente, como bem lembra Figueiredo (2002), ameaça reduzir a clínica à mera aplicação de condutas prescindindo-se do sujeito e de suas circunstâncias.

Frente ao reconhecimento desse hiato, tributário à comprovação paradoxal de que um diagnóstico plenamente válido amparado por um sistema de classificação excessivamente rígido não esgota a experiência clínica, resta saber: o que falta ou excede à logicidade DSM? Excede em classificação, carece de alocação.

O caráter normativo dessa classificação é fundado em uma forte tendência de se classificar o sofrimento psíquico, dentro de uma lógica nitidamente taxonômica que exclui o sujeito determinado pela linguagem. Esse, em detrimento do direito de narrar sua história, seu mal-estar, seu sofrimento, podendo assim ser alçado à posição de sujeito ao se responsabilizar pelo que fala, é subsumido à posição de objeto de observação.

O método do DSM, pautado pela avaliação e pelos protocolos, estabelece diagnósticos e tratamentos desconsiderando os aspectos subjetivos daquele que sofre e procura alívio para o seu mal-estar. Esse cenário ocasiona o reducionismo da dimensão psíquica e do sofrimento/adoecimento psíquico a desequilíbrios, alterações e distúrbios neuroquímicos do funcionamento cerebral. Como consequência, podemos apontar para uma decadência do raciocínio clínico nesse sistema, conjecturando que a falha acima constatada é compatível com a falha indicada por Lacan (1966) a respeito do progresso da ciência sobre a relação da medicina com o corpo. Daquilo que o psicanalista define como *falha epistemo-somática*, indicando um corte entre o saber da ciência e o desejo do sujeito, apropriamo-nos aqui para nomear a falha na lógica diagnóstica desse manual.

## O NÃO-LUGAR DA MEDICINA NA PSICANÁLISE

Ao comentar sobre “O lugar da psicanálise na medicina”, Lacan (1966) cunha a expressão *falha epistemo-somática* apontando para um erro na relação da medicina com o corpo ao desconsiderar a dimensão do sujeito e do gozo, o

que acarreta no desconhecimento simbólico do ser em relação à sua doença. A indelével atualidade do pensamento lacaniano nesse Colóquio instiga ao questionamento acerca dos efeitos do desenvolvimento técnico-científico, tão presente nos dias que correm, salientando sobre a necessidade de atingir aquilo que realmente nos afeta. São dele as palavras: “vamos nos perguntar sobretudo em que isto concerne àquilo que existe, ou seja, nossos corpos” (LACAN, 1966, p. 11).

Importante destacar, nesse momento, o ponto de vista clínico lacaniano que nos orienta com algumas balizas: a demanda, o desejo e o gozo do corpo que confluem em uma dimensão ética. Sendo a demanda, apontada como a dimensão em que se exerce a função médica e que se difere, às vezes até se opõe àquilo que se deseja, o psicanalista demarca aí a estrutura da falha existente entre a demanda e o desejo. Quanto ao corpo, ele enfatiza sua relação com o gozo dizendo que o gozo é experimentado pelo corpo e que há aí uma tensão, um forçamento (LACAN, 1966). Dessa forma, sustenta que há na relação do sujeito com seu corpo, uma divisão entre o que é consciente e inconsciente. São dele as palavras:

Esse corpo não é simplesmente caracterizado pela dimensão da extensão. Um corpo é algo feito para gozar, gozar de si mesmo. A dimensão do gozo é completamente excluída disto que chamei de relação epistemo-somática. Isto porque a ciência é capaz de saber o que pode, mas ela, não mais do que o sujeito que ela engendra, é incapaz de saber o que quer (LACAN, 1966, p.32).

Para a psicanálise, um corpo deve compor uma cadeia significativa, adequando-se ao gozo. Essas premissas colhidas no ensino de Jacques Lacan e depreendidas da experiência freudiana são úteis para uma compreensão outra do corpo fenomenológico diagnosticado pelo DSM. Esta observação está longe de nos bastar quanto à questão que está em jogo e que fora apontada por Lacan (1966), a saber: a crítica foucaultiana quanto à responsabilidade da medicina na crise ética centrada em torno do isolamento da loucura.

