Corpo

CLÍNICA PSICANALÍTICA

Maria Helena Fernandes

Casa do Psicólogo®

CORPO

COLEÇÃO "CLÍNICA PSICANALÍTICA"

Títulos publicados

1. Perversão	Flávio Carvalho Ferraz
2. Psicossomática	Rubens Marcelo Volich
3. Emergências Psiquiátricas	Alexandra Sterian
4. Borderline	Mauro Hegenberg
5. Depressão	Daniel Delouya
6. Paranoia	Renata Udler Cromberg
7. Psicopatia	Sidney Kiyoshi Shine
8. Problemáticas da Identidade Sexual	José Carlos Garcia
9. Anomia	Marilucia Melo Meireles
10. Distúrbios do Sono	Nayra Cesaro Penha Ganhito
11. Neurose Traumática	Myriam Uchitel
12. Autismo	Ana Elizabeth Cavalcanti Paulina Schmidtbauer Rocha
13. Esquizofrenia	Alexandra Sterian
14. Morte	Maria Elisa Pessoa Labaki
15. Cena Incestuosa	Renata Udler Cromberg
16. Fobia	Aline Camargo Gurfinkel
17. Estresse	Maria Auxiliadora de A. C. Arantes Maria José Femenias Vieira
18. Normopatia	Flávio Carvalho Ferraz
19. Hipocondria	Rubens Marcelo Volich
20. Epistemopatia	Daniel Delouya
21. Tatuagem e Marcas Corporais	Ana Costa
22. Corpo	Maria Helena Fernandes
23. Adoção	Gina Khafif Levinzon
24. Transtornos da Excreção	Marcia Porto Ferreira
25. Psicoterapia Breve	Mauro Hegenberg
26. Infertilidade e Reprodução Assistida	Marina Ribeiro
27. Histeria	Silvia Leonor Alonso Mario Pablo Kuks
28. Ressentimento	Maria Rita Kehl
29. Demências	Delia Catullo Goldfarb
30. Violência	Maria Laurinda Ribeiro de Souza
31. Clínica da Exclusão	Maria Cristina Poli
32. Disfunções Sexuais	Cassandra Pereira França
33. Tempo e Ato na Perversão	Flávio Carvalho Ferraz
34. Transtornos Alimentares	Maria Helena Fernandes

35. Psicoterapia de Casal	Purificacion Barcia Gomes e Ieda Porchat
36. Consultas Terapêuticas	Maria Ivone Accioly Lins
37. Neurose Obssesiva	Rubia Delorenzo
38. Adolescência	Tiago Corbisier Matheus
39. Complexo de Édipo	Nora B. Susmanscky de Miguelez
40. Trama do Olhar	Edilene Freire de Queiroz
41. Desafios para a Técnica Psicanalítica	José Carlos Garcia
42. Linguagens e Pensamento	Nelson da Silva Junior
43. Término de Análise	Yeda Alcide Saigh
44. Problemas de Linguagem	Maria Laura Wey Märtz
45. Desamparo	Lucianne Sant'Anna de Menezes
46. Transexualismo	Paulo Roberto Ceccarelli
47. Narcisismo e Vínculos	Lucía Barbero Fuks
48. Psicanálise da Família	Belinda Mandelbaum
49. Clínica do Trabalho	Soraya Rodrigues Martins
50. Transtornos de Pânico	Luciana Oliveira dos Santos
51. Escritos Metapsicológicos e Clínicos	Ana Maria Sigal
52. Famílias Monoparentais	Lisette Weissmann
53. Neurose e Não Neurose	Marion Minerbo
54. Amor e Fidelidade	Gisela Haddad
55. Acontecimento e Linguagem	Alcimar Alves de Souza Lima
56. Imitação	Paulo de Carvalho Ribeiro
57. O tempo, a escuta, o feminino	Silvia Leonor Alonso

Coleção Clínica Psicanalítica
Dirigida por Flávio Carvalho Ferraz

CORPO

Maria Helena Fernandes

Casa do Psicólogo®

© 2003, 2011 Casapsi Livraria e Editora Ltda.
É proibida a reprodução total ou parcial desta publicação, para qualquer finalidade, sem autorização por escrito dos editores.

1ª Edição
2003

2ª Edição
2005

3ª Edição
2008

4ª Edição
2011

Editores
Ingo Bernd Güntert e Juliana de Villemor A. Güntert

Assistente Editorial
Aparecida Ferraz da Silva

Editoração Eletrônica e Produção Gráfica
Najara Lopes

Atualização Ortográfica
Rhamyra Toledo

Revisão
Lucas Torrisi Gomediano

Projeto Gráfico da Capa
Yvoty Macambira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Fernandes, Maria Helena
Corpo / Maria Helena Fernandes. -- 4. ed. -- São Paulo : Casa do Psicólogo®, 2011. -- (Coleção clínica psicanalítica / dirigida por Flávio Carvalho Ferraz)

Bibliografia.
ISBN 978-85-8040-098-4

1. Medicina e psicologia 2. Medicina psicossomática 3. Mente e corpo 4. Pesquisa psicológica 5. Psicanálise I. Ferraz, Flávio Carvalho. II. Título. III. Série.

11-04085 CDD-150.195

Índices para catálogo sistemático:
1. Corpo na psicanálise : Psicologia 150.195

Impresso no Brasil
Printed in Brazil

As opiniões expressas neste livro, bem como seu conteúdo, são de responsabilidade de seus autores, não necessariamente correspondendo ao ponto de vista da editora.

Reservados todos os direitos de publicação em língua portuguesa à

Casapsi Livraria e Editora Ltda.
Rua Santo Antônio, 1010
Jardim México • CEP 13253-400
Itatiba/SP – Brasil
Tel. Fax: (11) 4524-6997
www.casadopsicologo.com.br

Sumário

Agradecimentos 11

Introdução 15

1 - O corpo : Lugar de inscrição do psíquico e do somático 41

2 - Retorno à feiticeira "metapsicologia" 71

3 - O princípio da alteridade como constitutivo do corpo em Freud 99

4 - Implicações clínicas e metodológicas 127

Conclusão 149

Referências bibliográficas 163

Aos meus filhos,
Elisa e Tomás

Com quem aprendo, cotidianamente, a magia
das palavras no cuidado do corpo...

Agradecimentos

O texto deste livro reproduz integralmente o meu trabalho de pós-doutorado realizado no âmbito do Serviço de Interconsultas do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina (UNIFESP), de setembro de 1999 a maio de 2001. Trata-se de um estudo que dá continuidade ao meu interesse pelo tema do corpo na psicanálise inicialmente abordado em minhas pesquisas de mestrado e doutorado, realizadas na Universidade de Paris VII, sob a orientação de Pierre Fédida, de 1992 a 1997.

Gostaria de agradecer, em primeiro lugar, a Flávio Carvalho Ferraz pela aposta sempre confiante no meu trabalho, pela riqueza de nossas interlocuções e, ainda, por ter possibilitado a publicação deste texto.

A Luiz Antônio Nogueira Martins, pela presença marcante na minha formação e pela acolhida institucional deste projeto, assim como a toda a equipe do Serviço de Interconsultas, especialmente: Maria Luíza Fiore, Mário Alfredo De Marco, Salvador Bianco e Vanessa Cítero. Aos especializandos em psicologia, residentes de psiquiatria e pós-graduandos que, com sua sensibilidade e suas questões, movimentaram sempre minhas reflexões. A todos os amigos do Departamento de Psiquiatria,

com quem venho partilhando histórias e ideias ao longo de todos esses anos, e muito especialmente a Latife Yazigi, por ter me ensinado, desde muito cedo, o gosto pela pesquisa e pela escrita. À FAPESP, pelo financiamento do projeto.

Aos meus mestres na psicanálise, aos daqui e aos de lá, que me acolheram, me ouviram e sobretudo me deixaram pensar: Pierre Fédida, Joel Birman, Renato Mezan, Paul-Laurent Assoun, David Levisky, Hélène Troisier, Cecília Hirschzon, Edilnete Siqueira, Maria Helena Raimo Oliveira, Alba Guerra e Zeferino Rocha.

Aos amigos e professores do curso de Psicossomática do Instituto Sedes Sapientiae e a todos os meus alunos e supervisionandos, pela fertilidade de nossas trocas.

Aos meus analisandos, pelo privilégio de acompanhá-los na aventura psicanalítica.

A Maria Auxiliadora Arantes, Maria Elisa Labaki, Sidnei Casetto, Janete Frochtengarten, Anna Maria Amaral, Daniel Delouya, Rubens Volich, Mário E. C. Pereira, Decio Gurfinkel, Sônia Neves e Aline Gurfinkel, amigos queridos e leitores rigorosos dos meus textos.

À minha mãe, pelo apoio e participação constante em todos os momentos da minha vida.

A Clice, João Manoel, Vilma e Ana Maria, pela disponibilidade em me ajudar sempre.

E por último, mas essencialmente, ao Nelson, companhia imprescindível nas longas e diversas travessias, pelo prazer de navegarmos juntos pela vida.

"Il faut écrire pour ré-inventer sans cesse l'ilusion. Écrire, c'est aussi d'une certaine façon refuser à la pensée le sérieux des systèmes et permettre ainsi la libre circulation des fantasmes. (...) Seule l'écriture a le pouvoir de dénoncer le savoir et de faire affleurer dans le texte même la vie pulsionnelle de la pensée. (...) La surface qu'engendre l'écriture dans son acte même est celle de la peau: l'écriture est une zone érogène."

Pierre Fédida

"É preciso escrever para reiventar continuamente a ilusão. Escrever é também, de certo modo, recusar ao pensamento a seriedade dos sistemas e permitir assim a livre circulação dos fantasmas. (...) Somente a escrita tem o poder de denunciar o saber e de fazer aflorar no texto a vida pulsional do pensamento. (...) A superfície produzida no ato de escrever é a da pele: a escrita é uma zona erógena."

Pierre Fédida

Introdução

O corpo está em alta! Alta cotação, alta produção, alto investimento... alta frustração. Alvo do ideal de completude e perfeição, veiculado na pós-modernidade, o corpo parece servir de forma privilegiada, por intermédio da valorização da magreza, da boa forma e da saúde perfeita, como estandarte de uma época marcada pela linearidade anestesiada dos ideais.

Atualmente o imenso interesse da imprensa pelas questões que envolvem o corpo pode ser facilmente verificado pela quantidade de reportagens que invadem nosso cotidiano tratando da saúde ou da doença. E isso sem falar na abordagem estética, que se tornou um dos assuntos preferidos também das publicações sérias. O corpo toma a frente da cena social. Sua forma ou seu funcionamento é assunto frequente nas conversas entre amigos, nas piadas contadas na mesa de bar, nas novelas, no cinema etc.

O corpo saiu do espaço privado do interior das casas e do espaço restrito das instituições de saúde e ganhou o espaço público: as academias, as clínicas de estética... a rua. Corpo nu, corpo vestido, corpo de mulher, corpo de homem, o corpo serve para vender qualquer coisa, até mesmo o próprio corpo, basta observar ainda a proliferação de *outdoors* com propagandas de tratamentos cirúrgicos e estéticos.

Não se pode deixar de observar que os progressos tecnológicos da medicina e da genética vêm reformulando de maneira acelerada a relação do sujeito com o próprio corpo, tanto no que diz respeito às questões do adoecer quanto às questões ligadas ao envelhecimento. Habituados a transpor os limites do corpo, os cientistas nos informam entusiasmados que tais progressos nos permitirão viver mais e melhor. Livres de doenças que durante bom tempo perturbaram o sono da humanidade, somos convidados a nos deixar embalar pela perspectiva de vencermos também a luta contra o tempo.

As ressonâncias desses progressos certamente se fazem *ouvir* na clínica psicanalítica da atualidade. Estandarte de um ideal de perfeição que se busca insistentemente alcançar, o corpo é hoje hiperinvestido, porém frequentemente apontado como fonte de frustração e sofrimento, constituindo-se como meio de expressão do mal-estar contemporâneo. Em entrevista concedida à revista *Percurso*, Jurandir Freire Costa (2000) chama a atenção para uma mudança no perfil clínico dos analisandos, salientando o aumento de casos de depressão, toxicomanias e do que ele denominou "distúrbios da imagem do corpo" (p. 104).

De fato, as novas imagens evocadas pelas formas clínicas da atualidade parecem inventar ou reinventar, com maestria, novas sintomatologias para a velha dimensão do sofrimento humano. Um sofrimento que, segundo a psicanálise, leva em consideração esse *pathos* que carrega a memória da alteridade

na origem de toda experiência humana. Ora, se a psicanálise pode ainda se definir como a *arte da escuta* do sofrimento humano, pode-se pensar que esse sofrimento reclama novas *formas de apresentação*, cumprindo sempre a mesma exigência de se fazer *escutar*.

Embora novas *imagens* tenham surgido – reflexos da mudança dos tempos –, elas continuam, no entanto, a guardar a mesma característica das imagens dos corpos retorcidos das histéricas de outrora, ou seja, a imagem do velamento do sofrimento, do tumulto do conflito, da dor.

Assiste-se, assim, à emergência dos ditos "novos sintomas": os abundantes e variados transtornos alimentares, a compulsão para trabalhar, para fazer exercícios físicos, as incessantes intervenções cirúrgicas de modelagem do corpo, a sexualidade compulsiva, o horror do envelhecimento, a exigência da ação, o terror da passividade, a busca psicopatológica da saúde ou, ao contrário, um esquecimento patológico do corpo, e ainda a variedade dos quadros de somatização. Sintomas que denotam, a meu ver, de forma positiva ou negativa, a submissão completa do corpo.

Com o objetivo de apresentar ao leitor algumas hipóteses de trabalho que venho explorando nesses últimos anos, começarei trazendo alguns *flashes* da minha clínica psicanalítica. Digo *flashes* porque não se trata de casos clínicos, nem tampouco de vinhetas clínicas, mas tão somente de *imagens*. Imagens que evocam *cenas* de uma clínica, que denominei a clínica da *psicopatologia do corpo na vida cotidiana*.

Flávia, 35 anos, dois filhos; aos vinte, uma cirurgia plástica para diminuir os seios; hoje, quatro lipoaspirações "para tirar as gordurinhas" – diz ela – *"a da barriga não ficou legal, era melhor como antes, vou ter que refazer!"* Outra cirurgia, desta vez para aumentar os seios: *"agora é legal ter seios grandes"*. Procura análise após sentir-se *"esgotada e sem ânimo"* depois da doença do filho mais novo, que chegou a precisar de uma cirurgia.

Lígia, cujo corpo emagrecido esforça-se por esconder sua rara beleza, vem encaminhada pelo psiquiatra. Encontra-se muito deprimida, chegando a comer e vomitar até oito vezes ao dia. Afirma ela: *"a minha mãe diz que vomito para não engordar, mas a verdade é que não posso suportar tudo aquilo dentro de mim"*.

Pierre tem cinquenta anos, o cardiologista e a mulher acham importante que ele inicie uma análise. Teve um enfarte agudo do miocárdio há três meses: *"Eu tive o enfarte, mas não senti nada, foi o médico que descobriu"* – diz ele. Ângelo também teve um enfarte, *tem apenas 42 anos, recordando-se desse dia, comenta: "Eu tive dor a noite inteira, mas não quis acreditar que poderia ser algo grave"*.

Eduardo está atormentado pelo temor de ter contraído *aids* após uma "transa" em que a camisinha rasgou. O resultado do exame de sangue negativo não lhe restitui a calma esperada. Queixa-se de dores nas costas, sente-se cansado e questiona-se: *"e se estiver com um câncer?"*

> Marília, olhar esperto, corpo miúdo, é bailarina de profissão. Não sabe o que se passa com ela, acha que tem tudo, mas não consegue se sentir "feliz"; *"acho que sofro de TPM"* – diz ela. Machuca-se com facilidade, chegando a precisar parar de trabalhar. Diz que parece não sentir o corpo apoiar-se, em toda a sua extensão no divã. O corpo não tem densidade, Marília flutua!

Essas *imagens* evocadas pela clínica psicanalítica, funcionando como espelho da cultura, refletem, de forma diversificada, a imagem do mal-estar na atualidade.

No texto "Psicologia das massas e análise do ego", Freud (1921) afirma que não existe constituição solipsista do psiquismo. Se "a psicologia individual é simultaneamente psicologia social" (p. 5), pelo simples fato de que a subjetividade se constitui a partir da alteridade, da existência fundamental do outro como eixo constitutivo do psíquico, então, pode-se avançar a ideia, de acordo com Freud, de que as formações psicopatológicas falam da cultura, ou melhor, retiram dela o material de base que lhes dará forma, que lhes dará *imagem*!

Estabelece-se, com isso, um diálogo que, colocando em evidência os modos de subjetivação de uma época, reproduzem, conforme salienta Sílvia Alonso (2000) "o que circula como representação coletiva" (p. 84). A partir daí, fica mais fácil entender como o imaginário da época, com suas referências estéticas, opera na construção dos novos sintomas.

A negação de toda interioridade parece nos afastar cada vez mais de uma subjetividade pautada nos ideais do romantismo

de Emma, de Flaubert[1], ou Julie, de Balzac[2] – personagens facilmente identificadas ao modo de subjetivação colocado em evidência pela neurose. Se me deixo levar por um raciocínio psicopatológico, fico tentada a pensar que a evolução do pensamento psicanalítico migra, em um primeiro momento, do modelo da neurose para o modelo da psicose.

