

ENCORE... ALÉM DO PRINCÍPIO DE PRAZER: TRAUMA, REAL E ACONTECIMENTO DE CORPO

Gesianni Amaral Gonçalves ; Cristina Moreira Marcos 

Gesianni Amaral Gonçalves ¹

Pós-doutora em Processos de Subjetivação pela PUC Minas, doutora em Estudos Psicanalíticos pela UFMG. Docente efetiva da Universidade do Estado de Minas Gerais/UEMG. Divinópolis/MG.

Cristina Moreira Marcos²

Doutora em Psicopatologia Fundamental e Psicanálise pela Universidade de Paris 7. Mestre em Psicanálise pela Universidade de Paris 8. Docente Permanente do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Psicologia da PUC Minas. Belo Horizonte/MG.

¹ Universidade do Estado de Minas Gerais/UEMG. Divinópolis/MG, Brasil.

² Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte/MG, Brasil.

Resumo: Este texto parte da articulação do seminário *Encore*, de Jacques Lacan, com o texto *Além do princípio de prazer*, de Sigmund Freud, em que problematizamos os modos de gozo envolvidos na constituição dos sintomas que afetam o corpo evidenciando um excesso pulsional desvinculado de uma representação. Essa interlocução avançará por meio de uma sucinta revisão do trauma, perpassando o real lacaniano e a clínica do excesso que dele resulta, a fim de circundar uma direção do tratamento nessas modalidades sintomáticas.

Palavras-chave: clínica do excesso; trauma; real; acontecimento de corpo.

Abstract: Encore... Beyond the pleasure principle: trauma, reality and body event. This text is part of the articulation of Jacques Lacan's *Encore* seminar, with the text *Beyond the Pleasure Principle*, by Sigmund Freud, in which we problematize the modes of enjoyment involved in the constitution of symptoms that affect the body, highlighting a drive excess unrelated to a representation. This dialogue will advance through a succinct review of the trauma, going through the Lacanian reality and the clinic of excess that results from it, in order to outline a direction for treatment in these symptomatic modalities.

Keywords: clinic of excess; trauma; Real; body event.

DOI - <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4414-2024-279581>

Quanto ao sujeito do inconsciente, ele engrena sobre o corpo.
(LACAN, 1973-1974/2018).

Encore... Além do princípio de prazer: trauma, real e acontecimento de corpo é um título que busca evidenciar a articulação do seminário de Jacques Lacan com o texto de Sigmund Freud. A opção foi não traduzir o termo *Encore*, que é o título dado por Lacan ao seminário por ele conduzido de 1972 a 1973, com vistas a destacar algo que insiste, “ainda mais”, além do princípio do prazer. O advérbio *encore* possui diversos significados na língua francesa, sendo que alguns aparecem no discurso de Lacan coadunando com o sentido de ainda – marcando a persistência de uma ação ou de um dado momento – ou com o sentido de “mais um”, “um outro”, “uma vez mais”, “ainda mais” – marcando uma ideia de repetição. Sabemos que é essa a ideia que o psicanalista busca evidenciar, com o uso desse termo, em relação ao gozo (Lacan, 1972-1973/2010, p. 11). É também este o uso que fazemos do termo ao nomear esse trabalho, vinculando o caráter perene de um acontecimento de corpo à natureza pulsional que impõe a repetição, fixando o sujeito em ilhas de gozo.

Destacamos, no texto *Além do princípio de prazer* (1920), a presença de um funcionamento do qual, mesmo na repetição de uma situação traumática, é possível extrair prazer. Prazer paradoxal que provém de outra fonte, além do princípio já conhecido, podendo ser compreendido, *a posteriori*, como um modo de gozo, esse muito presente nos sintomas psíquicos que afetam o corpo, evidenciando um excesso pulsional desvinculado de uma representação. Sabendo que Freud chamou o núcleo traumático do sintoma de *Além do princípio de prazer* (1920/1980) e Lacan (1975-1976/2007) o chamou de *Coisa*, depois de objeto *a*, e, posteriormente, de *pedaço de real*, compreendemos que esse núcleo traumático está na base da constituição dos sintomas contemporâneos.

Propomos a articulação conceitual entre a teoria do trauma desenvolvida por Sigmund Freud, o conceito de real criado por Jacques Lacan e a noção contemporânea de *clínica do excesso*, desenvolvida por Domenico Cosenza (2020), com vistas a problematizar implicações clínicas na escuta analítica e seus desdobramentos no processo terapêutico.

Desamparo, trauma e traumatismo

Se, para Freud, o viver em sociedade limita nossas satisfações, Lacan, por sua vez, alude que a perda de gozo não se deve à sociedade, mas ao fato de sermos seres falantes, sinalizando para um encontro traumático com a linguagem. Todavia, esse mesmo discurso, que é fonte de sofrimento, é também de tratamento para as dores da existência. Como bem sinaliza Soler: “[...] maldição que o discurso, antes, modera” (2021, p. 25). Se a palavra (mal)dita pode adoecer é também a palavra que pode libertar, reiterando que o método psicanalítico é um tratamento baseado na fala. É a partir da escuta de muitas falas, prenes de sofrimento, que extraímos da experiência clínica a presença da dimensão do trauma e seus efeitos nas subjetividades contemporâneas.