Em *O nascimento da clínica*, Foucault (1977) mostra como se deu a organização do saber médico realizando uma crítica às estruturas políticas e epistemológicas que regem a racionalidade do mundo contemporâneo. O filósofo salienta que o século XIX foi um marco na evolução do saber médico, momento em que a medicina busca legitimar-se pela utilização do método experimental característico das ciências físicas, o que faz com que ela possa se apresentar como medicina científica. Uma grande influência na concretização desse ideal é o trabalho do fisiologista Claude Bernard (1813-1878). Contudo, no final do século XVIII, as observações de Marie François Xavier Bichat (1771-1802), o pai da anatomopatologia moderna, dão início a uma clínica empirista calcada ao

que se apresenta ao olhar, “um olhar que se fixa sobre o campo do corpo”, como menciona Lacan (1966).

No início do século XIX tem-se uma reativação do pensamento classificatório e nosológico calcado no fundamento da observação de superfícies perceptíveis. “Mas como é possível ajustar a percepção anatômica à leitura dos sintomas? Como poderia um conjunto simultâneo de fenômenos espaciais fundar a coerência de uma série temporal que lhe é, por definição, inteiramente anterior?” Esse questionamento de Foucault (1977, p.152) subsiste na crítica feita por Lacan (1966) ao mencionar a passagem da medicina para o campo da ciência com sua exigência experimental.

Ao ater-se somente ao que é dado ao olhar na forma simples de sua existência fenomenológica, o método DSM não pode dizer o que é um encadeamento, um processo na ordem temporal. Ao contrário de uma clínica que escuta os sintomas e procura o corpo derivado do significante, o DSM só perscruta os sinais de um cadáver derivado da anatomofisiologia. Entretanto, a medicina classificatória que prevalece na lógica desse manual é posterior a uma outra leitura clínica apontada por Foucault:

A doença não é mais um feixe de características disseminadas pela superfície do corpo e ligadas entre si por concomitâncias e sucessões estatísticas observáveis; é um conjunto de formas e deformações, figuras, acidentes, elementos deslocados, destruídos ou modificados que se encadeiam uns com os outros, segundo uma geografia que se pode seguir passo a passo (FOUCAULT, 1977, p.155).

A clínica apontada acima implicava um sujeito decifrador que através do seu dizer ordenava e definia parentescos. Em contrapartida, o filósofo pontua que a partir do momento em que o olhar científico se dirigiu ao corpo do paciente, estabeleceu-se uma reformulação no nível epistemológico e não ao nível dos conhecimentos acumulados. Trata-se de um acontecimento que atingiu a disposição do saber, uma vez que os conhecimentos na medicina anátomoclínica não se formam segundo as mesmas regras da clínica anterior. Foucault refere-se a uma mudança de jogo, agora com novas regras: o novo método substitui o das identidades sintomáticas. De tal modo que “o grande corte na história da medicina ocidental data precisamente do momento em que a experiência clínica tornou-se o olhar anátomoclínico” (FOUCAULT, 1977, p. 168).

Com Bichat e seus sucessores a problemática se voltou mais para o futuro da doença, do que para o seu passado. A nova episteme médica cria uma técnica que artificialmente faz aparecer um signo onde não há sintoma: “O olhar médico não se dirige ao corpo concreto, mas aos signos que diferenciam uma doença da

outra” (FOUCAULT, 1977, p. 7). A semiologia deixa de ser uma leitura para se tornar um conjunto de técnicas que constitui aquilo que o filósofo denomina de *anatomia patológica projetiva*. Para a anatomia patológica de Bichat “o que não está na escala do olhar se encontra fora do domínio do saber possível” (FOUCAULT, 1977, p. 191). Não é exatamente isso o que Lacan denomina de *falha epistemo-somática*?

## ENTRE SINAIS, SIGNOS, SIGNIFICANTES E SINTOMAS

Nos manuais de Psicopatologia encontramos facilmente a definição de semiologia, como área do conhecimento que estuda os sinais e sintomas das enfermidades, constituindo uma ciência geral dos signos. Eco aponta que “na virada do século em que a semiótica se afirmou como disciplina, assistimos a uma série de declarações sobre a morte ou, no melhor dos casos, a crise do signo” (ECO, 1991, p. 15). Para o autor, o signo foi submetido a uma extinção silenciosa ao longo de dois mil anos.