As contribuições de Melanie Klein, Lacan, Bion e Winnicott, criando novos conceitos e alargando fronteiras, permitiram que a ênfase fosse, de uma certa forma, colocada no modelo da psicose. Isso pode ser facilmente verificado pela quantidade e pela qualidade das publicações psicanalíticas abordando, por exemplo, os casos-limite, as psicoses infantis e o autismo. A subjetividade aparece e permanece aí enredada nos meandros do conflito, denotando toda a complexidade e riqueza da interioridade.

Contrariamente a essa ênfase na interioridade, vê-se atualmente uma ênfase na exterioridade, com predomínio das patologias da ação e do corporal[3]. As problemáticas internas vêm migrando progressivamente para o corpo; a ênfase na corporalidade parece sugerir que a plataforma dos conflitos migra para o exterior do sujeito. O culto ao corpo e à imagem encontra no terror do envelhecimento e da morte o negativo que lhe justifica, a condição de possibilidade de sua existência[4].

---

[1] Personagem do romance *Madame Bovary,* de Gustave Flaubert.

[2] Personagem do romance A mulher de trinta anos, de Honoré de Balzac.

[3] Sobre isso remeto o leitor ao artigo "Questões teóricas na psicopatologia contemporânea", de M. P. Fuks (2000).

[4] Pode-se constatar a abrangência dessa afirmação, por exemplo, na excelente discussão a respeito da clínica da perversão proposta por Flávio Carvalho Ferraz (2000) em seu livro sobre esse tema nesta coleção.

Em termos de publicações psicanalíticas, observa-se uma avalanche de trabalhos abordando direta ou indiretamente as problemáticas corporais, assim como constata-se na clínica um aumento considerável de demandas de análise que passam pelas *questões corporais*. O corpo toma a frente da cena, constituindo-se como fonte de sofrimento, de frustração, de insatisfação, de impedimento à potência fálico-narcísica. De veículo ou meio da satisfação pulsional, o corpo passa a ser também veículo ou meio de expressão da dor e do sofrimento. Um sofrimento que parece encontrar dificuldade para se manifestar em termos psíquicos.

Essas constatações da clínica da atualidade remetem imediatamente a uma questão: se o corpo biológico como tal não pode ser objeto da psicanálise, existiria então um corpo abordável pelo instrumental teórico-clínico psicanalítico? Que corpo é esse que se mostra, às vezes insistentemente, e que pode ser *acolhido* pelo psicanalista na sua escuta?

É a partir dessas questões que este trabalho se organiza, visando, de maneira indissociável, a um duplo objetivo. Primeiro, esboçar, no interior do movimento de construção do pensamento freudiano, uma geografia teórica da noção de corpo em Freud. E segundo, problematizar, a partir dessa geografia, as principais implicações metodológicas e clínicas na escuta analítica, assim como seus desdobramentos no transcorrer do processo terapêutico.

Do corpo excluído ao corpo doente

As publicações psicanalíticas têm mostrado que, nas últimas décadas, o corpo vem retornando ao cenário da psicanálise após um longo período de esquecimento e, por que não dizer, de desprezo.

Hoje a questão do corpo aparece, nota Jean Starobinski (1980), "como se nós o reencontrássemos após um esquecimento muito longo: a *imagem do corpo, a linguagem do corpo*, a *consciência do corpo* e a *liberação do corpo* tornaram-se palavras de ordem. Contagiosamente, os historiadores se interessam por tudo o que as culturas anteriores à nossa fizeram com o corpo: tatuagens, mutilações, celebrações, rituais ligados às diversas funções corporais. Os escritores do passado, por sua vez, de Rabelais a Flaubert, são tomados como testemunhas: no entanto, de repente, percebemos que não somos o Cristóvão Colombo da realidade corporal. Este foi o primeiro conhecimento que adentrou o saber humano: 'Eles perceberam que estavam nus' (Gênese, 3, 7). Depois desse momento, o corpo não pôde mais ser ignorado"[5] (p. 261).

Starobinski evoca a percepção da nudez como a evidência irrefutável da corporeidade do sujeito, um sujeito feito de carne e osso, habitando *um* corpo. No entanto, essa unicidade do corpo imediatamente se transforma em uma verdadeira multiplicidade de corpos se o olhar se dirige para o corpo como "objeto

[5] Esse trecho de citação, assim como todos os outros da bibliografia em francês, foram traduzidos por mim.

de estudo" de tão variados campos do conhecimento humano. Há de se reconhecer, então, que falar do corpo supõe o defrontar-se com *vários* corpos: o corpo biológico, o corpo filosófico, o corpo histórico, o corpo estético, o corpo religioso, o corpo social, o corpo antropológico e, certamente, o corpo psicanalítico. É justamente este corpo, abordado pelo instrumental teórico-clínico da psicanálise, que interessa aqui.

A advertência um tanto provocativa de Starobinski se dirige aos psicanalistas precisamente no início dos anos 80, quando se agitavam na França os debates em torno das questões do corpo na psicanálise. Nessa época, além da conhecida contribuição de alguns nomes da psicanálise francesa[6], pode-se dizer que se encontravam, ainda, de um lado os autores da Escola de Paris, que prosseguiam suas pesquisas insistindo na afirmação do campo da psicossomática psicanalítica, e de outro os autores de inspiração lacaniana[7], que tentavam sistematizar uma produção teórica que lhes permitisse incluir a problemática do corpo no campo do analisável.

Diante desse panorama, o lembrete "não somos o Cristóvão Colombo da realidade corporal" poderia ser escutado como um convite para pensar a problemática do corpo pelo viés epistemológico, único guardião da possibilidade de interlocução da psicanálise com as demais disciplinas em que o corpo também se constitui como objeto de interesse e estudo.

[6] Refiro-me aqui, por exemplo, aos trabalhos de A. Green, J. B Pontalis, P. Fédida, J. McDougall, D. Anzieu, entre outros.

[7] Por exemplo, os trabalhos de J. Guir, J. Clavreul, P. Benoit, J. D. Nasio, entre outros.

Se desde sempre o corpo suscitou questões, gerando formulações diversas no interior de tantos campos do conhecimento humano, ele certamente também não deixou de chamar a atenção dos psicoterapeutas, como atesta o sucesso das terapias ditas "corporais". Partindo da riqueza dos trabalhos de Reich, sobretudo a partir dos anos 60, a difusão dessas terapias atingiu grande amplitude. Muitas delas, aliás, devem parte de seu sucesso ao fato de terem se definido como uma reação à psicanálise e à conclusão de que esta não levava em conta o corpo.

O fato de a psicanálise fazer da linguagem o seu material privilegiado de trabalho funcionou para alguns de seus críticos como um argumento eficaz para insistirem na ideia de que ela negligencia o corpo, privilegiando exclusivamente o reinado do discurso. No interior mesmo do movimento psicanalítico, a tendência foi a de insistir em circunscrever a experiência analítica a uma leitura das representações e dos significantes dos processos psíquicos, excluindo do campo psicanalítico tudo aquilo que não é passível de ser representado no âmbito da palavra. A esse respeito, Joel Birman (1998) salienta que o primado da linguagem e do pensamento, ao restringir a experiência analítica ao mundo da representação, favoreceu o que ele considera uma espécie de "recalcamento" da problemática do corpo na psicanálise.

Nesse duplo movimento, as evidências das implicações da subjetividade no corpo viram-se ora relegadas a um certo esquecimento, ora identificadas exclusivamente com o discurso psicossomático, cuja ênfase recai sobre o corpo doente.

Vejamos alguns elementos do percurso pós-freudiano do corpo na história do movimento psicanalítico. Isso permitirá compreender que este percurso é indissociável da problemática propriamente epistemológica do corpo na psicanálise.

Nesse sentido, cabe lembrar que o interesse dos psicanalistas pela influência dos fatores subjetivos nos processos de adoecimento do corpo sempre esteve presente, desde os primórdios do movimento psicanalítico, como se pode verificar, por exemplo, pela importância dos trabalhos de Felix Deutsch, Groddeck, Reich e Ferenczi. A partir de 1940, esse interesse progressivamente se intensifica e, além da conhecida importância dos trabalhos de Balint, desenvolvem-se, no seio do movimento psicanalítico, duas escolas de psicossomática: a Escola de Chicago e, posteriormente, a Escola de Paris.

Baseando-se na distinção proposta por Freud entre as psiconeuroses e as neuroses atuais, os autores dessas escolas vão criticar a utilização generalizada do modelo da histeria de conversão na compreensão do funcionamento psíquico dos pacientes portadores de doenças orgânicas. Essa crítica, iniciada pela Escola de Chicago, dirigia-se sobretudo aos trabalhos de Deutsch e Groddeck, nomes importantes no que se refere à utilização da técnica analítica no tratamento das doenças somáticas no início do movimento psicanalítico[8].

Os trabalhos da Escola de Chicago priorizaram sobretudo as relações entre a doença orgânica e certas características de

[8] A esse respeito remeto o leitor ao terceiro capítulo do livro, *Enfermidade e loucura*, de J. Birman (1980).

personalidade. A Escola de Paris, rompendo com essa relação de causalidade direta, entre a eclosão de uma doença e as características de personalidade a ela associadas, foi bem mais além, colocando em evidência o modo relacional dos pacientes somáticos e chamando a atenção para o fenômeno da dificuldade de mentalização[9].

Os trabalhos dessas escolas, colocando a psicanálise e a medicina face a face, acabaram por estimular grande número de pesquisas psicanalíticas que tentam abordar diretamente o adoecimento somático. Desde então, a aplicação da psicanálise no meio médico tem sido considerável. Não há dúvida de que essa apropriação contribuiu para uma maior divulgação do saber psicanalítico, permitindo uma expansão de seu campo de atuação, que passa a incluir as instituições de saúde, aquelas que se ocupam com o cuidado do corpo doente.

Deve-se salientar ainda, sobretudo com os trabalhos da Escola de Paris, que a inclusão de novos conceitos ao arsenal do saber psicanalítico permitiu uma fertilização da escuta clínica para além das somatizações, abrindo, assim, todo um campo para as aproximações e diferenças entre esses quadros clínicos e as neuroses clássicas, as toxicomanias, os transtornos alimentares,

[9] Sobre os trabalhos da Escola de Paris, remeto o leitor às seguintes publicações: *Psicossoma: psicossomática psicanalítica*, organizado por F. C. Ferraz e R. M. Volich (1997), particularmente o artigo "A psicossomática de Pierre Marty", de Wilson de Campos Vieira; *Psicossoma II: psicossomática psicanalítica*, organizado por R. M. Volich, F. C. Ferraz e M. A. A. C. Arantes (1998); *Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise*, de Rubens Marcelo Volich (2000); *A psicossomática do adulto*, de P. Marty (1993); *Mentalização e psicossomática*, de P. Marty (1998) e *Psicossoma III: interfaces da psicossomática*, organizado por R. M. Volich, F. C. Ferraz e W. Rañna (2003).

as perversões. Há que se reconhecer, então, que, ao ver-se às voltas com o adoecer do corpo, a psicanálise sofre uma ampliação de seu campo clínico que resulta necessariamente em uma ampliação de seu campo teórico.

No entanto, não se deve ignorar que essa ampliação pode contribuir também para uma espécie de medicalização da psicanálise, cada vez que o discurso psicanalítico, ao confundir-se com o discurso médico, perde de vista a especificidade de sua metodologia.

Se essa ampliação permitiu a inclusão do corpo no alvo de interesse dos psicanalistas, esse interesse parece dirigir-se, em um primeiro momento, prioritariamente ao corpo doente. Ora, na atualidade a presença do corpo na clínica psicanalítica vai muito além daquelas situações em que uma queixa somática é formulada. O mal-estar na contemporaneidade testemunha que o corpo se faz presente também, insistentemente, pelo negativo, o que nos convida a explorar a diversidade de formas pelas quais ele vem se apresentando na situação analítica[10].

A problemática do corpo representa um ponto fundamental nas distinções epistemológicas que devem ser sistematicamente enfatizadas, de forma a garantir não apenas a fertilidade das relações entre psicanálise e medicina, mas também a especificidade da metodologia psicanalítica.

Sabemos que Freud, que sempre levou em conta o corpo e sua diversidade expressiva, teve também a preocupação

[10] Cf. meus artigos "A hipocondria do sonho e o silêncio dos órgãos: o corpo na clínica psicanalítica" (2002) e "As formas corporais do sofrimento: a imagem da hipocondria na clínica psicanalítica contemporânea" (2003).

constante de se ater ao que é fornecido pelos materiais psíquicos para avançar na construção de suas hipóteses sem perder de vista as fronteiras epistemológicas que ele começava a traçar com a biologia de sua época. Diferentemente de Ferenczi, que não hesitou em conceber o projeto de criar uma metabiologia, Freud mostrou-se bem mais prudente, evitando claramente distanciar-se das bases sobre as quais repousa o método psicanalítico. Se o que se expressa por meio da palavra do paciente constitui o material de trabalho do analista, é em relação à especificidade desse material que Freud afirma, de um lado, que a psicanálise deve produzir diretamente seus próprios modelos, e, de outro, que eles não poderiam ser confrontados com os modelos pertencentes a outras disciplinas e, como tal, elaborados por meios estranhos àquilo que funda o método psicanalítico: a situação analítica[11].

A psicanálise, então, não poderia ser incluída na categoria das "disciplinas" médicas, como, por exemplo, a psiquiatria. É do conhecimento de todos a insistência com que Freud afirmava que a psicanálise não pertencia a nenhuma "disciplina", situando-se antes no interior de duas fronteiras: o psicológico e o biológico. A "*psicologia do inconsciente*", segundo ele, só pode se encontrar "entre" a expressão do psíquico consciente e do biológico. Assim a psicanálise afirmava sua extraterritorialidade, não pertencendo nem à psicologia nem à biologia[12].

[11] Cf. meu artigo "Uma clínica psicanalítica do corpo: autoerotismo e feminilidade" (2000).

[12] Cf. Freud (1926b) "La question de l'analyse profane" e Freud (1938) *Abrégé de psychanalyse*.

Entretanto, sabemos que Freud cria uma série de modelos inspirados na biologia de sua época e jamais deixa de reivindicar a pertinência da psicanálise às ciências naturais, em harmonia com seu contexto histórico-cultural, que dividia as ciências em: ciências do espírito e ciências da natureza[13]. Tal posicionamento favoreceu um confuso normativismo em psicanálise, alimentado pelo sonho de uma determinação biológica do psiquismo, supostamente universal. Não se deve deixar de salientar que a crítica empreendida por Lacan aos destinos que tomava a psicanálise pós-freudiana contribuiu para afastar a pesquisa psicanalítica de um caminho marcadamente biologizante, enfatizando a complexidade de elementos que são necessários considerar quando se pretende abordar o corpo em psicanálise.

Se Freud nunca destruiu as pontes que o ligavam à biologia, cabe salientar que, seguindo a metapsicologia até seus últimos escritos, constata-se que o que ele guardou da biologia não foram os mecanismos experimentais *mensuráveis*, e sim as leis e esquemas gerais do funcionamento do sistema nervoso, que lhe serviram precisamente de modelo para a criação metapsicológica[14].

[13] Sobre as relações de Freud com a biologia remeto o leitor ao artigo "O biológico em Freud: 'corpo estranho' ou heresia?" de D. Delouya (1992).

[14] Sobre essa questão, ver os seguintes artigos: "Recension du corps" de G. Rosolato (1971); "Sur la formation des concepts freudiens de psychique/physiologique", de P. Bruno (1971); "Quelques éléments de recherche sur la place du biologique dans la théorie psychanalytique", de F. Gantheret (1975) e "Pour une métapsychologie analogique. Fécondité de l'hétérogène", de P. Fédida (1994).

A propósito do interesse da psicanálise para a biologia, Freud (1913) se exprime da seguinte forma: "Apesar de todo nosso esforço para não deixar os termos e os pontos de vista biológicos chegarem a dominar o trabalho psicanalítico, não podemos deixar de utilizá-los para a descrição dos fenômenos estudados por nós. Não podemos deixar de considerar a pulsão como conceito limite entre a concepção psicológica e a concepção biológica. (...) Eu me consideraria satisfeito se essas poucas observações chamassem a atenção para a importante mediação edificada pela psicanálise entre a biologia e a psicologia" (p.204). Além de chamar a atenção para a operacionalidade do conceito de *pulsão* na mediação entre biologia e psicologia, Freud enfatiza aqui seu esforço epistemológico, isto é, sua preocupação em "não deixar os termos e os pontos de vista biológicos" dominarem a pesquisa psicanalítica, reconhecendo, no entanto, não ter podido evitar o emprego desses termos "para a *descrição* dos fenômenos estudados". Trata-se, nessa ocasião, de um trabalho de nominação e fundação dos alicerces metodológicos e conceituais daquilo que estava sendo criado.

Devemos nos lembrar que, sendo médico, Freud privilegia sua própria língua para nomear suas descobertas, para fazer um trabalho de nominação daquilo que não podia ser nomeado senão a partir de uma linguagem já adquirida. Entretanto, as metáforas que ele utiliza não se limitam às relações analógicas com a biologia; ele vai também buscar na física de sua época as palavras necessárias para a continuação do trabalho de nominação de suas descobertas.

A psicopatologia do corpo na vida cotidiana

"Quels que soient ses aspects, le quotidien a ce trait essentiel: il ne se laisse pas saisir. Il appartient à l'insignifiance, et l'insignifiant est sans vérité, sans réalité, sans secret, mais est peut-être aussi le lieu de toute signification possible."