Freud se refere, em *Além do princípio de prazer* (1920/1980), à energia pulsional que é transferida para o corpo como último recurso capaz de conter o transbordamento de excitações no psiquismo. Articulamos as ideias apresentadas por ele naquele texto com a noção lacaniana de acontecimento de corpo (Lacan, 1979/2003), constatando o termo que Freud utiliza para se referir ao trauma. Neste momento de sua obra, ele examinara a questão relativa à transferência da energia pulsional para o corpo a partir da distinção entre dor física e o trauma, vinculando trauma e *acontecimento*. Ouçamos:

Um acontecimento como um trauma externo está destinado a provocar um distúrbio em grande escala no funcionamento da energia do organismo e a colocar em movimento todas as medidas defensivas possíveis. Ao mesmo tempo, o princípio do prazer é momentaneamente posto fora de ação. (Freud, 1920/1980, p. 45).

Vemos que um acontecimento traumático é capaz de sobrepujar o princípio do prazer explicitando uma compulsão à repetição; essa que antes fora ligada apenas ao campo transferencial, mas que agora tem sua força propulsora baseada na pulsão de morte. Ao analisar os sonhos traumáticos, Freud percebe que existe algo mais primitivo, independente do princípio de prazer, constatando que o ser humano repete compulsivamente situações que causam desprazer, ou seja, o sujeito repete inconscientemente o que lhe causa dor e sofrimento. Como destaca Jorge (2021, p. 482), o *Além do princípio de prazer* apresenta um lugar preciso na construção teórica freudiana, dado que expande a visão do autor sobre o inconsciente lançando sobre a clínica novas ideias que possibilitam demarcar certos fenômenos até então não abordados. Trata-se de constatações clínicas referentes às neuroses traumáticas, que explicitam a repetição, via sonhos ou lembranças diurnas de episódios penosos vivenciados pelos pacientes. Tais fenômenos possuem em comum a compulsão à repetição, que não se subordina ao princípio do prazer.

Acerca dos efeitos do trauma, Freud (1920/1980) se refere a um excesso de energia pulsional que é transferida para o corpo como último recurso capaz de conter o transbordamento de excitações no psiquismo. A dor seria uma efração do escudo protetor em área limitada e o trauma, uma efração em grande extensão. A respeito desse último, Freud comenta: “Descrevemos como traumáticas quaisquer excitações providas de fora que sejam suficientemente poderosas para atravessar o escudo protetor” (Freud, 1920/1980, p. 45). O analista está em busca de compreender o que ocorre nos casos que contradizem a dominância do princípio de prazer e o trauma parece ser o fator capaz de lançar luz à questão. Nas situações traumáticas, o princípio de prazer é posto fora de ação, assim, o conceito de trauma conduz a uma ruptura da barreira contra os estímulos.

Quando a ideia de realidade psíquica e o papel desempenhado pelas fantasias inconscientes passam a ser mais valorizados em sua escrita, Freud substitui a *neurótica* pela teoria da fantasia traumática de sedução. Contudo, na base do traumático,

a sexualidade continua presente, não mais assentada na ideia de que uma sedução de fato ocorrera, mas embasada na noção de realidade psíquica, ou seja, do efeito da fantasia na constituição do sintoma. A teoria do trauma concebida em dois tempos permanece, mas com uma diferenciação no material em que os tempos incidem. Esse material refere-se à experiência de coisas que são escutadas e que a princípio não se ligam a sentido nenhum; este só chega mais tarde (*après coup*), produzindo as fantasias. Vemos que o fator traumático nunca fora abandonado por Freud, passando a ter uma noção mais abrangente e incluindo outros aspectos. A prova disso é que, em um dos seus últimos textos, ele retoma o assunto, demonstrando que nunca renunciou ao caráter traumático na etiologia das neuroses. Retomemos sua pena: “Denominamos traumas aquelas impressões, cedo experimentadas e mais tarde esquecidas, a que concedemos tão grande importância na etiologia das neuroses” (Freud, 1939/1980, p. 91). O autor enfatiza que a gênese da neurose invariavelmente remonta a impressões primitivas da infância e reitera: “Nossas pesquisas demonstraram que aquilo que chamamos de fenômenos (sintomas) de uma neurose são o resultado de certas experiências e impressões que, por essa mesma razão, encaramos como traumas etiológicos” (1939/1980, p. 92).

O psicanalista vienense sempre se interessou mais pelo trauma sexual, ou seja, aqueles ligados às formações inconscientes, contudo, destacamos também a presença dos traumas da civilização, convocando a algumas distinções. Soler (2021) destaca que a diferença fundamental entre eles é que um trauma (originário), por se inscrever no inconsciente, pode ser esquecido; ele retorna na repetição, mas de maneira mascarada, condicionando “o esquecimento necessário para viver. O esquecimento é precisamente que o trauma tenha se inscrito” (Soler, 2021, p. 64). O mesmo não ocorre com os traumatismos: uma vez não inscritos no saber inconsciente, tornam-se um problema. Temos, assim, dois tipos de traumatizados: os sujeitos que, por serem traumatizados de origem, se esqueceram (sendo que a análise talvez possibilite reconstruir algo, trazendo de volta e propiciando um sentido *a posteriori*) e os traumatizados da civilização que, segundo Freud (1920/1980), se caracterizam pelo esquecimento impossível. Quanto a este último, Soler (2021) usa a expressão *traumatismo*, referindo-se a acidentes da história que podem ser coletivos ou individuais, mas sempre eventuais: “[...] marcas subjetivas ou rupturas produzidas pela irrupção do infortúnio ou de um excesso vindos de fora, que assolam o sujeito ou o seu corpo repentinamente, sem que possamos atribuir isso àquele que sofre as consequências com terror” (Soler, 2021, p. 22). Trata-se de um real que exclui o sujeito, sem relação com o inconsciente ou com o desejo próprio de cada um, diante do qual nada pode ser feito exceto sofrer as consequências, como tantos acontecimentos inesquecíveis.