A história da criação e utilização dos signos, a significação produzida na dinâmica das interações do humano, passou por vários períodos. O Clássico com Plantão (428/347 a.C.), Aristóteles (384-322 a.C.) e os Estoicos (Zenão de Cítio, séc. III, a.C.); o medieval, com Aurelius Augustinus (345-430 d.C.); Racionalismo, com Descartes (1596-1650) e Leibniz (1646-1716); Empirismo Britânico, com John Locke (1632-1704) e o Iluminismo Francês, com Diderot (1713-1784). Sendo a semiologia uma ciência fortalecida no século XX, com seus fundadores Ferdinand de Saussure (1857-1913) e Charles Sanders Peirce (1839-1914).

Barthes (2001) assinalou que a semiologia proposta por Saussure foi desenvolvida por outros cientistas que examinaram o termo substituindo-o por semiótica, tratando dessa forma de “uma ciência dos signos que não é a da linguagem articulada” (BARTHES, 2001, p. 234). Isso para diferenciar a semiologia de origem linguística da semiologia médica.

No “Dicionário internacional de psicanálise” encontra-se um questionamento sobre o que poderia ser uma semiologia psicanalítica, considerando que a psicanálise: “parece escapar totalmente a toda a semiologia útil no processo de cura. Mas a metapsicologia, que teoriza sua experiência e justifica sua abordagem, não deixa de oferecer uma ordem semiológica que lhe é específica e conveniente em certas situações” (MIJOLA, 2005, p. 1702). O autor segue afirmando que a metapsicologia tem relevante valor, e aponta:

Numa situação de exame, ela é útil para se avaliar a estrutura e o funcionamento psíquico, e propor a indicação das modalidades terapêuticas. As capacidades associativas, no decorrer da entrevista, ou suas diversas transformações, as maneiras defensivas do recalque, do desmentido, da projeção etc., a expressão dos afetos, as formulações regressivas, são outros tantos elementos que podem constituir um sistema de signos para a avaliação das manifestações do inconsciente e de sua dinâmica na organização e funcionamento das instâncias psíquicas. (MIJJOLA, 2005, p. 1703)

Ainda em face à semiologia, para a psicanálise, sabemos que a linguística estrutural, oriunda de Saussure, teve influência relevante sobre Jacques Lacan. Desta feita, a psicanálise na concepção lacaniana não se reduz somente à teoria do significante, tendo se ocupado, em determinados momentos, com o valor do signo. O psicanalista, se esforçou para sustentar a dimensão do psiquismo e sua submissão a linguagem.

Apontaremos algumas ideias de Lacan a respeito da noção de signo, de sinal e do significante. Antes, porém, é interessante ter ciência da noção de sintoma proposta por Barthes (2001), contemporâneo do psicanalista, ao afirmar que: “em face ao sintoma, o signo que faz parte da definição da semiologia médica seria no fundo adicionado, suplementado pela consciência organizadora do médico” (p. 236). Para o autor, “o signo denuncia, define ou pronuncia, mas também anuncia; direi, portanto, que, se o sintoma pertence à substância do significante, o signo pertence de maneira muito grosseira à forma do significante ou implica, em todo caso, a forma do significante” (BARTHES, 2001, p.237).

Lacan (1972-1973/1985) ressalta a diferenciação entre signo e significante. O autor afirma que o significante representa o sujeito para outro significante e questiona: “do que é que se trata o signo?” (p. 68). Responde exemplificando que onde há fumaça há fogo, ou seja, a fumaça é signo do fogo, e que essa pode ser também signo do fumante: “o signo não é portanto, signo de alguma coisa, mas de um efeito que é aquilo que se supõe, enquanto tal, de um funcionamento do significante” (LACAN, 1972-1973/1985, p. 68). Em outro momento afirma que “o destino do sujeito humano está essencialmente ligado ao sua relação com seu signo de ser, que é objeto de toda sorte de paixões e que presentifica, nesse processo, a morte” (LACAN, 1957/1988, p. 266).