Maurice Blanchot[15]

Ao pensar na especificidade da clínica médica, faz-se necessário mencionar o que caracteriza a própria natureza da clínica cotidiana dos médicos com seus pacientes. Segundo eles, é comum os pacientes lhes confiarem não apenas seus sintomas orgânicos, mas também suas angústias, frustrações, fracassos, desejos e incertezas, cabendo a eles, de certa maneira, participar e intervir nesse universo. Entretanto, de uma forma geral, os médicos veem aí apenas um obstáculo à sua prática e, muitas vezes, não conseguem deixar de pensar, seja com humor ou com complacência, como bem expressou certa vez um deles, que "*a arte de tratar e curar se vê desafiada por muitos tipos de interferências que escapam ao médico*".

As muitas dores, os problemas funcionais do sono e da vida sexual, as mudanças de humor e, sobretudo, a angústia, bem

[15] M. Blanchot (1969): "Quaisquer que sejam seus aspectos, o cotidiano tem esse traço essencial: ele não se deixa apreender. Ele pertence à insignificância, e o insignificante é sem verdade, sem realidade, sem segredo, mas é talvez também o lugar de toda significação possível".

como tudo que constitui uma reivindicação permanente e loquaz, não justificável medicamente, são recebidos, em geral, com boa vontade por um médico que, em silêncio consigo mesmo, não tem muita certeza do que pode fazer com isso. Não é raro que, precisamente no momento em que algo dessa ordem lhe escapa, ele solicite a ajuda do psicanalista.

O psicanalista, por sua vez, precisa ser lembrado que seu paciente não é um ser exclusivamente "psíquico"? Eis uma pergunta pertinente: com que ouvido o psicanalista ouve o corpo de seus pacientes?

Se, de um lado, deve-se insistir que é no confronto com o adoecimento do corpo e com os enigmas a partir daí suscitados que a subjetividade do corpo, enfatizada pela psicanálise, adquire uma positividade teórico-clínica dificilmente negável, de outro, não podemos deixar de salientar que os psicanalistas discordam em relação à maneira de responder a uma demanda de análise fundada sobre um sofrimento que se exprime primordialmente em termos de doença orgânica. Alguns responderão que, em tais casos, a psicanálise pode ser associada aos tratamentos médicos, outros defenderão uma psicanálise modificada e outros, por fim, considerarão o estado do sujeito organicamente doente como uma contraindicação para a análise[16].

Além de nos defrontarmos maciçamente com o problema da depressão, a demanda que constitui a clínica contemporânea, nos defronta igualmente com uma diversidade de queixas que

[16] Com relação às indicações de análise, leia, por exemplo, os argumentos desenvolvidos no artigo "Bornes ou confins?", de J. B. Pontalis (1974).

envolvem diretamente o corpo. Ora, quer se perceba ou não, a diversidade da clínica nos coloca em contato com pacientes, alguns "tipicamente" neuróticos, e que sofrem, além disso, de doenças orgânicas, algumas delas até geralmente aceitas como doenças "psicossomáticas" (por exemplo, hipertensão arterial, artrite, úlceras gástricas, asma, alergias). A evolução da investigação psicanalítica ampliou seu campo teórico-clínico para muito além das neuroses de transferência, abrangendo hoje, além das psicoses e das perversões, os casos-limite – ou *borderlines* –, as toxicomanias e outras adicções) e a variedade dos quadros de somatização. Se acrescentarmos a esse panorama a tendência de alguns pacientes a se submeterem a intervenções cirúrgicas de indicação duvidosa ou a se tornarem vítimas de acidentes mais ou menos graves, ou ainda a sensibilidade aumentada de alguns para as doenças contagiosas, não podemos deixar de constatar que implicar o corpo nas respostas dadas aos conflitos internos é um fato bastante banal naquilo que poderíamos denominar a *psicopatologia do corpo na vida cotidiana*.

Como enfatiza Joyce McDougall (1989), é possível que a manutenção do equilíbrio psíquico se realize, na maior parte das situações de vida, pela produção de sintomas somáticos, muito mais do que pela produção de sintomas psíquicos, neuróticos ou psicóticos.

Sendo assim, as evidências da clínica contemporânea, com seus impasses e desafios, deveriam bastar para justificar a pertinência de um trabalho que se interessa em estudar a especificidade da abordagem psicanalítica do corpo. Entretanto,

outras justificativas se apresentam, ainda, na tentativa de insistir sobre a utilidade e aplicabilidade das interrogações levantadas neste estudo. Essas justificativas dizem respeito às relações entre psicanálise e medicina.

Meu interesse pelas questões que envolvem diretamente o corpo na experiência subjetiva datam da época em que trabalhava no Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina (UNIFESP), em atividades que compreendiam uma prática clínica, de ensino e de pesquisa, dividida entre o ambulatório e o Hospital Geral.

No ambulatório, concentravam-se as atividades clínicas – atendimento psicoterápico individual e de grupo – e as de pesquisa: atendimento a grupo de pacientes somatizadores e deprimidos. No Hospital Geral, integrava a equipe de supervisores do Serviço de Interconsultas e coordenava trabalhos de grupo com algumas equipes de saúde ligadas ao hospital. Então, nesta época tinha à disposição três "enquadres de escuta" diferentes, ou seja, o ambulatório, o Hospital Geral e o atendimento psicoterápico em consultório particular. Foi justamente a heterogeneidade dessa prática que me motivou, pela especificidade de cada um desses "enquadres de escuta", a buscar distinguir a especificidade de uma abordagem propriamente psicanalítica das relações entre o psíquico e o somático que tem como palco o corpo[17].

[17] Cf. minha tese de doutorado realizada no Laboratoire de Psychopathologie Fondamentale et Psychanalyse da Universidade de Paris VII, defendida em outubro de

Insisto aqui na expressão "enquadres de escuta", com o intuito de chamar a atenção para a ideia – menos evidente do que possa parecer – de que a escuta, tomada em seu sentido analítico, supõe que exista sempre uma palavra a ser ouvida, mais precisamente a ser *acolhida*. Mas será que a *escuta* implica apenas o que pode ser ouvido? O trabalho cotidiano nas instituições de saúde em geral mostra que não podemos "escutar" sem "ver". O "escutar-ver" é ainda mais necessário quando, muitas vezes, nos deparamos com situações nas quais as palavras pouco ou nada conseguem dizer, além de evocar imagens confusas de um cenário frequentemente violento.

A multiplicidade de funções que exerce o profissional que vive este tipo de experiência apresenta, sem dúvida, uma série de dificuldades[18]. Talvez a principal, de ordem teórica, seja a impossibilidade de se referir, de maneira segura, a modelos conceituais que possam ajudá-lo a compreender as diversas ressonâncias que sua prática lhe permite apreender. Entretanto, essa dificuldade não deve velar a riqueza decorrente justamente dessa multiplicidade, aquela que resulta da diversidade do material clínico. Sendo assim, a prática cotidiana em uma instituição médica certamente mostra-se um laboratório precioso para enriquecer, com a complexidade da experiência

1997 sob a orientação de Pierre Fédida, e posteriormente publicada pela editora Presses Universitaires du Septentrion em 1999.

[18] Cf. "A função e a inserção do psicólogo nas equipes multiprofissionais", de M. H. Fernandes (1986); "O psicólogo no Hospital Geral: Ensino e atuação", de N. L. Semer e M. H. Fernandes (1990); "De la douleur des malades à la souffrance de l'equipe", de L. A. N. Martins, L. Yazigi, M. H. Fernandes e A. M. Machado (1990).

de contato com o adoecimento do corpo, as interrogações sobre as relações entre o psíquico e o somático.

Com efeito, desde a antiguidade, a história que nos conduz da filosofia à psicossomática, passando pela religião, é atravessada pelos questionamentos que dizem respeito diretamente às relações entre o psíquico e o somático. A história da filosofia oferece-nos uma variedade de tentativas de compreensão dessas relações, fundadas tanto em teorias monistas quanto dualistas, tentativas que fundamentaram, mesmo que nem sempre explicitamente, as disciplinas ditas modernas.

Recentemente, as relações entre o psíquico e o somático têm despertado um interesse renovado e têm sido o objeto de diversos estudos em domínios muito diferentes, domínios esses que pertencem tanto às ciências biológicas quanto às ciências humanas, como, por exemplo, à medicina, à biologia, à psicologia, à antropologia, à sociologia. No seio de cada um desses diversos domínios, desenvolveram-se novas disciplinas (por exemplo, neuroimunologia, medicina comportamental, neurobiologia, biologia molecular, psicologia da saúde[19], antropologia médica, sociologia médica etc.) interessadas sempre, de uma maneira ou de outra, na exploração do caráter enigmático dessas relações.

[19] Cf. Bruchon-Schweitzer (1992) "Psychosomatique et maladie: l'apport de la psychologie de la santé". Nesse artigo, a autora estabelece uma clara distinção entre a psicologia da saúde e a psicossomática, a psicologia médica e a medicina comportamental.

Sendo assim, pode-se insistir que salientar a especificidade da contribuição da psicanálise à compreensão das enigmáticas relações entre o psíquico e o somático interessa duplamente.

Primeiro, pelas contribuições epistemológicas que pode trazer ao saber da psicanálise sobre ela mesma. Isto é, na medida em que serve para bem caracterizar a abordagem psicanalítica, salientando a especificidade do seu objeto e do seu método, garantindo assim a autonomia do discurso psicanalítico frente ao discurso dos outros campos do conhecimento que também se interessam pelo estudo dessas relações.

E ainda, na medida em que serve para bem caracterizar a contribuição da psicanálise na compreensão de uma série de fenômenos atuais decorrentes dos desenvolvimentos espetaculares das técnicas modernas em biologia, genética e na medicina em geral (por exemplo, procriação artificial, cirurgia transexual, transplantes de órgãos). Essas técnicas modernas vêm transformando em profundidade as questões relativas à relação do sujeito com o próprio corpo, com a identidade sexual e com as formas de parentesco e a filiação. Nesse sentido, deve-se salientar a necessidade de contribuir para instrumentalizar o saber psicanalítico para participar da atualidade do debate ético, que naturalmente se faz urgente face aos avanços da tecnologia a serviço do corpo.

É no horizonte dessas colocações e desses questionamentos que estudar a função do corpo na teoria freudiana pareceu-me uma necessidade eminentemente clínica, oriunda de

minha experiência com os "pacientes somáticos"[20]. É a partir dessa experiência que o trabalho teórico adquire sentido e fertilidade, mostrando-se capaz de engendrar novas possibilidades interpretativas do texto de Freud que permitam refletir sobre a escuta analítica a fim de melhor instrumentalizá-la para lidar, não apenas com os pacientes somáticos, mas também com as diversas formas de presença do corpo na situação analítica.

Em psicanálise, a formulação de hipóteses metapsicológicas, tal qual nos ensina Freud, supõe que o material de pesquisa emerge tanto da experiência clínica quanto do trabalho teórico do pesquisador. Se não é raro escutar que o objetivo da pesquisa psicanalítica seria pensar a situação analítica tal como ela é duplamente caracterizada – como método de trabalho teórico e método terapêutico – constata-se, então, que teoria e clínica encontram-se assim imbricadas nas próprias raízes da psicanálise, como tão bem demonstra o texto freudiano. Nesse sentido, uma distinção entre teoria e clínica na pesquisa psicanalítica evidencia-se, a princípio, se não impossível, ao menos problemática.

Pretendo demonstrar que, longe de estar excluído da psicanálise, o corpo encontra-se, ao contrário, no centro da construção teórica freudiana. Sendo assim, este trabalho parte da hipótese que o discurso freudiano, tendo se desenvolvido a partir da histeria e do sonho em uma complexidade

[20] Utilizo a expressão "pacientes somáticos" para referir-me àqueles pacientes que apresentam uma queixa somática ou que procuram uma análise supostamente motivados por esse tipo de queixa.

crescente que vai da pulsão ao ego corporal, enuncia uma abordagem própria do corpo, na qual a alteridade é um elemento-chave. A partir daí, pretendo demonstrar que os avanços teóricos após 1920 vão progressivamente ampliar as possibilidades de compreensão do corpo para além da lógica da representação. Esse posicionamento estratégico, por assim dizer, da alteridade na teoria freudiana do corpo e essa ampliação teórica para além da representatividade têm, sem dúvida, implicações clínicas, e representam a possibilidade de pensarmos, do ponto de vista metapsicológico, a natureza da eficácia da escuta analítica sobre o registro do corpo.

Traçarei, a seguir, um percurso que conduzirá o leitor pelos meandros da construção da metapsicologia. Sendo assim, no primeiro capítulo, partindo das descobertas inaugurais de Freud a respeito da histeria e do sonho, veremos como desde o início o corpo em Freud não se confunde com o organismo biológico, emergindo como um lugar de inscrição do psíquico e do somático.

O processo de construção da metapsicologia continuará a ser percorrido, de forma pontual, no segundo capítulo visando a colocar em evidência as transformações que foram se processando no pensamento de Freud. Transformações teóricas radicais que nos colocam em contato com o espírito inquieto do pesquisador Freud, jamais se recusando a transformar suas hipóteses sempre que os impasses da clínica assim exigiam.

Deste percurso pretende-se destacar, no terceiro capítulo, os elementos teóricos fundamentais que permitam circunscrever a especificidade psicanalítica da abordagem do corpo,

o que vem a conferir à alteridade uma posição estratégica. Tal posicionamento abre a possibilidade de explorarmos, no quarto capítulo, as implicações clínico-metodológicas dessa leitura do texto de Freud.

Desta forma, chegaremos à conclusão, na qual, além de assinalar possíveis direções a serem ainda exploradas, será possível retomar o caminho percorrido, enfatizando a especificidade da contribuição deste trabalho para a compreensão da questão do corpo na teoria e na clínica psicanalíticas.

1.

O corpo: Lugar de inscrição do psíquico e do somático

"Ce qui compte dans les choses dites par les hommes, ce n'est pas tellement ce qu'ils auraient pensé en deçà ou au-delà d'elles, mais ce qui d'entrée de jeu les systématise, les rendant pour le reste du temps, indéfiniment accessibles à de nouveaux discours et ouvertes à la tâche de les transformer".

Michel Foucault[1]

Para delimitar e operacionalizar esta investigação a respeito da especificidade da abordagem psicanalítica do corpo, utilizarei como material de trabalho o texto fundador da psicanálise – o texto freudiano. De um ponto de vista metodológico, faz-se necessário encontrar um eixo condutor para o processo de investigação desse texto, sem o qual este estudo correria o risco de perder-se na reconhecida complexidade da construção do pensamento de Freud.

[1] Foucault (1963): "O que conta nas coisas ditas pelos homens não é tanto o que eles teriam pensado aquém ou além delas, mas o que de saída as sistematiza, deixando-as, pelo resto do tempo, indefinidamente acessíveis a novos discursos e abertas à tarefa de transformá-las".

Minha hipótese supõe que, se o corpo que a construção teórica de Freud anuncia não se confunde com o organismo biológico, objeto de estudo e intervenção da medicina, ele se apresenta, ao mesmo tempo, como o palco onde se desenrola o complexo jogo das relações entre o psíquico e o somático, e como personagem integrante da trama dessas relações. Como se verá mais adiante, essa dupla inscrição se evidenciaria no conceito de pulsão, o conceito limite entre o psíquico e o somático, ao colocar o corpo ao mesmo tempo como fonte da pulsão e como finalidade, lugar ou meio da satisfação pulsional. Assim, a teoria freudiana permitiria colocar em evidência que o somático, isto é, o conjunto das funções orgânicas em movimento, habita um corpo que é também o lugar da realização de um desejo inconsciente.

Justamente essa dupla inscrição tem conferido ao corpo um lugar polêmico na psicanálise e denunciado, ao mesmo tempo, a complexidade na qual ele se insere na teoria e na clínica psicanalíticas.

Nesse sentido, as descobertas da psicanálise no domínio da histeria e do sonho se apresentam particularmente fecundas para servirem de eixo condutor desta exploração do texto de Freud justamente por salientarem a originalidade da abordagem do corpo elaborada, desde o início, pela teoria freudiana.

A histeria

A histeria, ao guiar-nos pelos primórdios do pensamento psicanalítico, nos coloca particularmente diante do sintoma

corporal, suscitando assim uma comparação fecunda entre o sintoma corporal na histeria e o sintoma corporal na doença somática propriamente dita. Em princípio, essa comparação põe em evidência dois fenômenos: a conversão e a somatização, cuja distinção básica gira em torno das vicissitudes da simbolização. Com isso nos deparamos com a distinção entre as neuroses atuais e as psiconeuroses. A histeria representa, nesse momento, o modelo por excelência que permitiu a Freud propor a ideia de que o corpo *narra* o que *mostra*, como nas imagens visuais e no discurso do sonho.

Nas histéricas, a paralisia, a cegueira, a dor, a tosse não se originam da realidade biológica do corpo, ou seja, não existem como expressão de um corpo doente, mas são o material de uma narração visual, em que a imagem é erigida como testemunho de um sofrimento diferente do sofrimento de um corpo doente. Trata-se, essencialmente, diz Freud, de um sofrimento psíquico. Com efeito, por que frequentemente tenta-se negar à histérica o direito a essa forma de sofrimento? O que Freud sugere é a ideia de um conflito inconsciente submetido ao recalcamento e, portanto, de uma significação inconsciente do sintoma corporal. O grande movimento de transposição produzido por Freud na concepção do corpo está apenas começando: o que aparece no corpo tem sua origem agora no psíquico. A partir desse momento, torna-se um engano acreditar que o corpo sofre apenas do que está doente nele.