A teoria do trauma está entrelaçada tanto ao desamparo quanto à angústia que responde a uma situação de perigo real, mas também de perigo subjetivo. Este último se refere a um excesso de excitação corporal ou psíquica, impossível de ser dominada já que o sujeito não pode controlar nem regular. Esse descontrole está presente na clínica do excesso, proposta por Cosenza (2020), que nomeia como ex-

cesso certas psicopatologias marcadas por formas de gozo constantes e repetitivas. Já a angústia surge como efeito do afeto liberado do confronto com esse perigo que, em muitos casos, remete o sujeito ao desamparo. Portanto, como lembra Birman (2021), a angústia e o trauma consolidam metapsicologicamente o desamparo e o desalento no sujeito.

Ao destacar que “a angústia é a reação original ao desamparo no trauma, sendo reproduzida depois da situação de perigo como um sinal em busca de ajuda” (1926/1980, p. 192), Freud, fornece uma definição que pode ser aplicada tanto ao trauma sexual (original) e constitutivo do sujeito quanto ao trauma da civilização (atual), pois ambos clamam pela busca de ajuda. Impõe-se, assim, uma dupla atualização com relação à natureza e à função do trauma na subjetividade. Vejamos como esses traumas se distinguem e/ou se articulam. Inicialmente, Freud delimita o trauma na origem da vida infantil, com efeito de sintoma para o neurótico, generalizando, posteriormente, para o civilizado, ou para o ser falante, diria Lacan. O trauma é universal, próprio do humano, e, em todo caso, se refere ao sexual. Contudo, se o trauma sexual é comum a todo falante, suas sequelas de sintoma são singulares, específicas em cada um, em função da posição fantasmática de cada sujeito.

No final do século XIX, Freud, ao deparar-se com os sintomas histéricos, propõe o trauma sexual como cerne do inconsciente, portando o segredo do sintoma. Algum tempo depois, ao constatar a inscrição de marcas subjetivas produzidas pela irrupção de um infortúnio vindo do exterior, o analista demarca os traumas da civilização, mencionando os acidentes ferroviários e as guerras. A estes, contemporaneamente, acrescentamos as catástrofes, a violência dos grandes centros urbanos, o terrorismo, os atentados sexuais, os refugiados por segregações raciais, étnicas, políticas e/ou religiosas e muitas outras conjunturas traumáticas que se apresentam no cenário atual. Birman (2021) destaca que a experiência psíquica do sujeito em situações catastróficas é caracterizada primordialmente pelo trauma, dado que o sujeito não pode reconhecer a antecipação do perigo, sendo, assim, abalado pela surpresa do acontecimento trágico, acarretando a angústia real e o trauma como seu correlato. Para o autor: “Seria, então, a partir dessa infraestrutura traumática que as diferentes formações sintomáticas se ordenariam no sujeito como linhas de fuga e estabeleceriam sua cartografia psíquica na recepção da experiência do trauma” (Birman, 2021, p. 139).

Lembremos que a angústia real diz respeito a um perigo que é conhecido, enquanto a angústia neurótica remete a um perigo desconhecido, que ainda precisa ser descoberto. Freud esclarece: “A análise revela que ao perigo real conhecido se acha ligado um perigo pulsional desconhecido” (Freud, 1926/1980, p. 191). Assim, vemos que a angústia diante de um trauma atual não se difere daquela presente face a um trauma sexual, de modo que o manejo clínico é o mesmo, desde que seja seguida a orientação do autor: “Levando esse perigo que não é conhecido do ego até a consciência, o analista faz com que a angústia neurótica não seja diferente da angústia realística, de modo que com ela se pode lidar da mesma maneira” (Freud, 1926/1980, p. 190).

Não satisfeito em distinguir os tipos de angústia provenientes de situações traumáticas, Freud avança em suas elaborações indagando a essência e o sentido de uma situação de perigo. Indagação útil também nos dias que correm ao questionarmos, no um a um dos sujeitos acolhidos em seu mal-estar: qual a essência da angústia em jogo?