Destacando a diferença entre o simbolismo estruturado na linguagem do simbolismo natural, o autor lembra que todo fenômeno que participa do campo analítico apresenta a duplicidade essencial do significante e do significado: “o significante tem aí sua coerência e seu caráter próprios, que o distinguem de qualquer outra espécie de signo” (LACAN, 1956/1981, p.192). Compreendemos com suas elaborações que há uma significação natural, qual seja, o sinal. Tal



como o sinal biológico, ilustrado pelo autor pela cor vermelha da plumagem do pássaro Pintarroxo, temos o sinal, ou melhor, os sinais indicativos de distúrbios e transtornos mentais utilizados como critérios diagnósticos pelo DSM.

Retomando o raciocínio de Lacan, vemos que esse sinal natural não necessita do reconhecimento do Outro para existir. Em outro exemplo, ele menciona o rasto na areia para traçar a distinção entre o sinal e o objeto: “o rasto é justamente o que o objeto deixa” (LACAN, 1956/1981, p.192). Seria essa uma distinção possível entre o sinal e o sintoma? Sendo que o significante se distingue do sinal poderíamos admitir que o sinal está para a relação imaginária assim como o sintoma para a relação simbólica. O sintoma fala em sua significância, ele é dirigido a um Outro, diferentemente do sinal que pouco diz.

O DSM se baseia em signos, no sentido de um sinal provido de significação. Assim sendo, na semiologia médica a febre pode ser um sinal/signo de infecção. Lembramos com Dalgalarondo que “a semiologia médica e a psicopatológica tratam particularmente dos signos que indicam a existência de sofrimento mental, transtornos e patologias” (2008, p. 24). Para Foucault (1977), a racionalidade da ciência médica não só muda o conceito de sintoma para signo, o qual deve ter significado para o médico, como dá início à apreciação estatística das manifestações clínicas.

Na definição foucaultiana encontramos o signo desempenhando um papel de desvio: “ele não é mais o sintoma falante, mas aquilo que substitui a ausência fundamental de palavra no sintoma” (FOUCAULT, 1977, p. 182). Como herança iluminista, a clínica médica passa a ser regida pela observação, sendo o olhar do médico prevalecente em detrimento do sujeito que deve ser subtraído com suas qualidades particulares em prol do conhecimento da doença.

Salientando a relevância desse momento da constituição do saber médico, Foucault afirma que as descobertas de Bichat “não podiam designar a essência da doença, que era invisível” (1977, p. 152), essa concepção leva ao surgimento de novas tecnologias e práticas sobre os corpos dos indivíduos, todas pautadas em uma análise minuciosa do olhar sobre o doente. Essa clínica do olhar se utiliza de signos e sinais capazes de determinar a doença do indivíduo desconsiderando a dimensão do sintoma.

Os signos de maior interesse para a psicopatologia são os sinais comportamentais objetivos, verificáveis pela observação direta do paciente. Neste contexto, os signos podem ser lidos como sinais que, por sua vez, são definidos como “dados elementares das doenças que são provocados (ativamente evocados) pelo examinador” (DALGALARRONDO, 2008, p. 24).

Os signos médicos, para Clavreul (1978), são anteriores à linguagem, não dependem da língua falada nem pelo médico e nem pelo doente para existir. Os signos (sinais) médicos não obedecem às leis da linguística, eles se agrupam em síndromes e não em sintagmas ou em paradigmas. Assim sendo, percebe-se que o sujeito é suprimido pelo saber médico, uma vez que o paciente nada sabe dizer sobre o mal-estar que lhe acomete, eliminando assim a dimensão da linguagem.

Com o surgimento da psicanálise ocorre uma mudança que questiona a clínica do olhar, baseada somente nos fenômenos observáveis em detrimento dos aspectos subjetivos. Vemos surgir uma clínica da escuta na qual o psicanalista, operando através da transferência, não trabalha como um leitor de fenômenos e sim como nomeador de um modo de incidência do sujeito na linguagem (FIGUEIREDO; MACHADO, 2000). Nesta perspectiva clínica, o diagnóstico passa a ser estrutural e não mais fenomenológico. “Por diagnóstico estrutural podemos entender como um diagnóstico que se dá a partir da fala dirigida ao analista, logo, sob transferência, onde os fenômenos vão se orientar com referência ao analista como um operador e não como pessoa” (FIGUEIREDO; MACHADO, 2000, p.67). Na clínica da escuta psicanalítica, o sintoma se articula ao conceito de inconsciente, como uma instância que vem demarcar justamente a imprecisão, o fato de que o sujeito é regido por causas muitas vezes desconhecidas, fatos que o podem levar, por exemplo, ao vazio de um corpo.