Os sintomas corporais das histéricas só são mantidos enquanto tais pela força do recalcamento e, portanto, desaparecerão como que magicamente no momento em que o sentido

oculto se deixar desvelar pela dissolução desse mesmo recalcamento. Ora, podemos pensar que, diferentemente da histeria, na eclosão de uma doença somática, o corpo sofre daquilo que está doente nele e, neste caso, não há nenhum engano. A imagem do sintoma corporal não traduz aqui uma significação oculta, sobretudo se nos referimos a um sintoma já enquadrado em um diagnóstico médico confirmado. Trata-se, é evidente, de uma distinção capital entre o sintoma corporal da doença somática e o sintoma corporal da histeria: verdadeiramente somático e desprovido de sentido em um caso, ele aparece no outro, poderíamos dizer, enganosamente somático, pois é ligado ao recalcamento e, assim, suscetível de desaparecer sob o efeito da interpretação.

Sabemos que às vezes o fato de poder diagnosticar, nomear e classificar uma doença, mesmo que ela seja incurável, devolve ao médico a tranquilidade perdida diante do "engano" da histeria. A esse respeito, devemos observar que a qualificação de "doença falsa" para a histeria denuncia o talento do corpo para enganar, sem com isso deixar de revelar também um sofrimento psíquico frequentemente relegado ao segundo plano, engano que, paradoxalmente, institui o corpo da histérica como testemunho da impotência do poder médico para curá-lo. Para nos convencermos disso, basta verificar o efeito que provocam, ainda nos dias de hoje, as histéricas recebidas no pronto-socorro de um hospital universitário. Os médicos e os estudantes, embaraçados por sua presença ruidosa, aparecem estupefatos e impotentes, transtornados às

vezes até a raiva. Por outro lado, a "doença verdadeira", aquela que se origina do sofrimento físico, do corpo do "verdadeiro sintoma", aquele que não nos engana, consola o poder médico em relação à potência de seu instrumento e de seu discurso, em termos tanto de diagnóstico como de perspectivas de cura.

Retornando à primeira distinção feita entre o sintoma corporal da histeria e o da doença somática, percebe-se que essa distinção não faz nada além do que opor em princípio dois fenômenos, a conversão e a somatização. Ao mesmo tempo em que reconhece que há muitas vezes uma combinação dos dois, Freud (1894a) diferencia explicitamente a conversão histérica da somatização direta. Assim, ele escreve: "Na histeria, é uma excitação *psíquica* que se serve de uma via inadequada que leva a reações somáticas. Na neurose de angústia, ao contrário, é uma tensão *física* que não consegue se descarregar psiquicamente e que permanece, por isso, no domínio físico. Os dois processos muitas vezes aparecem combinados" (p. 85).

Freud propôs muito cedo uma distinção entre o que ele chamou de neuroses atuais e as psiconeuroses. Segundo ele, as primeiras (a neurose de angústia, a neurastenia e também a hipocondria – esta última tendo sido incluída mais tarde no grupo das neuroses atuais) encontravam sua origem não em "acontecimentos importantes da vida passada", mas em "distúrbios da vida sexual atual".

A esse respeito, Freud (1916-17b) escreve nas *Conferências introdutórias sobre psicanálise*: "E agora, devo chamar a atenção de vocês para a diferença fundamental que existe entre as

neuroses atuais e as psiconeuroses, das quais o primeiro grupo, as neuroses de transferência, tanto nos ocupou até o presente momento. Nos dois casos, os sintomas decorrem da libido, implicando em ambos um gasto anormal desta última. Nos dois casos, encontramos satisfações substitutivas. Os sintomas das neuroses atuais, porém (cabeça pesada, sensação de dor, irritação de um órgão, enfraquecimento ou suspensão de uma função), não possuem nenhum "sentido", nenhuma significação psíquica. Esses sintomas são físicos, não apenas em suas manifestações (tal é também o caso dos sintomas histéricos, por exemplo), mas também quanto aos processos que os produzem e que se desenvolvem sem a menor participação de nenhum dos mecanismos psíquicos complicados que conhecemos. Como poderiam eles, nessas condições, corresponder a utilizações da libido que, como já vimos, é uma força psíquica? A resposta a essa questão é muito simples. Permitam-me evocar uma das primeiras objeções feitas à psicanálise. Essa objeção consistia na ideia de que a psicanálise estaria perdendo tempo ao querer estabelecer uma teoria puramente psicológica dos fenômenos neuróticos, o que seria uma tarefa estéril, já que as teorias psicológicas não são capazes de dar conta de uma doença. Ao produzir esse argumento, entretanto, esquecia-se facilmente de que *a função sexual não é nem puramente psíquica nem puramente somática*. Ela exerce sua influência ao mesmo tempo sobre a vida psíquica e sobre a vida corporal. Se reconhecemos nos sintomas das psiconeuroses as manifestações psíquicas dos distúrbios sexuais, não nos surpreenderá

encontrar nas neuroses atuais seus efeitos somáticos diretos"[2] (p. 365). Apesar de distinguir claramente esses dois tipos de neurose, Freud enfatiza que ambos se encontram submetidos à influência da função sexual: nem puramente psíquica, nem puramente somática; esta última representa o traço que ambos têm em comum.

Além disso, mesmo diferenciando os mecanismos que regem as neuroses atuais, de um lado, e as psiconeuroses, de outro, Freud atribui às primeiras a qualidade de núcleo do sintoma psiconeurótico. Em uma passagem em que insistia sobre essa distinção, Freud (1912) escreve: "Considero ainda, como assim me parecia já há mais de quinze anos, que as duas neuroses atuais – a neurastenia e a neurose de angústia (talvez a verdadeira hipocondria deva ser classificada como uma terceira neurose atual) – constituem a antecipação somática das psiconeuroses, e fornecem o material da excitação, o qual em seguida é psiquicamente selecionado e encoberto, apesar de que, falando de uma forma geral, o núcleo do sintoma psiconeurótico – *esse grão de areia no meio da pérola* – é formado de uma manifestação sexual somática"[3] (p. 179).

Continuando a se interessar mais pelas psiconeuroses do que pelas neuroses atuais, Freud (1916-17b) especifica mais tarde:

[2] Grifos meus.

[3] Grifos meus.

existe, entre os sintomas das neuroses atuais e os sintomas das psiconeuroses, uma relação interessante e que fornece uma contribuição importante para o conhecimento da formação de sintomas nestas últimas: *o sintoma da neurose atual constitui muitas vezes o núcleo e a fase preliminar do sintoma psiconeurótico*. Observamos essa relação especialmente entre a neurastenia e a neurose de transferência chamada de histeria de conversão, entre a neurose de angústia e a histeria de angústia, mas também entre a hipocondria e as formas das quais falaremos mais tarde designando-as com o nome de parafrenia (demência precoce e paranoia). Tomemos como exemplo a dor de cabeça ou as dores lombares histéricas. A análise mostra-nos que, por meio da condensação e do deslocamento, essas dores se tornaram uma satisfação substitutiva para toda uma série de fantasias ou lembranças libidinosas. Mas houve um tempo em que essas dores eram reais, quando elas eram um sintoma direto de uma intoxicação sexual, a expressão corporal de uma excitação libidinal. Não defendemos a ideia de que todos os sintomas histéricos contenham um núcleo desse tipo; mas não deixa de ser verdade que esse caso seja particularmente frequente, e que a histeria utilize de preferência, para a formação de seus sintomas, todas as influências, normais e patológicas, que a excitação libidinosa exerce sobre o corpo. Elas fazem então o papel desses *grãos de areia que recobrem de camadas de madrepérola a concha que abriga o animal*. Os sinais passageiros da excitação sexual, que acompanham o ato sexual,

> são, da mesma forma, utilizados pela psiconeurose como os materiais mais cômodos e mais apropriados para a formação de sintomas[4]. (p. 368-369)

Observa-se aí claramente como Freud desenvolve todo um raciocínio a respeito de como os materiais provenientes de fontes diversas interagem para a formação dos sintomas.

Percebe-se que Freud privilegia a metáfora do *grão de areia* para designar a relação existente entre as neuroses atuais e as psiconeuroses, mostrando assim que as neuroses se organizam em geral a partir de mecanismos mistos interligados e que, por isso, torna-se difícil, na experiência clínica, o encontro de neuroses, por assim dizer, "puras". Sendo assim, se notamos que a complexidade da clínica tende a relativizar a distinção entre neuroses atuais e psiconeuroses, essa distinção conserva, contudo, seu valor, conforme salienta J. Laplanche (1980), "por introduzir dois elementos estruturais que geralmente agem de forma complementar" (p. 45).

Já vimos que Freud havia equiparado a neurastenia e a histeria de conversão por se originarem ambas de mecanismos que utilizam o corpo para a manifestação dos sintomas, mas em níveis diferentes. Na segunda, o valor simbólico dos sintomas permanece evidente, e Freud conseguiu mostrar que estes obedecem à lógica de uma anatomia puramente fantasmática. Assim, referindo-se à distinção entre as paralisias motoras orgânicas, de um lado, e as histéricas, de outro, Freud (1893) escreve:

[4] Grifos meus.

> Eu afirmo, ao contrário, que a lesão das paralisias histéricas deve ser totalmente independente da anatomia do sistema nervoso, visto que a histeria se comporta nessas paralisias e em outras manifestações como se a anatomia não existisse, ou como se simplesmente a desconhecesse. (p. 55)

Quando chama a atenção para o fato de o corpo das histéricas não ter nada a ver com o corpo com o qual se ocupam os anatomistas, Freud nos indica, de fato, que aquilo que as histéricas nos mostram é a existência de um corpo representado a partir de uma linguagem popular, e não científica.

Inversamente, o processo da somatização mostra-se bem diferente. Com efeito, como observa J. Laplanche (1980), "poderíamos dizer que, com relação à conversão, a somatização psicossomática segue vias muito mais fisiológicas", desembocando em certos aparelhos funcionais cujos sintomas são fixos e numeráveis, relativamente estereotipados como, por exemplo, úlcera gástrica, asma, hipertensão arterial. E o autor continua: "Encontramos, portanto, no processo de somatização da psicossomática, a anatomia e a fisiologia objetivas" (p. 47).

A despeito da indiscutível legitimidade dessa consideração, a experiência nos ensina que, na clínica, as coisas estão longe de poderem ser assim tão claramente diferenciadas. Vimos que o próprio Freud não deixou de assinalar que era na realidade somática que o sintoma corporal da histérica encontrava sua fonte, o que lhe permitia falar, nesse caso, de uma *complacência somática*. De fato, no que se refere aos sintomas corporais

das doenças somáticas, podemos dizer que, se eles não possuem um sentido oculto segundo a lógica da conversão, a experiência clínica nos esclarece que eles ocupam, mesmo assim, um *lugar*, um local, na economia fantasmática do sujeito. Além disso, a constatação de que as doenças somáticas fazem parte da vida de todos nós – até formam e constroem nossa história pessoal – e que é natural ao corpo adoecer, mais cedo ou mais tarde, não é suficiente para eliminar as diferenças que existem entre a histeria e a doença somática. De uma certa forma, porém, essa constatação contribui igualmente para aproximá-las, na medida em que ambas não escapam à dimensão subjetiva que historiciza e confere sentidos ao que toca o corpo.

Contudo, nesse momento, seria útil continuar a nos perguntar o que, do ponto de vista do funcionamento psíquico, pode diferenciar a conversão da somatização. A primeira resposta estrutura-se em torno das transformações da simbolização: estas foram consideradas, desde Freud, como um elemento essencial[5]. P. L. Assoun (1993) considera

> (...) que ao destacar o corpo histérico do corpo neurastênico, rejeitado com sua somatização difusa na classe das neuroses atuais, onde o corpo fala por si só, Freud realiza uma operação considerável: ele faz do corpo o lugar de uma simbolização. (p. 165)

[5] Sobre essa questão remeto o leitor ao capítulo "Somatização e simbolização: seus destinos na psicopatologia freudiana", do livro *Freud: aproximações*, de Z. Rocha (1995).

De fato, o corpo adquire um valor simbólico quando sua realidade biológica é colocada em um sistema significante. Segundo F. Gantheret (1971),

> (...) só há simbolização quando ocorre um encontro entre uma série associativa e um ancoradouro numa disposição orgânica; quando o elemento de real orgânico é colocado num sistema significante; quando a série imaginária, pregando-se ao real biológico, adquire valor de signo, elemento de um sistema. É preciso então se perguntar se não é a noção de "apoio" que é representada: *Anlehnung* das pulsões sexuais sobre as pulsões de autoconservação, do corpo do fantasma sobre o corpo biológico, da sexualidade sobre a atividade corporal. (p. 142)

Sem avançar mais na vasta questão do "apoio", podemos dizer simplesmente que, por meio do corpo, o psíquico se exprime somaticamente da mesma maneira que o somático ou realidade biológica; ele se traduz nas mais diversas manifestações psíquicas e também psicopatológicas.

Se a conversão nos convida a evocar o modelo de um *corpo da representação*, a somatização nos sugere, por sua vez, se assim podemos dizer, o modelo de um *corpo do transbordamento*, em que o sintoma corporal pode ser compreendido como uma descarga. De fato, se a somatização admite a possibilidade de que nem sempre o corpo está vinculado a um sistema significante, ela abre igualmente para a possibilidade de pensarmos uma lógica do *transbordamento*. Voltarei a essa questão mais adiante.

A diferenciação entre conversão e somatização, que em Freud encontrava seu ponto de apoio na distinção entre psiconeuroses e neuroses atuais[6], será retomada mais tarde por F. Alexander na construção de sua teoria, baseada na especificidade psicodinâmica de cada afecção somática. A principal crítica deste último referia-se à ideia de que a teoria da histeria de conversão havia sido erroneamente estendida a todos os distúrbios somáticos nos quais os fatores psíquicos desempenhavam um papel importante. Essa crítica de Alexander dirigia-se sobretudo a F. Deutsch e G. Groddeck, os dois nomes mais eminentes no que se refere ao tratamento analítico das doenças somáticas no início do movimento psicanalítico.

Groddeck, em quem Freud reprovava um certo excesso de romantismo em sua abordagem do inconsciente[7], afirmava que na base da estruturação dos sintomas corporais das doenças somáticas encontravam-se os mesmos mecanismos psíquicos que operam no sonho e em outras formações do inconsciente[8]. Tal tentativa de expansão que visava incluir, dessa forma, as doenças somáticas no campo da psicanálise será criticada e combatida no próprio interior do movimento psicanalítico,

[6] Para aprofundar a compreensão das neuroses atuais e seus desdobramentos na clínica contemporânea, remeto o leitor ao artigo "Das neuroses atuais à psicossomática" de F. C. Ferraz (1997) e à discussão sobre a relação entre estresse e neuroses atuais proposta por M. A. A. C. Arantes (2002) em seu livro *Estresse*, em coautoria com M. J. F. Vieira.

[7] Sobre a relação de Groddeck com a psicanálise, remeto o leitor ao livro L'entendement freudien, de P. L. Assoun (1984) e ao livro *Enfermidade e loucura*, de J. Birman (1980).

[8] Cf. Groddeckk (1926) "Travail du rêve et travail du symptôme organique".

como mostra o desenvolvimento dos trabalhos da Escola de Chicago e, mais tarde, da Escola de Paris.

A distinção entre conversão e somatização tem aqui um valor ilustrativo desse tipo de movimento que ocorre no próprio seio da história da psicanálise. As abordagens dessas duas Escolas não deixaram de despertar um interesse e de proporcionar um animado debate de cunho epistemológico, objetivando colocar em evidência as questões referentes ao tema do corpo na psicanálise.

Ora, se falamos de um *corpo da representação* e de um *corpo do transbordamento*, não podemos deixar de nos interrogar, a partir daí, sobre as condições de possibilidade de uma abordagem psicanalítica do corpo. A partir desse ponto, não poderemos mais negligenciar a questão do que é o *somático* para a psicanálise e, consequentemente, a incidência dessa interrogação sobre o que esta última entende por *psíquico*.

O sonho

"Le rêve est sans fin, la veille sans commencement, ni l'un ni l'autre ne se rejoignent. Seule la parole dialectique les met en rapport en vue d'une verité".

Maurice Blanchot[9]

[9] M. Blanchot (1980): "O sonho é sem fim, a vigília sem começo, nem um nem outro se encontram. Só a palavra dialética os relaciona na busca de uma verdade".

A psicanálise amplia a visão do adoecer ao apontar para a importância da experiência subjetiva que acompanha toda perturbação orgânica. P. L. Assoun (1993), ao se interessar por essa questão, chama a atenção para o papel do inconsciente como o "lugar de passagem, ao mesmo tempo necessário e misterioso, onde, de alguma forma, torna-se 'indeterminável' a relação da alma com o corpo" (p. 161). Isso coloca em evidência que a especificidade da contribuição psicanalítica reside exatamente na reflexão sobre o papel do inconsciente nessa relação. Se, conforme a hipótese deste trabalho, o corpo é o palco onde se encenam a trama das relações entre o psíquico e o somático, uma outra questão merece ainda ser colocada: *que outras vias teria Freud aberto para nos permitir explorar as relações entre o corpo e o inconsciente?*

Logo no início de seu texto "Suplemento metapsicológico à teoria dos sonhos", Freud (1917a) oferece uma pista interessante quando nos convida a refletir sobre a *capacidade diagnóstica* do sonho. Ele se refere ao fato de que "nos sonhos, a doença física incipiente é com frequência detectada mais cedo e mais claramente do que na vida de vigília". Chamando a atenção para o fato de que no sonho "todas as sensações costumeiras do corpo assumem proporções gigantescas", Freud diz que essa amplificação das sensações é de "natureza hipocondríaca" e "depende da retirada de todos os investimentos psíquicos do mundo externo para o ego, tornando possível o reconhecimento precoce das modificações corporais que, na

vida de vigília, permaneceriam inobservadas ainda por algum tempo" (p. 254).