O alerta freudiano indica que devemos estar atentos à força do sujeito em comparação com o tipo de desamparo envolvido em cada situação: “Desamparo físico se o perigo for real e desamparo psíquico se for pulsional” (Freud, 1926/1980, p. 191). O que percebemos é que, em muitos casos, ambos estão presentes: um traumatismo atualizando um trauma original, ou seja, uma situação traumática pode provocar tanto situações de desamparo físico quanto psíquico. Observamos a angústia, como reação ao desamparo proveniente do trauma, sendo reproduzida por meio de sonhos, lembranças, atuações e sintomas somáticos, reiterando o dizer freudiano: “O ego que experimentou o trauma passivamente agora o repete ativamente, em versão enfraquecida, na esperança de ser ele próprio capaz de dirigir seu curso” (1926/1980, p. 192). Agindo assim, passando da passividade à atividade, buscam dominar psiquicamente suas experiências dolorosas.

Na cartografia psíquica extraída da experiência do trauma, é possível localizar diferentes formações sintomáticas, esboçadas a partir das produções psíquicas extraídas do registro simbólico daquilo que porta uma dizibilidade possível. A escuta psicanalítica dos ditos de dor daquilo que, não sem esforço, foi transformado do indizível ao dizível na clínica, evidencia que uma destas formações sintomáticas já fora evidenciada por Freud no final do século XIX, quando a denominou de *neurose de angústia* e que, atualmente, o discurso psiquiátrico chama de *síndrome do pânico*. Ele descreve assim a sintomatologia clínica da neurose de angústia:

Ataques de angústia acompanhados por distúrbios da atividade cardíaca, tais como palpitação, seja com arritmia transitória ou com taquicardia de duração mais longa, que pode terminar num grave enfraquecimento do coração e que nem sempre é facilmente diferenciável da afecção cardíaca orgânica; e ainda a pseudo-angina do peito – um assunto delicado em termos de diagnóstico! (Freud, 1895/1980, p. 94-95).

Casos como estes continuam sendo *um assunto delicado em termos de diagnóstico*, convocando a psicanálise a uma interlocução cuidadosa com outras práticas e campos do saber. Não nos ocuparemos das hipóteses diagnósticas, mas de uma apreensão geral capaz de sugerir que, na base da experiência traumática, estão consolidadas formações sintomáticas tangentes às crises de angústia, às alterações do humor e aos rituais obsessivo-compulsivos em função da sensação de fragilidade, impotência e de um excesso pulsional voltado ao corpo. Essas considerações levam a crer que o que está em pauta nessas circunstâncias subjetivas específicas, nas quais inserimos os sintomas manifestos da clínica do excesso, é a presença de uma grande

vulnerabilidade psíquica nos sujeitos, reativando, de modo patente e avassalador, traumas e o desamparo originário.

O real e seus imperativos

Reportamos a Lacan pela via de uma noção por ele inventada: o real. “Mas quanto ao que chamo de real, eu inventei, porque se impôs a mim” (Lacan, 1975-1976/2007, p. 128). Para este autor, a realidade humana e o direcionamento da clínica são marcados por três registros: imaginário, simbólico e real. O real não está ligado a um problema de descrição objetiva de estados de coisas. Ele diz respeito a um campo de experiências subjetivas que não podem ser adequadamente simbolizadas ou colonizadas por imagens, dado que ele escapa a simbolização. Ouçamos uma definição em que Lacan deixa explícita a relação entre o real e a pulsão de morte:

A pulsão de morte é o real na medida em que ele só pode ser pensado como impossível. Quer dizer que, sempre que ele mostra o nariz, ele é impensável. Abordar este impossível não poderia constituir uma esperança, posto que é impensável, é a morte - e o fato de a morte não poder ser pensada é o fundamento do real. (Lacan, 1975/76-2011, p. 121).

Isso nos explica por que o real é descrito de maneira negativa, como se fosse necessário mostrar que há experiências que só se oferecem ao sujeito sob a forma de processos disruptivos, ou seja, acontecimentos contingenciais que interrompem o curso natural das coisas. Vemos, assim, que o real designa uma realidade fenomênica que é imanente à representação e impossível de simbolizar. No *Seminário, livro 23: o sinthoma* (1975-1976/2007), Lacan diz: “O fogo é o real. O real põe fogo em tudo. Mas é um fogo frio. O fogo que queima é uma máscara, se assim posso dizer, do real” (Lacan, 1975-1976/2007, p. 117). Ao metaforizar com o fogo frio, ele fala do sentido enquanto excluído do real e novamente a morte surge, na concepção lacaniana, como o impossível de ser pensado e como fundamento do real. Articulando esse impossível às ideias de Freud em *Além do princípio de prazer* (1920/1980), trazemos outra definição de real proposta por Lacan: “[...] o real em questão tem o valor do que chamamos geralmente de um trauma” (Lacan, 1975-1976/2007, p. 127).

Deste modo, o que está em jogo no trauma é sempre o real, o traumático é o real que é capaz de conservar o sentido do sintoma. Temos, portanto, um trio de importantes interrelações: trauma, real e pulsão de morte. Destarte, propomos a articulação entre o núcleo pulsional do sintoma – quando o princípio do prazer não esgota toda a dinâmica do psiquismo e a energia pulsional é transferida à superfície corporal – com o real traumático em Lacan e a inscrição do significante, marcando um modo característico de gozo do sintoma que acontece no corpo. Esse parece ser um arranjo capaz de elucidar a constituição de certos sintomas atuais presentes na clínica do excesso. Seria essa última o arauto de um *Encore*? Trata-se, nesse caso, da clínica lacaniana do real?