## O CORPO EM CENA

Ao atuar em hospital geral e diante nossa experiência clínica em que testemunhamos as influências e efeitos do psiquismo no somático, interrogamo-nos sobre o estatuto do corpo e do sintoma na psicanálise e suas interfaces com o campo médico. A hegemonia do discurso científico representado pela medicina com seu paradigma organicista, juntamente com a demanda social por medicamentos para aplacar as diversas formas de sofrimento, confronta-nos, enquanto psicanalistas, com a necessidade do estudo das etiologias no campo psicopatológico e com a importância do diagnóstico de linguagem, temas usualmente desconsiderados pelos manuais de classificação de doenças.

Na prática clínica psicanalítica em hospital, testemunhamos várias modalidades de sofrimento no corpo que se apresentam anterior ao dizer dos sujeitos em questão. Nessa experiência, o encontro com os efeitos de perda de controle imaginário dos sujeitos e seus sintomas colocam o corpo em cena tanto em sua relação ao desejo como com o gozo. Em seu livro “Adeus ao Corpo”, Le Breton (2003) evidencia o corpo como um estética de presença e ressalta:

[... ] examinaremos o corpo vivido como acessório de pessoa, artefato de presença, implicado em uma encenação de si que alimenta uma vontade de se reapropriar de sua existência, de criar uma identidade provisória mais favorável. O corpo é então submetido a um design às vezes radical que nada deixa inculto (*body building*, marca corporal, cirurgia estética, transexualismo, etc). Colocado como representante de si, ceppo de identidade manejável, torna-se afirmação de si, evidência de um estética da presença (LE BRETON, 2003, p. 22).

Na presença dos corpos, o analista diante dos casos, um a um, testemunha esse sujeito em particular e sua resposta, o sintoma anoréxico. Esse sujeito que fala, uma mulher jovem, ainda na puberdade, identifica seu corpo de modo singular, em seu próprio discurso, como *um corpo saudável*, contrário ao que vê os coadjuvantes dessa cena (familiares) e os representantes da clínica médica.

Diante da analista, essa mulher não diz *nada* sobre seu transtorno psíquico identificado pela clínica médica, mas é claro que diz alguma coisa; fala do seu estilo particular de subjetivação: *não sinto nada, não tenho nada*. Mantém-se negando aos médicos qualquer tipo de sofrimento físico ou psíquico. Ao ser questionada pela equipe sobre seu estilo de vida, reforça sua disposição em manter uma *vida saudável e comer alimentos saudáveis*. Quando interrogada, no lugar da fala não tem nada a dizer, o que se reproduz é a nível do corpo.

André aponta a questão: “não temos ideia do ‘Gozar-se’ do corpo, senão indiretamente, pelo imaginário que projetamos sobre os animais ou as plantas, ou por uma dedução lógica, a partir da linguagem” (ANDRÉ, 1998, p. 235).

Stella, nome fictício que daremos à paciente, permanece sentada, em um leito de hospital geral, usando seus óculos de grau, cadavérica, lendo diariamente seus livros como se estivesse na sala de sua casa. Uma indiferença que faz da sua presença um enigma. Realiza com rigor as orientações médicas, contando as calorias dos alimentos que aceita comer, mas não todos, a maioria recusa.

Diante das solicitações de Stella, a mãe se cala, porém na possibilidade da morte do corpo, quando Stella apresenta uma crise convulsiva grave e seu corpo evidencia a eminência da morte, a mãe se desespera, agarra o corpo estendido no leito, chora e grita enlouquecidamente. Em seguida, se acalma e se mantém passiva, mas antes de se calar relata à analista a morte do pai da jovem, quando esta tinha 2 anos de idade.