É interessante notar que, ao qualificar o sonho de hipocondríaco, Freud lhe atribui, além do estatuto alucinatório, um estatuto perceptivo. Esta formulação supõe que o sono, pela sua própria regressão, é o que permite este olhar do sonho sobre o interior do corpo. O estado de sono, e certamente o sonho, são aqui os instrumentos de uma abordagem que parece permitir uma compreensão metapsicológica do modo de relação do inconsciente com o corpo.

Seguir essa pista de Freud exige alguns comentários prévios, pois evocar a capacidade diagnóstica e, por consequência, enfatizar o estatuto perceptivo do sonho não deixa de suscitar algumas reservas.

A primeira delas diz respeito ao risco de retomar uma concepção psicologizante do sonho, levando a um tipo de interpretação das imagens como totalidade de símbolos, que remetem a sentidos determinados. Isso equivaleria a ignorar toda a importância da escuta da palavra sonhada, da escuta dessa *língua primitiva sem gramática* que nos remete ao inconsciente, ignorando, com isto, o trabalho de escrita figurativa que realiza o sonho, e ao qual Freud concedeu tanta importância.

Foi para evitar tal risco que este trabalho se refere à *natureza hipocondríaca* do sonho em vez de apelar para a noção de *capacidade diagnóstica*. O inconveniente desta última é o fato de sugerir a ideia de uma equivalência constante entre uma imagem e sua significação, esquecendo, assim, que há sempre

algo de profundamente ilegível na imagem. Para explorar essa afirmação de Freud, feita em 1917, atribuindo ao sonho uma *natureza hipocondríaca*, vale a pena retornar a alguns momentos precisos da construção da teoria freudiana do sonho em 1900.

No primeiro capítulo de *A interpretacão dos sonhos*, Freud (1900) se expressa assim:

> A investigação das fontes internas do sonho nos leva a examinar a totalidade do organismo. Em nosso estado normal, ignoramos os órgãos internos, mas eles podem se tornar uma fonte de impressões para nós – impressões desagradáveis – quando estão em estado de "excitação" ou de doença. Eles agem então exatamente como os estímulos sensoriais e dolorosos externos. Esses são fatos conhecidos há muito tempo, e que fizeram Strümpell, por exemplo, dizer: "No sono, a consciência que a mente tem do corpo é muito mais profunda e muito mais ampla do que durante a vigília; ela é obrigada a receber e deixar agir sobre si certas excitações que provêm de partes do corpo, e de modificações somáticas que ela ignora durante a vigília". Aristóteles já considerava possível que o sonho assinalasse doenças iniciantes, que não poderíamos notar quando acordados (isso aconteceria por causa do aumento da intensidade de nossas sensações durante o sonho). Certos autores médicos, que certamente não acreditavam em uma função profética do sonho, consideravam que ele podia, ao menos, anunciar precocemente certas doenças. (p. 39)

Nota-se aqui que é o estado de sono que permite esse olhar sobre o interior, e que o sonho é o instrumento que olha e comunica, sob a forma de imagens, o que viu, mas não de maneira direta!

Freud não deixa de fazer referência ao fato de a Antiguidade já ver no sonho um instrumento de diagnóstico e lhe atribuir também uma função terapêutica. De fato, nos centros de oniroterapia, o doente se submetia a diversas cerimônias antes de deitar-se sobre a pele de um carneiro sacrificado para dormir. Os doentes, conta-nos C. Ramnoux (1986), "dormiam em uma sala próxima ao templo principal. Seus sonhos, se Deus lhes enviava algum, forneciam indicações de tratamento ou até de um trauma. As curas relatadas no templo constituíam a revelação de Asclépios" (p. 22). A esse respeito, Freud (1900) comenta: "A concepção pré-científica do sonho que tinham os antigos estava em total harmonia com sua filosofia geral, que projetava no mundo externo o que só tem realidade na vida mental" (p. 14).

Um pouco mais adiante, ele acrescenta:

> A expressão popular "os sonhos vêm do estômago" explica o que entendemos por estímulos do sonho, fontes do sonho. Por trás desse conceito se dissimula uma teoria do sonho concebida como consequência de uma perturbação durante o sono. Não teríamos sonhado nada se algo não tivesse perturbado nosso sono, e o sonho é a reação contra essa perturbação. (p. 28)

Aqui já aparece a ideia do sonho como sendo o *guardião do sono*, e também a necessidade de distinguir as fontes do sonho e de classificá-las por ordem de importância. A maior parte dos autores, diz Freud (1900), "parece admitir que as causas de perturbações durante o sono e, por consequência, as fontes do sonho, podem ser múltiplas, e que tanto os estímulos somáticos como as excitações psíquicas podem provocar sonhos" (p. 29).

A teoria do estímulo somático como fonte do sonho era a mais comumente aceita pelos autores médicos nessa época, e o esforço de Freud consistiu justamente em chamar a atenção para as fontes psíquicas do sonho, para as *excitações psíquicas*. Ele insiste no fato de a teoria somática não dar conta de "explicar inteiramente a aparente liberdade que conservam as imagens evocadas nos sonhos" (p. 44); isso o leva a questionar esses autores, perguntando-lhes "segundo que regras os estímulos orgânicos se transformam em imagens de sonho" (p. 41). Podemos supor aqui que foi essa questão que levou o interesse de Freud a se voltar mais para a maneira como se formam as imagens do sonho, sejam elas desencadeadas por estímulos somáticos ou psíquicos. Sua resposta encontra-se no que ele descreve e nomeia – *o trabalho do sonho*.

A conclusão a que chega Freud, de que o sonho "pensa sobretudo por imagens visuais" (p. 52), leva-o a introduzir a ideia de um fenômeno "alucinatório" como característica do sonho. Ele escreve:

> O sonho organiza essas imagens e cenas, ele representa as coisas como atuais, ele *dramatiza* uma ideia, segundo a expressão de Spitta. É preciso acrescentar, para caracterizar plenamente esse aspecto da vida do sonho, que no sonho – na maior parte das vezes as exceções exigem explicações especiais –, nós não nos sentimos pensando, mas vivendo os acontecimentos; temos, portanto, uma fé total em nossas alucinações. (p. 52)

Podemos dizer, então, que o "teatro do sonho" se vê assim dividido entre percepção e alucinação.

Retomemos então a questão levantada por Freud: segundo que regras os estímulos orgânicos se transformam em imagens do sonho? Ele acentua que, diferentemente dos autores que defendem a teoria dos estímulos somáticos, Scherner atribuiu ao sonho um significado ao colocar a ênfase no papel da imaginação na construção das imagens do sonho. Freud (1900) especifica: "Scherner acredita até que nossa imaginação tenha, no sonho, uma figura predileta para representar o organismo inteiro: que seria a casa" (p. 81). Os órgãos somáticos excitados seriam representados como partes da casa; assim, "em um sonho de enxaqueca, o teto de um quarto (que vemos coberto de horríveis aranhas parecidas com sapos) representa a cabeça" (p. 81). Além disso, o sonho disporia, para um mesmo órgão, de vários símbolos encontrados entre os objetos domésticos: "Uma estufa cheia de chamas de fogo com seu sopro ardente simbolizaria os pulmões, caixas e cestas vazias representariam o coração

(...)" (p. 81). A propósito da teoria de Scherner, Freud assinala ainda: "Devemos notar que no final desses sonhos de estímulos orgânicos, a imaginação é, de alguma maneira, desmascarada, e mostra claramente o órgão excitado ou sua função" (p. 82).

Se Freud admite que Scherner atribui ao sonho um significado, por outro lado, porém, ele recusa a característica arbitrária desse tipo de teorização:

> Não parece que, para Scherner, a imaginação simbólica tenha no sonho uma função útil. A mente que sonha joga com os estímulos que lhe chegam. Poderíamos supor que ela joga mal. Poderíamos também nos perguntar por que nos ocupamos da teoria de Scherner se suas características arbitrárias e negligentes são tão visíveis. Convém, entretanto, defendê-la (...) Ela trata de um assunto que os homens há séculos consideram enigmático, mas rico em conteúdo. A própria ciência reconhece que só tentou elucidar esse tema opondo-se à opinião popular e negando ao sonho qualquer conteúdo ou significado (...) Espero poder mostrar que, por trás destas (as tentativas de explicação de Scherner), há algo de verdadeiro, que, realmente, só foi reconhecido até agora de uma forma confusa, e não tem a característica de generalidade que deve pretender ter uma teoria do sonho. (p. 82-83)

Mesmo concedendo ao sonho um significado, um poder *simbólico*, sabe-se a que ponto Freud se opôs à ideia de um

simbolismo do sonho, e sobretudo pelas discussões que ele teve com Jung, Steckel e outros sobre esse assunto.

No capítulo V de *A interpretação dos sonhos*, Freud (1900) retoma a questão das fontes somáticas do sonho quando fala dos materiais que participam de sua formação. Ele escreve:

> Falta introduzir em nossa doutrina os fatos sobre os quais se apoia a teoria corrente do estímulo somático. Demos já um primeiro passo nesse sentido quando colocamos no início que o trabalho do sonho era obrigado a elaborar todas as excitações simultâneas e colocá-las em uma unidade (...) Assim, o sonho aparece como uma reação a tudo que existe simultaneamente e atualmente na alma adormecida. (p. 200)

O trabalho do sonho permite-nos, então, dar unidade à diversidade dos materiais que o constituem. Mas o sonho é também uma reação, no sentido em que visa a neutralizar ou transformar a influência desses materiais originários. Neutralizá-los para preservar o sono, e transformá-los para ocultar o desejo. Se está claro que, para Freud, esses materiais se originam de estímulos psíquicos, ele coloca aqui igualmente os estímulos somáticos, como também todo tipo de restos diurnos.

Em relação aos estímulos somáticos, Freud (1900) escreve:

> Vimos que distinguíamos três tipos de fontes somáticas: os estímulos sensoriais objetivos (originando-se dos objetos

> exteriores), os estados de excitação interna (subjetivos) dos órgãos dos sentidos, e os estímulos somáticos provenientes do interior do organismo. Vimos que os autores davam pouca atenção às fontes psíquicas do sonho, ou nem mesmo as admitiam. (p. 194)

Na época, para Freud, a questão era a de reafirmar a importância do sonho como fenômeno psíquico.

Vemos, assim, que a expressão "fontes somáticas" inclui as fontes corporais, por oposição às fontes psíquicas, e que o adjetivo "somático" remete tanto à "superfície do corpo" como "ao interior do organismo". As fontes somáticas seriam de três tipos: os estímulos que tocam o corpo do sonhador durante o sono, como um objeto que, ao fazer isso, provocasse uma dor; as excitações dos órgãos dos sentidos como, por exemplo, os ruídos que o sonhador escutasse durante o sono; e, por fim, *os estímulos somáticos provenientes do interior do organismo*. Está claro que, na teoria do sonho de Freud, todos esses estímulos são incluídos sob o mesmo título de restos diurnos que, mesmo participando da formação do sonho, se prestam à expressão deformada de um desejo inconsciente e, portanto, submetido à censura.

Esse ponto interessa particularmente a este trabalho, pois, em 1917, não se observa um interesse renovado de Freud por todos os tipos de fontes somáticas do sonho, todas essas que ele levava em conta em 1900, mas apenas pelo terceiro tipo, a saber, os *estímulos somáticos provenientes do interior do organismo*.

Para verificar essa ideia torna-se importante seguir o pensamento de Freud sobre esse ponto.

No seu texto de 1900, *A interpretação dos sonhos*, na passagem em que procura mostrar que as teorias de Spitta, Strümpell, Wundt e Meynert são insuficientes para dar conta da formação do sonho, e em que critica, além disso, a teoria do simbolismo de Scherner, encontramos já a seguinte afirmação: "Há uma terceira possibilidade, a mais provável de todas: em certos momentos, motivos específicos nos levariam a prestar atenção às sensações viscerais que existem o tempo todo; mas isso nos levaria além da teoria de Scherner" (p.199). Ora, não é difícil imaginar que prestamos atenção às nossas sensações viscerais justamente quando elas assim nos solicitam, em virtude de um funcionamento excessivo ou deficiente, por exemplo, em um estado de doença.

A alusão de Freud ao fato de que tais sensações existem sempre não deixa de nos remeter ao conceito de cinestesia, que era um conceito bem aceito no fim do século XIX pela comunidade científica, do qual certamente Freud tinha conhecimento. A esse respeito, Jean Starobinski (1980) aponta que,

> (...) ao escrever a *Traumdeutung*, Freud contrariou em primeiro lugar as teorias geralmente aceitas no fim do século XIX, que consideravam a atividade onírica como decorrente da permanência ou da liberação, durante o sono, da excitação sensorial periférica ou visceral. Ribot, em *Les maladies de la personnalité*, formulou de passagem uma teoria do sonho

> perfeitamente de acordo com o resto de sua concepção do primado da cinestesia. (p. 270)

Apesar de sua imprecisão, o conceito de cinestesia foi relativamente difundido no fim do século XIX, sendo retomado especialmente por Wundt, Janet e William James. Este último, em seu livro *Princípios de psicologia* (1890), identificava os sintomas patológicos da duplicação da personalidade ou do estranhamento corporal a distúrbios do sentido cinestésico[10].

Sabemos que Freud, perfeitamente consciente da volumosa literatura que, já bem antes de Ribot, existia sobre esse campo, consagrou o primeiro capítulo de *A interpretação dos sonhos* a uma espécie de revisão bibliográfica, que figura como introdução histórica à questão da "teoria do estímulo somático do sonho". A preocupação de Freud na época, como já apontamos, era chamar a atenção para o estímulo psíquico como parte da formação do sonho, enfatizando justamente a liberdade que conservam as imagens evocadas nos sonhos. No quinto capítulo da mesma obra, Freud retorna mais uma vez à questão das fontes somáticas do sonho. Entretanto, o que ele enfatiza aqui diz respeito aos motivos específicos que nos levariam a prestar a atenção às sensações viscerais, colocando-nos já bem adiante da teoria de Scherner.

Com efeito, é no registro da hipocondria que Freud, em 1917, de forma pontual e alusiva, reitera seu interesse pelos *estímulos*

[10] Sobre o conceito de cinestesia, remeto o leitor ao primeiro capítulo do livro Le corps, de M. Bernard (1995).

somáticos provenientes do interior do organismo, pelas *modificações corporais* ainda não percebidas no estado de vigília. A intensificação destas modificações corporais no sonho, escreve ele, é de *natureza hipocondríaca*. Deve-se observar que, no século XIX, a hipocondria era vista como uma espécie de sensibilidade que privilegiava o acesso às sensações corpóreas. É, portanto, no contexto de uma certa visão disseminada na época, que Freud concede ao sonho, anos mais tarde, uma *natureza hipocondríaca* que lhe dá acesso a uma visão sobre o interior do corpo. Ele atribui à hipocondria essa mesma possibilidade[11].

Antes de continuar, gostaria de observar uma curiosa coincidência entre duas épocas. Em 1900, quando Freud escreveu *A interpretação dos sonhos*, havia uma predileção no meio médico por uma explicação exclusivamente somática das origens do sonho. Nos dias de hoje, por sua vez, vemos que a intransigência de certas abordagens leva alguns neurofisiologistas a se recusarem a levar em conta qualquer consideração de ordem psíquica referente à formação do sonho, negando também, consequentemente, a contribuição de Freud nesse campo. É no mínimo surpreendente observar, em certas publicações dessa área, uma recusa a reconhecer o sonho como um fenômeno

[11] Sobre a hipocondria, remeto o leitor às seguintes publicações: Hipocondria, de R. M. Volich (2002), publicado nesta coleção; à coletânea Hipocondria, organizada por M. Aisenstein, A. Fine e G. Pragier (2002); ao artigo "Figuras da hipocondria: do paradoxo à revelação", de R. M. Volich (2003) e ainda aos meus artigos "A hipocondria do sonho e o silêncio dos órgãos: o corpo na clínica psicanalítica" (2002) e "As formas corporais do sofrimento: a imagem da hipocondria na clínica psicanalítica contemporânea" (2003).

ao mesmo tempo somático e psíquico, mantendo somente, de toda a contribuição de Freud, a feliz insistência em chamar a atenção para o sonho como *guardião do sono*.

Para a psicanálise, enfatiza G. Rosolato (1972), "o sonho se divide entre estes dois limites: desejo de dormir e desejo outro que toma forma" (p. 274). A esse respeito, Freud (1917b) escreve: "Um sonho nos mostra que se produziu algo que desejaria perturbar o sono, e ele nos permite compreender a forma como nos defendemos dessa perturbação (...) Um sonho é portanto também uma projeção, a exteriorização de um processo interno" (p. 126). Nesse sentido, P. Fédida (1972) acrescenta:

> Se o sonho é uma projeção – "a exteriorização de um processo interno" –, o caráter visual das representações é necessário à consciência para que a interpretação ocupe o lugar de um *desconhecimento*, e para que assim nada seja *escutado* do desejo inconsciente. (p. 236)

Fica evidente aqui a dupla função do sonho: proteção e velamento. Proteção do desejo de dormir e velamento do desejo inconsciente.