[...] e se o considerarmos de modo absoluto, o que está sempre por vir será o que poderia chamar de *encore*, que não precede nada que não seja ele mesmo, isto é, não tem nome, é inominável por esse motivo. Pode-se ver que, desse ponto de vista, o que eu chamo de *encore* é o índice do infinito. (Lacan, 1972-1973/2010, p. 43).

Compreender o *Encore* como correlato ao real possibilita tomarmos os modos de gozo como balizadores clínicos, capazes de dar o tom às formas de manifestação do sintoma nas quais a função paterna, como metáfora de um limite à satisfação pulsional plena, não atua inscrevendo uma clínica do excesso.

Acontecimento de corpo e clínica do excesso

Lacan define o sintoma como um acontecimento de corpo, referindo-se ao escritor James Joyce (1882-1941), no texto publicado em 1979, *Joyce, o sintoma*. Como sugere o autor: “Deixemos o sintoma no que ele é: um evento corporal, ligado a que: a gente o tem, a gente tem ares de, a gente areja a partir do, a gente o tem” (Lacan, 1979/2003, p. 565). Conforme indicado em um trecho da citação original, “*l'on l'a, l'on l'a de l'air, l'on l'aire, de l'on l'a*” lembra um refrão entoando uma *lalação*, um quase balbuciar, que, na língua francesa, possui uma sonoridade harmoniosa agradável de ouvir. O mesmo não ocorre no português que pode ser compreendido como: “nós temos, nós temos ar, nós o temos, nós o temos”.

Soler esclarece que aquilo que está implícito nessa observação da conferência *Joyce, o sintoma*, aparentemente enigmática, e até pouco séria, “é o laço de *lalanque*, se posso dizer, e do corpo sintomático” (Soler, 2012, p. 38). A autora lembra que Lacan optou por escrever *lalanque* em uma só palavra, em razão da homofonia com *lalação*. Esse termo vem do latim *lallare*, que designa o fato de cantar “*la, la, la*” para adormecer as crianças, designando ainda o arrulho da criança que ainda não fala, mas que já produz sons. “A *lalação* é o som disjunto do sentido; no entanto, como se sabe, não disjunto do estado de contentamento da criança” (Soler, 2012, p. 38). Ao trazer essa *lalação* na definição do acontecimento de corpo, estaria Lacan aludindo à satisfação implícita no gozo do sintoma? Ou, ainda, versando acerca da precocidade desse encontro traumático para o ser falante?

Ao acentuar a dimensão fora de sentido do sintoma advindo com a surpresa que gera o acontecimento de corpo, podemos inferir que a escrita no corpo se distingue da dimensão significativa, apontando para a escrita do real. O que está em questão não é mais uma mensagem a ser decifrada, mas um afeto que é enigmático e deve ser relacionado à *lalanque*, indicando uma distância entre o sujeito que enuncia e os afetos que se encontram fechados sobre seu enigma. Para Soler (2012), no contexto da problemática que envolve o acontecimento de corpo, Lacan eleva ao real todos os impasses freudianos. Ele ratifica a repetição freudiana, fazendo com que ela seja uma repetição de uma falta a gozar ou de um traço de gozo ligado à existência de um traço unário da linguagem. Esse último, capaz de tornar o verbo carne.

Assim, a partir dos anos 1970, ao abordar o campo do gozo, Lacan inventa a noção de *lalangue*, propondo com ela novos conceitos como letra e sinthoma e uma nova topologia para abordar a estrutura psíquica, com os nós borromeanos e a amarração dos registros real, simbólico e imaginário. É a partir de *lalangue* que Lacan redefine o inconsciente que, para ser decifrado, é necessário se confrontar com os enigmas trazidos por *essa linguagem* que afeta o sujeito falante. Se o significante é causa de gozo, é na medida em que se inscreve como acontecimento de corpo derivado da relação deste com a língua. Portanto, o acontecimento de corpo é um fato inaugural e constituinte do *parlêtre*, por ser o choque puro da linguagem sobre o corpo, mas é também algo a se reiterar sem cessar ao longo da existência, um acontecimento permanente.

Corpo, gozo, trauma e linguagem se articulam na constituição do acontecimento de corpo que, em muitos casos, se manifesta na clínica do excesso. É da problematização de Domenico Cosenza que extraímos a nomenclatura de uma clínica do excesso, proposta para designar algumas formas de manifestação do sintoma na atualidade, bem como indicar diretrizes para o tratamento destes casos. Para ele, ocorreu uma metamorfose das patologias da época de Freud, típicas do capitalismo clássico, para a época lacaniana do capitalismo contemporâneo: “É a passagem da clínica da falta e do desejo para uma clínica sem limites, da plenitude excessiva” (Cosenza, 2020, p. 73, tradução nossa). Nestes casos, o sujeito enfrenta uma relação de satisfação sem limite simbólico, sendo refém do gozo. A relação com os objetos investidos libidinalmente tende a ser infinita e nunca suficiente. Há sempre um *mais ainda...* exatamente como Lacan (1972-1973/2010, p. 43) mencionou ao se referir ao *Encore* como índice do infinito.