Lacan propõe três tipos de complexos familiares, a saber: o *Complexo de Desmame*, no qual está em jogo a relação entre a mãe e a criança, o *Complexo de Intrusão*, que ocorrerá entre a mãe e a criança no nível imaginário e o *Complexo de Édipo*, triangulação que comporta a relação entre a mãe, a criança e imagem paterna (LACAN, 2008). Três complexos onde a perda e a falta se incluem. A

castração resultante do Édipo se refere a uma falta decorrente de uma perda primordial, que faz com que o sujeito deseje, via demanda, colocando a estrutura em movimento. Lacan no “Seminário, livro 10: a angústia” (1962-1963/2016) amplia essa questão quando diz que sem a falta, o sujeito não pode vir a ser.

Nas ameaças da morte empírica, do desaparecimento do corpo, Stella poderia fazer uma questão, mas se mantém silenciosa, enclausurada em seu sintoma, sem *nada* querer dizer e *nada* comer. Sacrificando a si mesma, na vantagem de um gozo corporal não regulado pela função fálica?

Em outro serviço já havia sido analisada por um psicanalista de referência. É feito um contato com esse profissional, informado pela paciente, para discussão do caso. Ele diz se tratar de um caso crítico, no qual não há mais o que fazer e que a internação clínica ajudará no controle dos sintomas físicos graves. Sem sucesso no contato, segue-se a assistência com desejo da analista de que sua função ofertada possa ser aceita, enfatizando a manifestação do inconsciente.

Lacan (2008) enfatiza que o complexo do desmame fixa no psiquismo a relação da alimentação que funda os sentimentos mais arcaicos e mais estáveis que unem o indivíduo à família. A Jovem Stella disse ao médico a seguinte frase sobre sua mãe: *não adianta ‘nada’ falar com minha mãe, ela sempre cede a todas as minhas solicitações*. Nessa situação, o Outro materno apresenta-se sem deixar margem para que o lugar da falta possa ser criado, responde rapidamente às demandas como necessidades, sem deixar espaço para o desejo. Sem a falta, o sujeito não pode vir a ser, é a dialética do desejo, porque é um desejo que visa separação. Stella suporta os signos de indiferença e desânimo da mãe *deprimida*, dizendo ao médico que não há *nada* a fazer. A paciente atua com a recusa para encontrar uma resposta que confirme sua posição de gozo.

André (1998) ressalta que “o que a mulher demanda é subjetivar esse parte insubjetivável de si própria que representa seu corpo” (ANDRÉ, 1998, p. 248). A mulher busca um significante que a designe e não encontra. Trata-se da mulher “descompletada” como descreve o autor, na ideia de um gozo do corpo como tal, ou de um gozo especificamente feminino, um efeito do significante.

O corpo é um produto da linguagem; o gozo do corpo é um produto da fala. A natureza, em suma, não pré-existe à cultura: as células, os átomos, os protídeos, os lípidios estão lá, sem dúvida, antes da linguagem, ou seja, a partir do momento em que o significado de um corpo, como entidade, vem se formular. Se o significante nos interdita ao acesso ao corpo como tal, se ele o expulsa para fora do campo daquilo de que podemos, como sujeitos, gozar, ele está no entanto, na origem desse corpo e do gozo que lhe é suposto; numa palavra, é o significante que cria o corpo ao mesmo tempo em que o interdita. Esta contradição decorre do conflito, interno à ordem simbólica, entre

Um e o Outro, entre a exigência da unidade e a da alteridade. Seria preciso fazer Um e o Outro... mas em caso de êxito, não haveria mais Outro, e em caso de fracasso, é a unidade que se apaga. (ANDRÉ, 1998, p. 238).

O corpo de Stella presentifica, com sua natureza anatômica, um apelo ao laço social através de um corpo que se põe como objeto de olhar para o outro, e ao campo da ciência, com um corpo desfigurado pela magreza extrema. Lacan (1963/2005) considera verdadeiro o termo de Freud (1924/1980) de que a “a anatomia é o destino” quando atribui ao termo a função do corte. Ele diz: “tudo o que sabemos de anatomia está ligado, de fato, à dissecação. O destino, isto é, a relação do homem com essa função chamada desejo (LACAN, 1963/2005, p. 259).