É surpreendente ver, diz Freud (1917b), como "o trabalho do sonho se liga pouco às representações de palavra; ele está o tempo todo pronto para trocar as palavras umas pelas outras, até encontrar a expressão que ofereça à figuração plástica a maior comodidade" (p. 133). A transposição dos pensamentos

em imagens visuais seria, portanto, o resultado de um trabalho que consiste em reconduzir as *representações de palavra às representações de coisa*, "como se, no todo, a figurabilidade dominasse o processo" (p. 132). Nesse ponto, escreve J. Starobinski (1980),

> (...) parece que, traçando uma diferença radical entre a explicação psicológica e a explicação fisiológica, "desfisiologizando" a psicologia, Freud "dessomatiza" o sistema causal comumente aceito por seus predecessores. Há, nas explicações de Freud, menos corpo e mais linguagem do que na maioria de seus contemporâneos: isso explica a discórdia que se torna cada vez maior, ao menos durante esse período, entre os psicanalistas e os neurofisiologistas. (p. 274)

Então, conforme vimos, Freud não nega que as "impressões somáticas" participem da formação do sonho, mas ele se recusa a considerá-las como uma explicação causal única e suficiente para que um sonho ocorra. O que ele recusa é a ideia de que o sonho se forme apenas a partir de estímulos sensoriais orgânicos. Freud insiste no fato de que as sensações orgânicas são um *dos materiais* constitutivos do sonho, aos quais se aplica um *trabalho* cuja origem é totalmente outra. Reconhecemos aqui facilmente dois elementos fundamentais de sua teoria: a existência de um material a partir do qual o sonho toma forma – as sensações somáticas, as excitações psíquicas, os restos diurnos – e a exigência de um trabalho, *o trabalho do*

sonho, que, sozinho, é responsável pelo sentido na medida em que esconde um desejo.

Freud nos faz compreender assim que o sonho é também uma espécie de reação às sensações orgânicas que poderiam perturbar o sono e, nesse sentido, origina-se de uma elaboração interpretativa do somático. Dito de outra forma, as fontes somáticas, se retomarmos literalmente as palavras de Freud, são responsáveis por um dos materiais de base do qual aquele que sonha, utilizando ao mesmo tempo também outras fontes, dispõe à sua maneira. Atribuindo um duplo papel ao sonho – proteger o sono e realizar veladamente um desejo – Freud defenderá que os estímulos orgânicos, pelo próprio trabalho do sonho, são neutralizados, ou dissimulados e transformados, tornando-se, desse modo, irreconhecíveis. É inútil, continua Freud, procurar remontar à fonte somática, pois esta já mudou sua aparência. O que interessa a Freud conhecer no sonho é essa nova linguagem na qual o inconsciente se exprime.

A abordagem freudiana aparece aqui como uma contribuição considerável se levarmos em conta o fato de que, nessa época, o inconsciente estava assimilado, como enfatiza J. Starobinski (1980), ao "rumor obscuro das funções orgânicas" (p. 272). Foi Freud que, baseando-se na sua compreensão da histeria e no fenômeno do sonho, concebeu o inconsciente como situado no interior de um aparelho psíquico, detentor de uma linguagem própria.

Nesse sentido, J. Starobinski (1980) continua:

> Antes que Durkheim e Blondel tenham oposto à cinestesia os quadros conceituais da linguagem constituída pela coletividade, Freud, em 1900, opõe à cinestesia, aos estímulos orgânicos, uma operação de linguagem; porém, uma operação de linguagem em que as normas sociais são representadas apenas parcialmente pela censura e as instâncias proibitivas. Uma outra semelhança – independente de questões de prioridade – merece nossa atenção: se ao corpo é recusada qualquer importância enquanto fonte causal do distúrbio psíquico, ele possui, porém, um papel capital enquanto lugar ou cena da manifestação desse distúrbio. (p. 273)

Podemos dizer, então, que Freud, distanciando-se da hegemonia fisiológica característica do pensamento de sua época, reencontra o corpo não como uma fonte explicativa, mas como *lugar* da realização de um desejo, tal como podemos entrever em seus trabalhos sobre a histeria e o sonho.

Sendo assim, o caminho percorrido até aqui permitiu enfatizar que ao mesmo tempo que Freud recusa ao corpo a importância que este tinha na época, como fonte causal do distúrbio psíquico, revestindo inicialmente esse corpo de uma operação de linguagem, ele o reencontra ao afirmar o seu papel capital como *lugar* de inscrição do psíquico e do somático.

2.

Retorno à feiticeira "metapsicologia"

Ao tomar como eixo condutor da primeira etapa deste estudo a histeria e o sonho, procurei enfatizar que tanto a função sexual quanto o sonho têm em comum a fecunda característica de serem fenômenos que não são nem puramente psíquicos nem puramente somáticos, transitando entre os dois. Ora, se o corpo é justamente o palco da encenação desses fenômenos, isso mostra, de forma exemplar, a necessidade de buscar as ressonâncias desses trânsitos na teoria freudiana.

Sendo assim, este segundo capítulo tenta acompanhar Freud pelos meandros da criação do seu projeto metapsicológico, um projeto que continuou transformando-se até o fim de sua obra para acolher os impasses que a clínica e os percalços da própria vida lhe colocavam.

Esta trajetória espera destacar os elementos do discurso freudiano suscetíveis de interrogar e problematizar nossa investigação, a saber, nossa interrogação sobre a especificidade de uma abordagem propriamente psicanalítica do corpo.

Seguindo os passos de Freud

Sabemos que o termo *metapsicologia* apareceu pela primeira vez em uma carta de Freud a Fliess, em 13 de fevereiro de 1892, sendo retomado em outra carta, também endereçada a Fliess, em 10 de março de 1898[1]. Nas publicações de Freud, sua primeira aparição encontra-se no capítulo XII de *Psicopatologia da vida cotidiana* (1901), na célebre fórmula relativa à "transposição da metafísica em metapsicologia"[2] (p.269). Entretanto, já em 1900, Freud havia colocado os fundamentos da metapsicologia, ao teorizar sobre o "aparelho psíquico" no capítulo VII de *A interpretação dos sonhos*. Mas foi apenas bem mais tarde, em 1915, que ele realizou sua grande tentativa de definição da metapsicologia.

No dia 21 de dezembro de 1914, Freud escreveu a Abraham:

> A única coisa que está avançando de forma satisfatória é o meu trabalho, que, de fato, me conduz, de interrupção em interrupção, a novidades e esclarecimentos bastante notáveis. Nos últimos tempos, consegui caracterizar os dois sistemas da consciência (Cs) e do inconsciente (Ics) de uma forma que os torna quase tangíveis, e, com essa ajuda, podemos resolver de forma bastante simples, me parece, o problema

[1] Cf. Freud (1887-1902) La naissance de la psychanalyse (p. 139 e p.218).

[2] Sobre essa afirmação de Freud, veja os comentários de Fédida e Lacoste no artigo "Psychopathologie/métapsychologie: la fonction des points de vue" (1992).

> da relação entre demência precoce e realidade. Todos os investimentos de coisas constituem o sistema Ics, e o sistema Cs corresponde ao estabelecimento de relações entre essas representações inconscientes e as representações de palavras, que tornam possível o acesso à consciência. Nas neuroses de transferência, o recalcamento consiste na retirada da libido do sistema Cs, ou seja, na separação entre as representações de coisas e as representações de palavras; nas neuroses narcísicas, o recalcamento é a retirada da libido das representações de coisas inconscientes, o que, com certeza, é um problema bem mais profundo. É por isso que a demência precoce começa transformando a linguagem e, de uma forma geral, trata as representações de palavras da mesma forma que a histeria trata as representações de coisas, ou seja, fazendo-as sofrer um processo primário de condensação, deslocamento, descarga, etc. Pode acontecer que eu finalize uma teoria da neurose com capítulos sobre os destinos das pulsões, o recalcamento e o inconsciente, se meu ardor pelo trabalho não sucumbir às minhas contrariedades[3]. (p. 209-210)

Vê-se aqui um exemplo notável dessa capacidade analógica de Freud, a saber, a maneira como ele contrapõe uma patologia a outra a fim de fazê-las esclarecerem-se mutuamente. Mas vemos também aqui a importância que ele dá à definição do inconsciente e do consciente como *sistemas*. Sem dúvida,

[3] Cf. Freud e Abraham (1969) Correspondance, 1907-1926.

convém assinalar a diferença entre as noções filosófica e psicanalítica do inconsciente, a propósito da qual, em "O interesse da psicanálise", Freud (1913) escreve:

> Em particular, a exposição da atividade psíquica inconsciente deve obrigar a filosofia a tomar partido e, no caso de um assentimento, a modificar suas hipóteses sobre a relação do psíquico com o somático, até que elas venham a se adequar ao novo conhecimento[4]. (p. 200)

Pode-se dizer que, para a filosofia, o inconsciente se define a partir da consciência, quer dizer, ele é o que não é consciente, o que, em Freud, corresponde ao pré-consciente. Ao contrário, o inconsciente freudiano seria aquilo que não faz parte da consciência por causa de uma força ativa que o impede de chegar até ela[5].

Sendo assim, a consciência é, para Freud (1900), essa "espécie de órgão dos sentidos para a apreensão das qualidades

[4] Encontramos em P. L. Assoun (1993) um comentário importante referente a essa posição de Freud: "Freud diz aqui ao mesmo tempo mais do que o necessário e menos do que o suficiente. Ele designa formalmente a necessidade, caso concordemos com a experiência analítica, de modificar radicalmente as hipóteses sobre a relação entre o psíquico e o somático, e não sobre o corpo em si, o que faz com que, nesse sentido, Freud permaneça mais próximo da problemática de Descartes do que da de Von Hartmann. Mas ele não nos diz mais aqui: como saber que consequências tirar dessa revolução, ao mesmo tempo discreta e decisiva, que desestabilizou a relação entre psíquico e somático depois do saber freudiano do inconsciente?" (p. 160).

[5] Cf. Freud (1923) "Le moi et le ça" (p. 258-260).

psíquicas" (p. 488), e o recalcamento é essa força ativa que impede o acesso à consciência e que se encontra na base das relações entre o consciente e o inconsciente[6]. Depois de tê-lo apresentado como o mecanismo central na constituição da histeria, ele verá no recalcamento, em virtude de seu papel de suma importância em outros estados patológicos (na fobia, na neurose obsessiva, etc.), como também na vida psíquica normal, o processo psíquico que estaria na origem da constituição do inconsciente[7].

Foi em março de 1915 que Freud começou a escrever seus artigos "Pulsões e destinos das pulsões", "O recalcamento" e "O inconsciente", que ele apresenta a Lou Andreas-Salomé (1970) em uma carta escrita no dia primeiro de abril:

> Você sabe que eu me preocupo com o fato isolado, esperando que o universal manifeste-se por si mesmo. É por isso que acho os pontos de vista do narcisismo muito úteis para a análise da melancolia e de outros estados muito obscuros até o presente momento. Os próximos números da revista aparecerão com três títulos: "Pulsões e destino das pulsões", "O recalcamento" e "O inconsciente", uma espécie de síntese psicológica de diversas opiniões recentes, incompletas como tudo que faço, mas que não deixam de trazer algum conteúdo novo. O artigo sobre o inconsciente, particularmente, deve

[6] Cf. Freud (1915b) "Le refoulement" (p.197).

[7] Cf. Freud (1923c) "Le moi et le ça" (p.259-260); e Freud (1915b) "Le refoulement" (p.198-199).

> expor uma nova definição deste, a qual, com efeito, equivale a uma "agnostização" [*Agnoszierung*]. É sobre esse assunto que eu lhe pedirei por favor para que, em seis meses, me faça conhecer sua opinião. Esperemos que isso ocorra em tempos de paz! (p. 38)

Nessa carta nota-se a importância que Freud atribui à definição do inconsciente e também ao conceito de narcisismo, sendo este último apresentado como um operador fecundo na compreensão da melancolia e outras formas clínicas ainda obscuras na ocasião. Porém, um outro aspecto desta carta merece ser assinalado. Trata-se da afirmação de Freud de que ele se "preocupa com o fato isolado" e espera "que o universal se manifeste por si mesmo". Nesse sentido, parece que Freud não se preocupa em criar teorias gerais, mas, antes, em apresentar certos "pontos de vista" suscetíveis de trazer um pouco mais de luz ao estado obscuro de certas patologias. É importante assinalar também que, segundo seus próprios termos, os artigos "Pulsões e destinos das pulsões", "O recalcamento" e "O inconsciente" representam uma espécie de síntese psicológica incompleta de diversas opiniões recentes, "mas que não deixam de trazer algum conteúdo novo". A despeito da importância que dá a esses três textos, vemos que Freud, salientando que produz trabalhos inacabados, não deixa de assinalar, entretanto, a emergência, a cada vez, do *novo*.

Em uma carta que escreveu a K. Abraham no dia 4 de maio de 1915, Freud nos informa que acabou a redação desses três

textos ao mesmo tempo que a de "Complemento metapsicológico à teoria do sonho" e "Luto e melancolia". Apesar disso, os três primeiros serão publicados no mesmo ano, na revista internacional de psicanálise (*Internationale Zeitschrift für ärzliche Psychoanalyse*), e os dois últimos apenas em 1917[8].

Os tradutores das *Obras completas de Freud* para o francês acrescentam:

> Entre maio e julho de 1915, Freud trabalha em sete outros artigos sobre a consciência, a angústia, a histeria de conversão, a neurose obsessiva, as neuroses de transferência em geral e, talvez, a sublimação e a projeção. Esses artigos ficaram prontos em Karlsbad, no dia primeiro de agosto, ao menos sob a forma de planos ou esboços; os doze ensaios deveriam ser reunidos num livro que seria "do tipo e do nível do capítulo VII de *A interpretação dos sonhos*"[9]. (p. 159)

De fato, em uma nota no início de "Complemento metapsicológico à teoria do sonho", Freud (1917c) escreve:

> Este ensaio e o próximo (*Luto e melancolia*) foram tirados de uma compilação que, na origem, eu queria publicar em livro sob o título "Para preparar uma metapsicologia". Eles estão ligados a trabalhos que foram impressos no terceiro

[8] A esse respeito, leia a introdução dos tradutores de Métapsychologie. Paris: Gallimard, 1968 (p.7-8), e a de Oeuvres Complètes, v. 13. Paris: PUF (p.159-160).

[9] Cf. Introdução dos tradutores de Oeuvres Complètes, v.13. Paris: PUF, 1988.

> ano da *Internationale Zeitschrift für ärzliche Psychoanalyse* ["Pulsões e destinos das pulsões", "O recalcamento" e "O inconsciente" aparecem nesse volume]. O objetivo dessa série é o esclarecimento e o aprofundamento das hipóteses teóricas que poderíamos colocar na base de um sistema psicanalítico. (p. 245)

A metapsicologia é assim identificada com hipóteses teóricas de base, sobre as quais um sistema psicanalítico poderia ser fundado, e a palavra *sistema* evoca aqui a ideia de um corpo, de um todo, que, entretanto, permanece inacabado. Além disso, o título original, "Para preparar uma metapsicologia", dá a entender que a metapsicologia não estava pronta, como se ela devesse estar em constante desenvolvimento, condição essencial para que possa receber a cada vez a emergência do *novo*.

No dia 9 de novembro de 1915, Freud escreveu a Lou Andreas-Salomé (1970):

> (...) você tem uma maneira especial de sugerir as lacunas onde estas se fazem sentir e os pontos que precisam ser ainda desenvolvidos; mas você sabe que eu me contento sempre com o que é fragmentário e interrompido. O seu trabalho *Anal und Sexual* está sendo esperado com impaciência; não sei se será para a *Zeitschrift* ou para a *Imago*. As duas revistas devem a prorrogação de sua existência graças ao favor de um honrado editor, aliás um pouco caprichoso. Estou fazendo o necessário para mantê-lo, concedendo-lhe a publicação de

> minha conferência elementar, que retomarei este ano. (...) A nova compilação, à qual pertence o texto "O inconsciente" que será publicado agora na *Zeitschrift*, não será, como você supôs corretamente, continuada. Mas não sei se, como resultado disso, o livro verá mais cedo o dia de sua publicação. Quero que ele seja precedido pelas *conferências*, deixando-me assim tempo para uma redação definitiva de alguns dos estudos. (p. 46-47)

Sabe-se que as conferências das quais fala Freud são as *Conferências introdutórias sobre psicanálise*, publicadas em 1916. Essas cartas, além de nos colocarem em contato com as preocupações cotidianas de Freud naquela época, também informam sobre a sua insistência no caráter inacabado de seus escritos. Anos depois, nota-se que Freud (1923a) continua a exprimir-se assim:

> A psicanálise não é um sistema como os da filosofia, que partem de alguns conceitos fundamentais rigorosamente definidos, com os quais, depois, procuram dar conta do universo, e que, uma vez acabados, não dispõem mais de espaço para novas descobertas e melhores formas de ver. A psicanálise se restringe, antes, aos fatos de sua área de trabalho; ela procura resolver os problemas imediatos da observação, desenvolve-se tateando e seguindo a experiência e está sempre inacabada, sempre pronta a reestruturar ou modificar suas doutrinas. Ela suporta, tanto quanto a Física

> ou a Química, que seus conceitos supremos não tenham suficiente clareza, que suas pressuposições sejam provisórias, esperando de seu futuro trabalho uma determinação mais rigorosa destes. (p. 203-204)

Com efeito, a estruturação da metapsicologia manteve-se ao longo de toda a obra de Freud como um projeto em construção. Seu caráter inacabado pode ser compreendido como ligado à recusa de Freud em adotar teorias que funcionariam como doutrinas. Percebemos igualmente sua preocupação em não cristalizar uma teoria geral, em razão, sem dúvida, dos perigos da generalização conceitual. Ferenczi também expressou esse tipo de preocupação, na construção da argumentação psicanalítica, particularmente em relação a utilização de analogias tiradas de outras disciplinas, como a Biologia, a Fisiologia e a Física[10].