Cosenza (2020) salienta que, para esses sujeitos cuja satisfação é ilimitada, um acontecimento inesperado do cotidiano, como, por exemplo, uma data perdida, pode tornar-se um trauma incontrolável, algo do qual se defender por meio de barreiras defensivas e “circuitos de gozo autista que evitem o impacto desse acontecimento” (Cosenza, 2020, p. 74, tradução nossa). Para compreender melhor a lógica dessas novas psicopatologias, é essencial retomar o ensino de Lacan acerca do inconsciente real. Para tanto, façamos um pequeno giro. É a insistência desses circuitos de gozo, capaz de deixar o sujeito aprisionado, como Teseu no labirinto, que convoca os analistas a revisitarem sua prática e os conceitos com os quais operam a fim de encontrar o fio de Ariadne capaz de propor uma saída. Essa que já fora sugerida por Lacan (1976) ao indicar o inconsciente real: “Notemos que a psicanálise, desde que *ex-siste*, mudou. Inventada por um solitário, teorizador incontestável do inconsciente (que só é o que crê – digo: o inconsciente, seja, o real – caso se acredite em mim), ela é agora praticada aos pares” (Lacan, 1976, p. 571).

Esta mudança mencionada por Lacan indica a passagem do inconsciente como semântica – oculto sob os sintomas do sujeito, característico na análise clássica das neuroses – ao inconsciente como condensação de um gozo sem sentido. Importante salientar que tal mudança não se refere a substituição de um pelo outro. O desloca-

mento realizado por Lacan não significa que sua teorização anule a freudiana; não se trata de contrapô-las, mas, sim, de compreendê-las como duas vertentes coexistentes (Gonçalves, 2022). Daí extraímos uma perspectiva que concilia as concepções distintas de Lacan acerca do sintoma e possibilita cingir às representações do inconsciente não só o significante, mas também a materialidade da pulsão. Se, por um lado, temos as formações inconscientes e o sintoma definido a partir do simbólico e, por isso, passíveis de leitura, temos também a certeza de uma insuficiência no trabalho de decifração do sintoma, um impossível de leitura, o sintoma definido a partir do real. O gozo opaco – como Lacan o define: “[...] o gozo próprio do sintoma. Gozo opaco por excluir o sentido” (Lacan, 1979, p. 566) – é, em muitos casos, o gozo presente nos sintomas que encontram “o corpo como lugar do Outro e superfície de inscrição” (Laurent, 2016, p. 43). Sintomas que não estão na dimensão do significante, mas na dimensão da escrita e do real com os quais nos deparamos na clínica do excesso.

Nestes casos, o inconsciente real é capaz de se manifestar de forma massiva e não residual, revelando uma passagem em que o sujeito-suposto-saber começa a declinar e o analista é reduzido à corporificação de um objeto. Para o autor: “O paciente não sente o sintoma como veículo para possíveis descobertas de sentido, mas como encarnação de um gozo” (Cosenza, 2020, p. 74, tradução nossa). Gozo que demarca o excesso como o nome do real associado à estrutura do sintoma na clínica contemporânea. Sendo assim, propor uma clínica do excesso conduz à dimensão de uma esfera da psicopatologia contemporânea não regulada totalmente pela função normativa do Nome-do-Pai, mas articulada em torno de circuitos de gozo. Trata-se de um campo privilegiado de sintomas que se manifestam, entre outras formas, nas autolesões, nas adições, nos transtornos alimentares, nas dependências de objetos tecnológicos e na recorrência em se colocar em situações de risco.

Vemos que a implicação do corpo é evidente nesses sintomas que excedem em modos de gozo. Por isso, compreendemos que, com a tese do acontecimento de corpo, Lacan ratifica a repetição freudiana, como uma falta a gozar ou um traço de gozo ligado à existência de um traço unário da linguagem. Os sintomas acontecimentos de corpo envolvem o gozo, a satisfação e o desejo. Vale ressaltar que o gozo e a satisfação são muito diferentes. O gozo supõe o corpo, enquanto a satisfação é um fenômeno do sujeito que tem esse corpo. O gozo, em muitos casos, não traz satisfação, tendo mesmo um parentesco com a dor. Por isso, ele não faz laço com o Outro; ele separa. Quanto ao desejo, ele é por definição insatisfeito, *falta-de-gozar*, já que sua causa é aquilo que Freud chamava de *objeto originariamente perdido*, e, Lacan, de objeto *a* – enquanto ele falta.

Falo da marca na pele, onde se inspira, nessa fantasia, o que nada mais é que um sujeito que se identifica como sendo objeto de gozo. [...] o gozar assume a própria ambiguidade pela qual é no seu plano, e em nenhum outro, que se percebe a equivalência entre o gesto que marca e o corpo, objeto de gozo. (Lacan, 1969-1970/1992, p. 47).

Sujeitos identificados a objetos de gozo ficam à deriva – *Encore... Além do princípio do prazer* em busca de experiências que conduzam na direção de um prazer em que o risco de morte está presente, experiências marcadas pelo excesso da repetição. O que está em jogo nas patologias do excesso é a dificuldade do sujeito em consentir com a perda do objeto, no momento da separação primeira do gozo do corpo pela ação da linguagem, resultando, conforme alude o autor:

[...] nessa dificuldade no relacionamento dialético com o Outro subjaz a tendência de construir um modo de gozo sem o Outro, em circuito fechado. Deste jeito, o gozo se estrutura em torno da escolha de um objeto, de uma situação ou um ritual de experiência que assume uma posição totalmente central na vida do paciente. O exercício deste modo de gozo toma forma constante, assídua, quase sempre cotidiano e repetitivo, e torna-se algo que o sujeito não pode ficar sem. É algo irresistível, que oferece a ilusão de satisfação plena e ilimitada. (Cosenza, 2020, p. 79, tradução nossa).