A Jovem Stella se nomeia saudável, mas está identificada a quê? Ao pai “literalmente” morto? Bauman resume que “identificar-se com... significa dar abrigo a um destino desconhecido que não se pode influenciar, muito menos controlar” (BAUMAN, 2005, p. 36). Uma identificação fora do registro das significações. Uma instância que se postula sobre a sua própria ruína, sem ao menos ter consciência disso por não saber e se a ver com o que diz sobre seu sintoma.

Na clínica contemporânea, a descrição psiquiátrica desses casos de emagrecimento importantes, devido a fatores mentais, são incluídos em quadros patológicos no DSM-V como *Transtornos Alimentares* e são tratados pela clínica médica em decorrência da gravidade da evolução da doença e do risco de mortalidade. Profissionais de saúde mental também são convocados a tratar esse sujeito revestido por um corpo aparentemente “mortificado” e paralisado pela doença. O analista nessa cena busca encontrar algo que não se esgota na aparência desse corpo aparentemente passivo à vida e sim investigar a dimensão do gozo marcado por certas coordenadas ao campo do outro. No entanto, tomar a anorexia como um recurso do sujeito face aos impasses do encontro com o desejo do Outro parece não dar conta de alguns casos.

A esse respeito, Lacan aponta:

É o que demonstra o discurso analítico, no que, para um desses seres como sexuados, para o homem enquanto que provido do órgão dito fático – eu disse *dito* -, o sexo corporal, o sexo da mulher – eu disse *da mulher*, embora justamente não exista *a* mulher, a mulher *não é toda* – o sexo da mulher não lhe diz nada, a não ser por intermédio do gozo do corpo. (LACAN, 1972-1973/1985, p. 14).

Esse sujeito anoréxico se dissolve no campo onde ele não é mais ele, no campo do Outro onde não há representação. Uma mulher destinada à morte empírica provocada e antecipada por seu sintoma. A morte como figura representada

em seu corpo, como destino que coincide com a dissolução dos semblantes fálicos porque escapam a sua mediação. Situado na ordem fálica, marcado pela castração, o sujeito feminino também possui uma relação com o corpo e com o gozo sem sentido, que não reconhece os limites da função fálica, que nada pode dizer desse gozo porque nada sabe sobre ele a não ser na experiência com seu próprio corpo.

Lacan estabeleceu que as mulheres estão a toda na função fálica: “não é porque ela é não-toda na função fálica que ela deixe de estar nela de todo. Ela está lá a toda. Mas há algo mais” (LACAN, 1972-1973/1985, p. 100). O autor ainda acrescenta: “Há um gozo dela, desse ela que não existe e não significa nada” (p. 100). Se não há significante do sexo feminino, o gozo feminino não nos esconde o que ele tem de inatingível de não ter nada a nos dizer sobre a sua verdade.

Podemos apontar estratégias de sujeitos com sintomas anoréxicos que se apresentam na clínica como recursos face aos impasses do encontro com o desejo do Outro. Uma delas, como propomos aqui, seria estabelecer uma exceção, privilegiando o lado feminino. Há consentimento desse sujeito com o gozo suplementar, com o gozo Outro ou trata-se de não-todo característico da posição feminina, uma histeria grave, ou uma psicose ordinária?

Enfim, casos como esse, vistos e revistos na prática hospitalar, mostram que nem tudo se sabe sobre o sofrimento humano. Ferindo a lógica DSM constituída com a pretensão à universalidade e, por outro lado, proponente de um conjunto de diagnósticos, ordenados em grandes campos. A diferença de concepção acerca do sofrimento psíquico que há entre um psicanalista, que parte da premissa do inconsciente (e, portanto, de um intangível atrelado ao humano) e um psiquiatra, que enxerga no sofrimento uma doença fundada em um desequilíbrio dos neurotransmissores, indica perspectivas epistemológicas muito díspares, usualmente inconciliáveis, ainda que isto não impeça, necessariamente, a possibilidade de comunicação entre distintos saberes (ALBERTI; FIGUEIREDO, 2006). Por outro lado, é importante reconhecer que estas diferenças epistemológicas enquanto tais podem ser ricas e profícuas quando não tomadas por uma concepção excludente, mas abertas ao diálogo e à perspectiva multidisciplinar.