Continuando a seguir Freud pelos caminhos da criação de sua metapsicologia, tem-se uma outra carta que ele enviou a Lou Andreas-Salomé (1970), cerca de seis meses depois da precedente (no dia 15 de maio de 1916). Nela Freud escreveu: "Meu livro, que conterá doze destes estudos, não poderá ser impresso antes do fim da guerra. Ou quem sabe quanto tempo depois desta data ardentemente esperada!" (p. 59-60). A mesma inquietude se encontra ainda na carta a Abraham, em 11 de novembro de 1917:

[10] Cf. Fédida e Lacoste (1992). "Psychopathologie/métapsychologie: la fonction des points de vue" (p.598).

Tenho muito o que fazer: 8 a 9 sessões por dia e mais algumas de reserva; estou contente de fugir dessa forma das ruminações e preocupações. É sempre muito interessante. Mas envelhecemos rapidamente com tudo isso, e, de quando em quando, começamos a nos perguntar se veremos o fim da guerra, se eu o verei novamente, etc. Enquanto durar a guerra, qualquer viagem para a Alemanha está praticamente suspensa. O próximo golpe para o qual me preparo é a suspensão de nossas revistas, o que Heller, é verdade, não nos ameaça, mas que se tornará sem dúvida inevitável caso a guerra se prolongue. De qualquer forma, eu me comporto como se o fim desses acontecimentos fosse iminente, e até, nestes últimos dias, fiz a última revisão de duas obras da série "metapsicológica" ("Complemento metapsicológico à teoria do sonho", "Luto e melancolia"), para poder publicá-las na *Zeitschrift*. No início, eu queria unir esses ensaios, como também outros, aos que já foram impressos ("Pulsões e destinos das pulsões", "O recalcamento" e "O inconsciente"), para fazer um livro. Mas não é o momento certo. Seria bom também se os comentários das *Conferências* que você me anunciou pudessem ficar prontos antes do fim iminente do mundo. Quando as revistas forem suspensas, será, para começar, o fim de nossa função[11].

[11] Cf. Freud e Abraham (1969) Correspondance 1907-1926 (p. 265).

Vê-se aqui claramente o esforço de Freud para continuar produzindo seus escritos mesmo sob os efeitos das desilusões e preocupações provocadas pela guerra[12].

Sob o título *Metapsicologia*, a despeito das intenções de Freud, apenas os cinco primeiros ensaios ("Pulsões e destinos das pulsões", "O recalcamento", "O inconsciente", "Complemento metapsicológico à teoria do sonho" e "Luto e melancolia") foram reunidos em 1924[13], aos quais foi adicionado o artigo escrito em 1912, "Nota sobre o inconsciente em psicanálise". No que se refere aos manuscritos dos sete outros ensaios, a hipótese de que o próprio Freud os teria destruído prevaleceu por muito tempo, até que foi descoberto, em 1983, o rascunho do décimo segundo ensaio, "Visão de conjunto das neuroses de transferência".

Ernest Jones, um dos biógrafos de Freud, supõe que esses ensaios

> (...) representassem o fim de uma época, um resumo final da obra de sua vida. Redigidos em um momento em que nenhum sinal da terceira grande fase de sua existência, que deveria se iniciar em 1919, havia sido revelado, eles deveriam provavelmente ser deixados de lado até o fim da guerra, mas outras ideias revolucionárias germinaram a seguir em seu espírito, ideias novas que o teriam levado

[12] Sobre as cartas de Freud, remeto o leitor ao capítulo dedicado a este assunto no livro *Interfaces da psicanálise*, de Renato Mezan (2002).

[13] Segundo os tradutores de *Oeuvres Complètes*, esses cinco ensaios já haviam sido reunidos em 1918.

> a reestruturar completamente as mais antigas. Ele decidiu, então, simplesmente destruí-los[14].

Assim, segundo E. Jones, a terceira grande fase da existência de Freud, que se iniciou em 1919, anuncia-se plena de novas ideias revolucionárias para a psicanálise.

Além do prazer... a morte

No que diz respeito ao projeto metapsicológico freudiano, Jones refere-se à grande virada dos anos 20, que desemboca na reestruturação da teoria das pulsões e na criação da segunda tópica. Sabemos que *Além do princípio do prazer* foi publicado por volta de setembro de 1920, mas que Freud começou a escrevê-lo em março de 1919. Esse texto, de importância capital, traz a nova ideia de que no psíquico, para além do prazer, há agora a morte e uma implacável compulsão a repetir.

Além da introdução da pulsão de morte, que transformará a primeira teoria das pulsões (pulsões sexuais/pulsões do ego) fazendo intervir um segundo dualismo pulsional (pulsão de vida/pulsão de morte), Freud insiste na exigência de retorno

[14] Cf. Jones (1967) "La vie et l'oeuvre de Sigmund Freud"; v.2 (p.197-199) e ainda Strachey, *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*; v.14 (p.105-107) citado por J. Laplanche e J. B. Pontalis em *Métapsychologie* (Paris: Gallimard, 1968, p.8).

do psíquico ao trauma, na compulsão à repetição[15]. A partir de então, mudanças de direção, tanto em suas hipóteses teóricas quanto nos desdobramentos clínicos destas, serão sentidas cada vez mais intensamente em seus escritos.

Não resta dúvida de que a exigência de modificação teórica que se apresenta em *Além do princípio do prazer* é, em grande parte, resultado dos impasses que a clínica colocava cotidianamente ao terapeuta Freud. Tais impasses se expressavam pelos fatos clínicos que colocavam em xeque o funcionamento mesmo do princípio do prazer. Ora, se até essa época esse princípio encontrava-se na base do funcionamento psíquico, há que se considerar que as modificações teóricas inauguradas pela introdução da pulsão de morte, que coloca em cena um outro princípio operante no funcionamento psíquico, o princípio de Nirvana, abrem o caminho para abordar os enigmas teórico-clínicos colocados em evidência pela lógica da destrutividade. Uma destrutividade que pode vir de dentro, do interior do próprio sujeito.

Subvertendo a pura lógica do prazer, Freud começa a dar ouvidos e a tentar explicar os impasses clínicos que se apresentam a partir do fato de que a dor e o desprazer podem ser vividos como um prazer. Quatro anos mais tarde, com o texto "O problema econômico do masoquismo" (1924a), que apresenta, entre outras, a novidade teórica da noção de masoquismo erógeno, Freud vai se deter sobre esse fato. Ele insiste que a abordagem do masoquismo exige que se examine a relação do

[15] Cf. Freud (1920). "Au-delà du principe de plaisir".

princípio do prazer com a pulsão de morte e a pulsão de vida. Tal princípio aparece inicialmente identificado ao princípio de nirvana, visto que todo desprazer coincide com elevação de tensão e todo prazer coincide com redução de tensão, o que paradoxalmente colocaria o princípio do prazer a serviço da pulsão de morte.

Problematizando a definição mesma de princípio do prazer em sua assimilação ao princípio de nirvana, Freud enfatiza que nem toda ausência de tensão é prazerosa e que, ao contrário, a tensão sexual é ela mesma prazerosa. Isso permite admitir que um aumento na quantidade de excitação nem sempre é desprazeroso, o que obriga Freud a concluir que um fator qualitativo, além do fator meramente quantitativo, também entra em linha de conta na definição mesma do princípio do prazer.

Freud (1924a) escreve:

> Em todo caso, precisamos nos dar conta que o princípio de nirvana, derivado da pulsão de morte, conheceu no ser vivo uma modificação através da qual ele se torna princípio de prazer, e nós devemos evitar manter os dois princípios como se fossem um só. (p. 12)

Procurando distinguir um princípio do outro, Freud se pergunta de que força procede essa modificação que transforma o princípio de nirvana em princípio de prazer. E ele afirma: "Só pode ser a pulsão de vida, a libido, que, de certa forma, adquiriu à força sua parte na regulação dos processos

de vida ao lado da pulsão de morte"(p. 12). O princípio do prazer é então fruto da modificação que a libido introduz na lei de funcionamento da pulsão de morte. É justamente aqui que se opera o que se designa como fusão pulsional, ou seja, a ligação da pulsão de morte pela libido.

Continuando, Freud (1924a) escreve:

> Nós obtemos assim uma pequena, mas interessante, série relacional: o princípio de nirvana exprime a tendência da pulsão de morte, o princípio do prazer representa a reivindicação da libido, e a modificação deste, o princípio de realidade, a influência do mundo exterior. (p. 12-13)

É importante notar que, ao descrever dessa forma os três princípios e suas leis de funcionamento, Freud insiste em que nenhum desses princípios é verdadeiramente invalidado por outro; nenhum deles é suscetível de ser colocado fora de combate pela ação de outro. O que parece interessar a Freud é justamente enfatizar a relação entre esses princípios em ação no funcionamento do aparelho psíquico; assim ele escreve:

> Em regra geral, eles sabem se entender uns com os outros, mesmo se isso leva forçosamente a conflitos, o objetivo visado sendo, de um lado a diminuição quantitativa da carga de estímulo, de outro um caráter qualitativo desta, e enfim um adiamento temporal da descarga do estímulo e uma tolerância temporária da tensão do desprazer. (p. 13)

Observa-se então a amplitude do trabalho exigido ao aparelho psíquico, que é lidar com os aspectos qualitativos e quantitativos da carga de estímulos que o mundo oferece, sendo capaz de adiar a busca da satisfação, o que supõe ser capaz ainda de tolerar uma certa dose de desprazer.

Assim, se a pulsão de morte constitui a principal novidade da segunda teoria das pulsões, a segunda tópica, além de apresentar uma nova topografia do aparelho psíquico (id, ego e superego), assinala também a importância concedida ao ego. A partir de 1900, Freud havia começado a conceber o ego como objeto de amor, concepção que vai se confirmar em 1914, em "Para introduzir o narcisismo": o ego se desenvolve como imagem unificada do corpo, tornando-se assim objeto da libido narcísica. A unidade em questão é então definida por oposição ao funcionamento anárquico e fragmentado da sexualidade no autoerotismo.

Diferentemente de Jones, J. Laplanche considera que os anos de 1914 e 1915, que representam uma primeira virada no pensamento de Freud, já preparavam a virada de 1920. Três noções freudianas ligadas entre si, igualmente importantes, apareceram nessa época: o narcisismo (o ego como objeto de amor), a identificação (mecanismo constitutivo do ego) e a diferenciação no seio do ego de componentes ideais (ideal do ego/superego). Se a noção de narcisismo modificou em certa medida a definição do ego, notamos que dois processos típicos da melancolia, a saber, a introjeção e a ambivalência, vão, por sua vez, também modificar essa definição. Mas será em 1923,

com o nascimento da segunda tópica, que o ego aparecerá como instância do aparelho psíquico, ao lado do superego e do id. Com isto, o ego se veria dividido entre os três sistemas (consciente/pré-consciente/inconsciente), encarregado de uma variedade de funções e destinado ao difícil papel de mediador entre a realidade, o id e o superego.

Nos anos 20, outras contribuições teóricas de Freud são adicionadas às duas modificações maiores que haviam sido a segunda teoria das pulsões e a segunda tópica, a saber, a questão do masoquismo, do fetichismo, as transformações na teoria da angústia, as distinções metapsicológicas entre neurose e psicose.

As novas hipóteses de Freud não deixam de acarretar mudanças cada vez mais importantes na clínica analítica e, mais precisamente, na escuta analítica. Ao se apropriar do instrumento da transferência, na importância atribuída à resistência, a emergência da reação terapêutica negativa e, sobretudo posteriormente, nas considerações desenvolvidas em seu texto "Construções em análise", nota-se com nitidez a virada que Freud opera no que se refere à ideia de interpretação analítica.

Nesse último texto, ele retoma a metáfora arqueológica para melhor destacar a especificidade do trabalho do analista. Exatamente como o arqueólogo, o analista tira suas conclusões a partir de sobras de lembranças, completando e reunindo os restos conservados e descobertos na palavra do paciente. Mas, diferentemente da arqueologia, para a qual a reconstrução do

objeto arqueológico é a finalidade e o objetivo de seu esforço, a construção é apenas um trabalho preliminar para o psicanalista.

Ao contrário do objeto arqueológico, que se destrói parcialmente, o psíquico, insiste Freud, permanece inteiramente conservado. Mesmo se ele parece esquecido e inacessível ao indivíduo, subsiste em algum lugar, de uma maneira ou de outra. A partir daquilo que a transferência traz à luz, o analista segue os vestígios das repetições das reações do paciente para remontarem juntos aos primeiros tempos da infância.

Para Freud (1937a), a construção é um trabalho preliminar, pois, ao ser comunicada ao paciente, pode fazer surgir um novo material sob a forma de associações livres, ou pela produção de outras lembranças. Esses novos elementos permitem que o analista recomece a reconstruir. Sendo assim, a construção permanece sempre fragmentada, inacabada. Freud insiste no fato de que, na situação analítica, o analista pode apenas construir. O paciente, por sua vez, pode continuar a se lembrar e a criar, a partir da construção, uma história que clama por ser colocada em palavras.

Aqui, inspirando-me no modelo do sonho, posso dizer que a escuta analítica das associações do paciente é aquilo a partir do que o analista "constrói" uma espécie de "figurabilidade" da cena psíquica inconsciente[16]. Deve-se notar também que, às vezes, a colocação de um conteúdo qualquer sob a forma

[16] Sobre a figurabilidade no modo de produção da teoria psicanalítica e na escuta do analista remeto o leitor ao livro *A figura na clínica psicanalítica*, de Eliana Borges Pereira Leite (2001).

figural não chega a se transformar em uma colocação em palavras; o analista não chega a traduzir em palavras, sob a forma de uma interpretação/construção, tudo o que aparece como imagem para ele. E não é raro que seja precisamente essa impossibilidade, que se traduz às vezes em uma espera silenciosa e paciente, o que permite a escuta analítica. Uma tal espera demanda muitas vezes do analista a paciência necessária para não atropelar um processo que deveria permitir que a "construção" surja por meio das palavras pronunciadas pelo próprio paciente. Não é inútil, portanto, assinalar, ainda uma vez, o lugar que ocupa a linguagem nesse movimento. Uma das características mais importantes do sonho, segundo Freud (1900), seria a de indicar a "transformação do pensamento em imagens visuais e em discurso" (p. 454).

A transferência e seu funcionamento epistemológico

Os textos de Freud colocam em jogo incessantemente a teoria e a clínica psicanalíticas, sem jamais operar uma separação entre elas. Trata-se de uma clínica que, ao mostrar seus impasses cotidianos, forçou Freud a procurar sem descanso novas soluções explicativas. Notemos, entretanto, que a palavra *clínica*, em Freud, só pode ser compreendida em sua conotação *cotidiana*. Em outras palavras, quando assinalamos que as conclusões às quais ele chegou ao longo da criação de suas proposições teóricas foram tiradas da clínica, não se trata

simplesmente do contato de Freud com seus pacientes, mas também da atenção atribuída às suas relações como um todo e particularmente com seus amigos e colaboradores, assim como à sua autoanálise. A variedade e riqueza de suas fontes fazem dela uma espécie de *clínica da psicopatologia da vida cotidiana*, uma clínica que se estabelece entre si mesmo e os outros. É a partir dessa clínica que novas construções teóricas podem ser incessantemente elaboradas.

Em relação a esse tema, P. Fédida e P. Lacoste (1992) assinalam:

> (...) que a teoria psicanalítica nasceu da patologia e que – *como nenhuma outra teoria* – ela se enriqueceu e se propagou a partir de progressivas e sucessivas conclusões tiradas pelos teóricos de suas próprias patologias, analisando-se uns aos outros – o que permanece no princípio da formação dos psicanalistas (...). Apenas essa consideração – que a clínica psicanalítica está no centro da transmissão da psicanálise – convida, ao menos, a não desprezarmos inteiramente os elementos da análise, a interpretação das relações entre teoria e transferência. (p. 600)

Sabemos que a vida intelectual de Freud é demarcada por trocas transferenciais (Jung, Fliess, Ferenczi), a ponto de ele ter tentado analisar as funções da sublimação na atividade teorizante, podendo estas transitarem entre a homossexualidade e a paranoia. Nesse sentido, P. Fédida e P. Lacoste (1992) adicionam:

> Tais trocas devem ser relacionadas ao programa de transposição da metapsicologia, pois elas testemunham claramente o fato de a teoria freudiana basear-se em uma psicopatologia das transferências sobre a teorização. Da mesma forma, elas nos permitem constatar que Ferenczi talvez tenha sido o único psicanalista do primeiro círculo a ter aceitado, para os destinos da psicanálise, uma posição metapsicológica no indicativo, e não no imperativo. (p. 617)

A amplitude das repercussões dessa atitude freudiana pode ser medida pelo fato de que a própria palavra *teoria* passa a ter na psicanálise um sentido bem diferente daquele que tem na filosofia, na biologia ou até mesmo na psicologia, quando se trata de teorizar o *aparelho psíquico*. O raciocínio por inferências e a importância da transferência encontram-se diretamente ligados. Assim, P. Fédida (1978) assinala: "Ora, é essa inerência viva da transferência à metapsicologia que concede a esta a função de ser metáfora em constante trabalho e tecnicamente articulante da vida psíquica na cura" (p. 319). Sendo assim, pode-se inferir que a questão da transferência transformou consideravelmente a posição do observador. É a transferência, observa P. Fédida (1979), de alguma forma, "o obstáculo epistemológico do qual resulta a descoberta da psicanálise" (p. 52). Com isso se pode compreender melhor a dificuldade de uma escrita objetivante em psicanálise. A partir do momento em que a posição do observador se vê transformada pelo risco transferencial, uma escrita que pretende ser meramente um

relato do que é observado no paciente torna-se, por isso mesmo, duvidosa, senão impossível.