Exposição a um gozo repetitivo. Reiteração que, se antes era algo que estava ligado ao campo transferencial como resistência, agora, ultrapassa os limites do tratamento analítico, pois revela o caráter de uma força pulsional que conduz à compulsão, explicitando o excesso. Exageros que se manifestam no corpo produzindo desarranjos na vida do sujeito e evidenciando o descontrole por meio de reiteradas ações sobre as quais o ser falante parece não ter domínio, ou melhor, não querer ter ou não querer saber. Qual a direção do tratamento nesses casos? O que pode uma análise?

A condução do tratamento

O desenrolar da clínica assegura que o psiquismo humano não é definido somente pelo princípio do prazer, haja vista os rituais e práticas centrados na experiência do gozo que sinalizam para certa inoperância da lógica fálica. São casos em que sobressai a dimensão do ato evidenciando uma fragilidade de barramento ao gozo, o que deve ocorrer pela operação da castração. Tomamos o gozo como a contrapartida do princípio do prazer, pois coloca a impossibilidade de sua plenitude e homeostase, um para além que ultrapassa esse princípio. Na medida em que o que está em jogo são modalidades de gozo, resta ao analista pensar em alternativas no tratamento por meio de alguns pontos de orientação.

Se a irrupção do real do psiquismo rompe, de forma radical, com a cadeia das construções simbólicas que sustentam o sujeito em seu lugar, é importante que o analista possibilite a escuta porque, ao fazê-lo, ele está criando condições para que o sujeito fale. Sustentar a fala e a escuta tem efeito, uma vez que possibilita que o sujeito se posicione e possa advir, mesmo que em um vislumbre. Somente ao escutar algo do complexo fantasmático do sujeito é que o analista pode intervir com vistas ao ato analítico, ou seja, a uma intervenção capaz de possuir efeito terapêutico. Em outros termos, trata-se de se abrir possibilidades de falas, de elaborações psíquicas face àquilo que, do contrário, permaneceria na ecoante estática do encontro maciço

com o real que produz um resultado bem preciso: o “desvanecimento do sujeito” (Lacan, 1960/1988, p. 831). Clinicamente, é perceptível a condição específica em que o ato de desvanecimento do sujeito se instaura: exatamente ali, sob diversas roupagens circunstanciais, em que o sujeito vem a ocupar a posição de objeto face a uma voracidade que o devora.

Cosenza (2020) propõe que a dupla função de orientação e defesa que a fantasia fundamental proporciona ao sujeito, em torno da qual gravita a existência do desejo, é bastante precária ou mesmo inoperante nas patologias do excesso. Como, então, trabalhar esse gozo, esse excesso? Em muitos sintomas contemporâneos, a interpretação semântica não é eficaz, convocando uma orientação para o real do sintoma por meio da interpretação como ato. Assim, a prática clínica implica um pragmatismo, intervenções capazes de uma drenagem do gozo excessivo. Essa redução pode produzir seu isolamento por meio de um corte no núcleo do gozo, circunscrevendo-o. O sintoma escrito é um sintoma curvado sobre seu próprio gozo silencioso que não oferece dúvida mesmo que traga, às vezes, sofrimento. Este é um sintoma desprovido de seus aspectos simbólicos e reduzido ao silêncio das coisas caladas. Em consequência desses sintomas, Lacan concluiu que a via analítica não era o sentido: se o núcleo do sintoma vem do real fora de sentido de *lalangue*, ele só pode se resolver por esse mesmo real (Soler, 2012, p. 50).

Para a psicanálise, o trauma inclui a responsabilidade do sujeito na questão que possa formular diante do acontecimento contingente. Por isso, seguimos a orientação de Lacan (1973-1974/2018) que, ao cunhar o neologismo *troumatisme*, articula as palavras *traumatismo* e *furo* (*trou*), para associar o trauma e o furo do real. Com esse termo, o analista renova a noção de trauma, enfatizando menos a noção de recalque e mais a dimensão do furo, de um encontro com o real sem correspondência no simbólico. Momento de pura angústia, diante do qual o sujeito se sente sem recursos, em completo desamparo, sendo a construção simbólica, o recurso capaz de restituir o sujeito que fora foracluído.

Tal como Freud (1914/1980) nos alertou, a transferência (*Übertragung*) implica, necessariamente, em uma travessia (*Übergang*): “A transferência (*Übertragung*) cria, assim, uma região intermediária entre a doença e a vida real, através da qual a travessia (*Übergang*) de uma para outra é efetuada” (Freud, 1914/1980, p. 201). Esta é a estrutura de uma análise que, por sua vez, é homóloga à estrutura subjetiva. Em tempos atuais, não há como deixarmos de evocar a advertência freudiana no que tange às travessias, sejam as vinculadas à transferência, sejam vinculadas à vida: elas sempre devem considerar a estreita via que se dá entre a materialização de dois perigos extremos, a saber, Cila e Caribdis. Temos aqui uma importante referência que Freud (1923/1980) realiza ao recorrer a uma notória passagem do Canto XII da *Odisséia*, na qual Circe, a feiticeira, antecipa a Ulisses, em seu intenso anseio de retorno à sua morada, os dois grandes perigos que necessariamente lhe aguardavam em sua travessia pelo estreito de Messina: Khárybdis, o abismo que engole vorazmente, e Skýlla, o monstro fabuloso que destruíra os navios.