A partir do método psicanalítico de observação, Freud (1914/1980) afirma: “aprendi a sofrer inclinações especulativas e, seguindo o inolvidável conselho de meu mestre Charcot, a examinar e reexaminar as coisas até que elas comesçassem a falar” (p. 266). Nessa perspectiva, na experiência com pacientes que apresentam uma intensa dificuldade de falar de si, as palavras por eles ditas são confundidas com seus corpos doentes. No desenvolvimento da linguagem, do

corpo, as “coisas” falam, e o hospital parece ser o único lugar acolhedor daqueles que não conseguem pronunciar com categoria suas próprias palavras e conduzir seus corpos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTI, Sônia; FIGUEIREDO, Ana Cristina. (orgs.). **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

ANDRÉ, S. **O que quer uma mulher?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BARTHES, Roland. **A aventura semiológica**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

BAUMAM, Z. **Identidade: entrevista a Benedetto Vecchi/ Zygmunt Bauman**; tradução: Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

CLAVREUL, J. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Brasiliense; 1978.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ECO, H. **Semiótica e a Filosofia da Linguagem**. São Paulo: Editora Ática, 1991.

FIGUEIREDO, Ana Cristina; MACHADO, Ondina Maria Rodrigues. O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura. **Revista Ágora**. V. 3, p. 65-86, 2000.

FIGUEIREDO, Ana Cristina; TENÓRIO, Fernando. O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. **Revista latino-americana de psicopatologia fundamental**. V.1, p. 29-43. 2002.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

FREUD, S. Contribuições à história do movimento psicanalítico (1914-1916). In.: \_\_\_\_\_. **Contribuições à história do movimento psicanalítico e outros textos**. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard brasileira das obras psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. 14).

FREUD, S. O sentido dos sintomas (1916-1917). In.: \_\_\_\_\_. **Conferências Introdutórias sobre Psicanálise** (Parte III). Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard brasileira das obras psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. 16, pp. 305-322).

LACAN, J. A questão histórica (1956). In: **O seminário livro 3: as psicoses**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1981.

LACAN, J. O lugar da psicanálise na medicina (1966). **Opção lacaniana**, n. 32. Tradução de Marcus André Vieira. Dezembro, 2001.

LACAN, J. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. (1957). In.: \_\_\_\_\_. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

LACAN, J. O Desejo e o Gozo. (1958). In.: \_\_\_\_\_. **O Seminário, livro 5: As Formações do Inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

LACAN, J. As cinco formas do objeto pequeno a. (1963). In.: \_\_\_\_\_. **O Seminário, livro 10: A Angústia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

LACAN, J. **Os complexos familiares na formação do indivíduo: ensaio de análise de uma função em psicologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

LACAN, J. Do gozo. (1972-73/1985). In.: \_\_\_\_\_. **O Seminário, livro 20: mais, ainda**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.



LE BRETON, David. **Adeus ao Corpo: Antropologia e Sociedade**. Campinas: Papirus, 2003.

MIJOLLA, A. **Dicionário Internacional de Psicanálise: conceitos, noções, biografias, obras, eventos, instituições**. Trad. Alvaro Cabral. Rio de Janeiro: Imago, 2005.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5). Associação Americana Psiquiátrica (APA). Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento. Porto Alegre: Artmed, 2014.

## **SOBRE OS AUTORES**

**Gesianni Amaral Gonçalves:** Doutoranda/UFMG em Estudos Psicanalíticos, na linha de pesquisa Conceitos Fundamentais em Psicanálise e Investigações no Campo Clínico e Cultura, mestre em Psicologia/PUC Minas. Docente da UEMG/Unidade Divinópolis e da UNA. Campo de pesquisa atual: corpo, sintomas e condução do tratamento.

E-mail: gesianni@terra.com.br

**Alexandra de Oliveira Martins:** Doutoranda/ PUC Minas em Psicologia, linha de pesquisa Processos Psicossociais, mestre em Psicologia pela UFMG. Coordenadora do serviço de Psicologia do Biocor Instituto. Docente do curso de Pós-graduação em Psicologia Hospitalar da Santa Casa de Belo Horizonte.

E-mail: aleclara@ig.com.br