Já não teríamos aqui, sob as formas de Cila e Caribidis, a maneira freudiana de se colocar, *avant la lettre*, as problematizações lacanianas do encontro com o real? Ou melhor, o encontro com o real não é, genuinamente, uma problematização freudiana? Incontornavelmente, temos, nestas extremidades do monstro que devora e o abismo que dizima, o âmago do encontro com o traumático que produz desvanecimento caso a travessia, a despeito delas, não se dê. Ora na condição de Cila, ora no status de Caribidis, temos o real e aquilo que nele há de monstruoso; o monstruoso que mostra, para fazermos jus à origem etimológica que aproxima o monstro do mostrar. Mostrar o caminho, a travessia. Este é o efeito da palavra que, a cada caso, há de nomear a Cila e o Caribidis de cada um, face ao inexorável trazido pelo real.

Recebido em: 27 de maio de 2024. **Aprovado em:** 03 de dezembro de 2024.

REFERÊNCIAS

- BIRMAN, J. (2021). *O trauma na pandemia do Coronavírus: suas dimensões políticas, sociais, econômicas, ecológicas, culturais, éticas e científicas*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- COSENZA, D. (2020). Hacia una clínica del exceso: síntomas contemporáneos y la orientación analítica a lo real. *ABC La cultura Del psicoanálisis. Revista*, v. 5, ago. 2021. Buenos Aires: Colegio Estudios Analíticos.
- FREUD, S. (1980). Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “Neurose de angústia” (1895). In: FREUD, S. *Primeiras publicações psicanalíticas e esboços inéditos*. Rio de Janeiro: Imago. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 3).
- FREUD, S. (1980). Recordar, repetir e elaborar (1914). In: FREUD, S. *O caso de Schreber, Artigos sobre técnica e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 12).
- FREUD, S. (1980). Além do princípio de prazer (1920). In: FREUD, S. *Além do princípio de prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard brasileira das obras psicológicas Completas de Sigmund Freud, 18).
- FREUD, S. (1980). O ego e o id (1923). In: FREUD, S. *O ego e o id. Uma neurose demoníaca do século XVII e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard brasileira das obras psicológicas Completas de Sigmund Freud, 19).
- FREUD, S. (1980). Inibições, sintomas e Angústia (1926). In: FREUD, S. *Um estudo autobiográfico, Inibições, sintomas e Angústia, A questão da análise leiga e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 20).
- FREUD, S. (1980). Moisés e o monoteísmo (1939). In: FREUD, S. *Moisés e o monoteísmo*. Rio de Janeiro: Imago. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 23).

- GONÇALVES, G. A. (2022). *Corpo e clínica psicanalítica: teoria e prática*. Curitiba: Juruá.
- JORGE, M. A. C. (2021). Posfácio. Incidências Clínicas: “O terceiro passo de Freud”. In: FREUD, S. (1920/2021). *Além do princípio de prazer*. Edição crítica bilingue. Belo Horizonte: Autêntica. (Obras Incompletas de Sigmund Freud).
- LACAN, J. (1988). *O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise* (1959-1960). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- LACAN, J. (1992). *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise* (1969-1970). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- LACAN, J. (2010). *Encore* (1972-1973). Rio de Janeiro: Escola Letra Freudiana. Tradução comparada e comentada em notas e anexos (Ana Lucia Teixeira Ribeiro). Edição não comercial destinada exclusivamente aos membros da Escola.
- LACAN, J. (2018). *O Seminário, livro 21: os não-tolos-erram* (1973-1974). Porto Alegre: Editora Fi.
- LACAN, J. (2007). *O Seminário, livro 23: o sinthoma* (1975-1976). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- LACAN, J. (1998). Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano (1960). In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- LACAN, J. (2003). Prefácio à edição inglesa do Seminário 11. (1976). In: LACAN, J. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- LACAN, J. (2003). *Joyce, o sintoma* (1979). In: LACAN, J. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- LAURENT, E. (2016). *O avesso da biopolítica: uma escrita para o gozo*. Rio de Janeiro: Contracapa.
- SOLER, C. (2012). *Lacan, o inconsciente reinventado*. Rio de Janeiro: Cia de Freud.
- SOLER, C. (2021). *De um trauma a outro*. São Paulo: Blucher.

Este artigo é resultado do trabalho de pós-doutorado realizado no Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUC Minas, no âmbito da pesquisa *Modos de subjetivação na atualidade: a clínica do excesso e a adolescência*, financiada pelo CNPq através da Chamada CNPq/MCTI/FNDCT No 18/2021.

Gesianni Amaral Gonçalves

gesianni@terra.com.br

Cristina Moreira Marcos

cristinammarcos@gmail.com