Sem perder de vista o caráter especulativo de suas formulações e os perigos de toda fixação teórica, Freud utilizará plenamente sua capacidade de pensar, de inventar, afirmando-se cada vez mais como o teórico do "aparelho psíquico". Assim, em 1938, em seu *Esboço de psicanálise*, ele salienta: "Toda a ciência baseia-se em observações e experiências que nos transmite nosso aparelho psíquico, mas, como é justamente esse aparelho que nós estudamos, a analogia acaba aqui" (p. 21). Nesse sentido, J. B. Pontalis (1974) resume assim a operação freudiana:

> Era necessário, portanto, ao mesmo tempo, criar a "ficção" de um aparelho psíquico, inventar uma situação terapêutica onde esse aparelho funcionasse como se tivesse sido colocado entre parênteses, e forjar um aparelho conceitual que tivesse suficientemente *jogo* na sua organização interna, e que fosse suficientemente preciso em seus instrumentos para captar a complexidade desse funcionamento. (p. 7)

Esse *aparelho psíquico* será definido por Freud em termos de pontos de vista: tópico, dinâmico e econômico. A palavra "psíquico" serve aqui para designar a natureza desse aparelho. Mas a palavra *aparelho* pode ser compreendida na linguagem de Freud como uma metáfora, assim como outras que ele tirou da biologia. Ora, a linguagem biologizante de Freud, tão

criticada por alguns, pode, então, ser reencontrada no interior da construção de sua obra e pensada como recurso discursivo, metáfora aberta à imaginação metapsicológica, figura de linguagem que consiste na transferência de uma palavra para um âmbito semântico que não é o do objeto que ela designa. Neste sentido, a noção de "aparelho psíquico", metáfora biológica por excelência, evoca a analogia, por exemplo, com as noções de aparelho digestivo, aparelho respiratório, não apenas pela transferência da palavra "aparelho" para o interior do âmbito semântico psicanalítico, mas precisamente pelo que Freud toma emprestado da biologia, a saber, *a noção de um sistema em funcionamento*.

No artigo "O inconsciente", Freud (1915a) escreveu:

> Nossa tópica psíquica não tem, provisoriamente, nada a ver com a anatomia; ela tem relações com regiões do aparelho anímico, mesmo que estas possam estar situadas no corpo, e não em localidades anatômicas. Deste ponto de vista, nosso trabalho, portanto, está livre e pode se permitir avançar *segundo suas próprias necessidades*. Será igualmente útil lembrarmo-nos de que *nossas hipóteses não podem pretender, num primeiro momento, ter outro valor senão o de ilustrações*[17]. (p. 214)

Devemos notar que a preocupação de Freud em fazer avançar a psicanálise *segundo suas necessidades próprias* era, de

[17] Grifos meus.

início, a preocupação de distanciá-la da anatomia e de fundá-la como "psicologia das profundezas".

No mesmo artigo, Freud (1915a) continua:

> Até o presente momento a psicanálise se diferenciava da psicologia, principalmente pela concepção dinâmica dos processos anímicos; a isso se adiciona agora que ela pretende dar conta igualmente da tópica psíquica e indicar, para qualquer ato anímico, dentro de qual sistema, ou entre quais sistemas, ele se dá. É exatamente devido a essa tendência que ela recebeu o nome de psicologia das profundezas. (p. 213)

Vemos aqui a insistência de Freud em separar claramente o território da metapsicologia, sua psicologia das profundezas, não apenas do território da anatomia, mas também do território da psicologia acadêmica de sua época. É o ponto de vista dinâmico que ele evoca em primeiro lugar – "*concepção dinâmica dos processos anímicos*" –, e, em seguida, evoca o ponto de vista tópico – "*ela pretende dar conta igualmente da tópica psíquica e indicar, para qualquer ato anímico, dentro de qual sistema, ou entre quais sistemas, ele se dá*". Essas formulações mostram que as preocupações epistemológicas se fazem sentir cada vez mais claramente em Freud, sobretudo a partir de seus escritos metapsicológicos.

No texto *Além do princípio do prazer* (1920), em que ele havia introduzido a pulsão de morte como pulsão sem representação, encontra-se também intacta a descrição do sistema

percepção-consciência formulado no capítulo VII de *A interpretação dos sonhos*. E ainda uma colocação importante no que diz respeito à definição da "psicologia das profundezas":

> Pensamos que um modo de exposição no qual procuramos apreciar o fator econômico além dos fatores tópico e dinâmico é o mais completo que poderíamos nos representar atualmente, e que ele merece ser colocado em evidência com o termo *metapsicológico*. (p. 43)

Sendo assim, a metapsicologia, em Freud, não se satisfaz apenas com uma definição, visto que ele insiste nos três eixos de definição, a saber, os pontos de vista tópico, dinâmico e econômico. Vale ressaltar que o ponto de vista econômico readquire cada vez mais importância a partir de 1920, colocando em evidência a questão da intensidade e do excesso para o aparelho psíquico. Esses pontos de vista não são conceitos, mas, antes, instrumentos de conceitualização dos mecanismos ou funções, e, se assim podemos dizer, uma maneira de olhar e refletir sobre o funcionamento desse aparelho psíquico.

Retornemos, então, à definição dada por P. Fédida e P. Lacoste (1992) do que seria um ponto de vista: "É o dispositivo de iluminação da mancha cega" (p. 605); em outras palavras, um dispositivo que permite manter a função especulativa do funcionamento de um aparelho psíquico, levando em conta, ao mesmo tempo, o caráter de velamento do sintoma e da função psicopatológica da transferência.

Sendo assim, espero ter conseguido demonstrar que é evidente que a importância que Freud deu às necessidades da clínica analítica não constituía um obstáculo a suas formulações em termos de hipóteses. O estatuto teórico destas deve-se ao fato de elas serem formuladas em termos de proposições, e não de sínteses, derivando disso a importância atribuída à imaginação especulativa no projeto metapsicológico freudiano. Não é por acaso que, ao término do percurso, em "Análise terminável e interminável" (1937b), ele evoca a figura da feiticeira para qualificar sua metapsicologia e conceder-lhe um poder especulativo; e ele conclui: "Sem especular nem teorizar – por pouco eu até diria fantasiar – metapsicologicamente, não se avança um único passo" (p. 240).

3.

O princípio da alteridade como constitutivo do corpo em Freud

Pareceu-me importante seguir Freud o mais de perto possível em momentos precisos da criação de seu projeto metapsicológico. Para continuar, faz-se necessário, portanto, retomar e enfatizar as razões desse procedimento e os pontos precisos que justificaram esta escolha.

Antes de mais nada, tentei dar visibilidade à ideia de que a série de ensaios metapsicológicos de 1915, aliás inacabados, pode ser compreendida em Freud como um projeto de fundamentação teórica, visando a estabelecer as bases epistemológicas da psicanálise. Nota-se em seus escritos a preocupação em definir novamente noções já enunciadas, e também sua preocupação de bem estabelecer as fronteiras da psicanálise, sobretudo em relação à biologia. O lugar destinado à ideia de pulsão, já presente em seu texto *Três ensaios sobre a teoria sexual*, tem certamente destaque nesse processo.

Em segundo lugar, muitos já assinalaram que os textos de 1915 já contêm alguns elementos que Freud utilizará, a seguir,

na elaboração de sua segunda tópica e de sua segunda teoria das pulsões, o que, evidentemente, não deixará de ter consequências para a clínica analítica.

Enfim, no que se refere especificamente ao tema deste estudo, é preciso notar que a tradição psicanalítica pós-freudiana conservou um interesse mais vivo em relação à primeira tópica do que em relação à segunda, conforme ilustra a ênfase na compreensão dos pacientes somáticos segundo o modelo das neuroses atuais.

Sendo assim, essas constatações instigam esta investigação a continuar a procurar nos textos mais tardios de Freud os elementos que permitem construir uma reflexão a respeito da função metapsicológica do corpo. O interesse de tal percurso pode ser facilmente observado quando se pensa nos impasses da clínica psicanalítica, sobretudo em relação a esses pacientes ditos *somáticos*. Esses impasses solicitam um aprofundamento da referência psicanalítica ao corpo.

Em sua exploração do campo semântico em torno do corpo na obra de Freud, P. L. Assoun (1993) aponta a variedade de termos com que o autor se exprime em relação a esse assunto. Ele escreve:

> Por um lado, Freud emprega diversos termos, seguindo para tanto o uso semântico: assim, *corpo* remete, em alemão, a uma distinção que o uso francês do termo encobre. O Corpo é, com efeito, *Körper*, o corpo real, objeto material e visível que ocupa um espaço e pode ser designado por uma certa

> coesão anatômica. Mas é também *Leib*, ou seja, o corpo tomado em seu enraizamento, em sua própria substância viva, o que não pode passar sem uma conotação metafísica: não é apenas um corpo, mas o Corpo, princípio de vida e de individuação. Por fim, o corpo nos remete ao registro do somático (*somatisches*), adjetivo que, justamente, nos permite evitar os efeitos dos dois outros substantivos ao descrever *processos* determinados que se organizam segundo uma racionalidade ela própria determinável. Tal é o leque revelador de registros, que vai dos processos somáticos à *corporalidade*, passando pela referência ao corpo. (p. 161-162)

Como se verá a seguir, a diversidade semântica aqui descrita possui importantes ressonâncias com as problemáticas clínicas e os desenvolvimentos teóricos do discurso freudiano sobre o corpo. Faz-se necessário, então, levantar os elementos teóricos que permitam encontrar os ecos desses diferentes registros no texto de Freud.

Um conceito limite: a pulsão

O conceito de pulsão, o primeiro articulador da criação metapsicológica, reaparece no texto "Pulsões e destinos das pulsões" para abrir a série metapsicológica. Certamente pode-se supor que o próprio Freud tenha concedido tal prioridade à ideia de pulsão. Em 1924, ele vai inserir uma nota de rodapé

a seus *Três ensaios* (1905), avisando o leitor que, em trabalhos posteriores ("Além do princípio do prazer", de 1920 e "O ego e o id", de 1923), ele havia adicionado novas contribuições à teoria das pulsões. Nessa nota ele escreve: "A teoria das pulsões é a parte mais importante, mas também a mais incompleta, da teoria psicanalítica" (p. 84). Nota-se claramente o destaque dado à noção de pulsão. Por meio desse conceito, Freud parece ter dado à articulação entre sexualidade, inconsciente e linguagem um movimento totalmente novo em relação às construções teóricas de sua época. Vejamos, então, os desdobramentos dessa articulação.

A pulsão é definida por Freud (1915c) "como um conceito limite entre o psíquico e o somático" (p. 167), tendo sua origem no "interior do organismo", agindo como uma "força constante" à qual não podemos escapar, e que exerce uma pressão, possui uma finalidade, um objeto e uma fonte. A finalidade da pulsão seria a satisfação, e seu objeto, aquilo no que e por meio do que a satisfação pode se realizar. Por fonte da pulsão, escreve Freud (1915c),

> (...) entendemos esse processo somático em um órgão ou parte do corpo, cujo estímulo na vida anímica se encontra representado pela pulsão. Ignoramos se esse processo é regularmente de natureza química ou se pode também corresponder ao desencadeamento de outras forças, por exemplo, mecânicas. O estudo das fontes pulsionais não pertence mais à psicologia. Mesmo que o fato de ter sua

> origem em uma fonte somática seja simplesmente decisivo para a pulsão, esta não é conhecida por nós na vida anímica senão por suas finalidades. O conhecimento mais exato das fontes pulsionais não é rigorosamente necessário para os fins da pesquisa psicanalítica. (p. 168)

Com relação à pesquisa psicanalítica, Freud vai enfatizar os destinos das pulsões em relação a seus efeitos sobre o psíquico, que ele distingue da seguinte forma: a transposição em seu contrário, o retorno sobre a própria pessoa, o recalcamento e a sublimação. Freud salienta que são esses *destinos* que interessam à psicanálise, enquanto a fonte da pulsão interessa apenas à biologia. Portanto, o que interessa à psicanálise são, então, os destinos que o aparelho psíquico vai dar a tudo aquilo que toca o corpo.

Em seu artigo "O inconsciente", Freud (1915a) diz:

> Uma pulsão não pode nunca tornar-se objeto da consciência; isso pode ocorrer apenas com sua representação. Mas, mesmo no inconsciente, ela não pode ser representada por nada mais além de sua representação. Se a pulsão não se ligasse a uma representação ou não viesse a aparecer sob a forma de um estado de afeto, nós não poderíamos saber nada sobre ela. (p. 216)

De forma que apenas a representação e o afeto podem nos dar acesso à pulsão. Mesmo assinalando em 1915, ou seja, ainda

dentro da primeira teoria das pulsões, a possibilidade de o afeto nos dar acesso à pulsão, observamos a insistência de Freud na questão da representatividade dela.

A esse respeito, J. Starobinski (1980) observa que

> (...) a passagem do somático para o psíquico, no caso da pulsão, não é de ordem perceptiva; a pulsão não é o grito do órgão que simplesmente repercute e é registrado. Ao menos Freud não enfatiza esse aspecto, com relação ao qual imediatamente levantar-se-ia a questão de sua característica mais ou menos consciente. O conceito que ele utiliza é o de representação (o verbo é *Repräsentieren*), o que implica uma operação "semiótica". (p. 275)

Um pouco mais adiante, ele acrescenta:

> O que Freud traz à luz é a ideia de um sistema de representações que se interligam, criando um percurso que pode se repetir em uma circularidade virtualmente infinita: do corpo como fonte da pulsão ao corpo como sua finalidade, lugar ou meio da satisfação. (p. 277)

A pulsão seria, portanto, para Freud (1915c)

> (...) o representante psíquico das excitações que se originam no interior do corpo e chegam ao psíquico como uma

> medida de exigência de trabalho que é imposta ao psíquico em consequência de sua ligação com o corporal. (p. 17)

O corpo aparece assim habitado pelas pulsões.

Então, o corpo seria, desse ponto de vista, antes de tudo, pulsional. P. L. Assoun (1995) aponta que o conceito de pulsão,

> (...) que traz a totalidade da explicação psicanalítica, está situado explicitamente na fronteira entre o *soma* e a *psiquê*, "pressão psíquica" que tem sua *fonte* no corpo, lugar de emergência da "pulsão parcial" e do modo de satisfação por meio do objeto correspondente. Não é a pulsão exatamente esse princípio de "animação" do corpo libidinal? (p. 36)

Freud considera, portanto, o corpo biológico, essa materialidade do *Körper*, animado pela pulsão, o que nos remete, de certa forma, ao *Leib*.

Vale a pena salientar aqui que, nessa ocasião, o que é enfatizado é essa característica da pulsão como *representante psíquico* das excitações que tem lugar no interior do corpo. Essa ligação do psíquico com o corporal, essa incontornável corporeidade do sujeito, exige trabalho – trabalho psíquico – para conseguir lidar com as excitações que provêm do interior de si mesmo. Enfatizando, como diz Starobinski, um *sistema de representações*, Freud já apresenta nessa ocasião uma contribuição considerável à compreensão do corpo. Porém tal contribuição, como veremos a seguir, não irá se restringir

ao registro de um corpo representado. Com a retomada da ênfase no ponto de vista econômico e com a modificação do seu dualismo pulsional que introduz a noção de pulsão de morte, pode-se dizer que Freud avança na construção da função metapsicológica do corpo, indo além da lógica da representação. Retornaremos a essa questão mais adiante.

A importância que Freud deu ao conceito de pulsão, "a mitologia dos psicanalistas", obrigou-nos a levar em conta os desenvolvimentos metapsicológicos que doravante não cessaram de atravessar seu discurso até os últimos escritos.

Do corpo autoerótico ao corpo narcísico: o surgimento do ego corporal

Já no texto *Três ensaios sobre a teoria sexual*, o valor que Freud outorgava aos orifícios do corpo e ao que ele chama de zonas erógenas nos convida, de alguma forma, a mudar o eixo de nossa representação do corpo. Segundo Freud, essas zonas erógenas poderiam substituir os órgãos genitais e se comportar de maneira análoga a eles. Mais tarde, em "Para introduzir o narcisismo" (1914), será ao corpo inteiro que ele atribuirá essa erogeneidade que, até então, ele havia reservado às zonas erógenas no contexto da sexualidade infantil autoerótica. Ele escreve:

> Podemos decidir considerar a erogeneidade uma propriedade geral de todos os órgãos, o que nos autoriza a falar do

> aumento ou da diminuição desta em uma determinada parte do corpo. A cada uma dessas modificações da erogeneidade nos órgãos do corpo poderia corresponder uma modificação paralela do investimento de libido no ego. (p. 90)

O corpo torna-se, assim, um corpo erógeno, o que supõe uma passagem do corpo autoerótico ao corpo, por assim dizer, narcísico.

Pode-se adiantar aqui que a introdução do conceito de narcisismo interessa diretamente à questão do corpo na psicanálise, à medida que ela sustenta a ideia de que o sujeito toma seu próprio corpo como objeto de amor. Quando se apaixona pela imagem de seu corpo, que ele vê refletir-se na água, Narciso a toma pela imagem de um outro. O registro do narcisismo propõe a ideia de um corpo unificado: o próprio corpo se encontra, assim, imediatamente colocado no lugar do si mesmo.

Surge, a partir daí, um dos enunciados mais importantes sobre a função do corpo em Freud (1923c): "O ego é antes de tudo um ego corporal" (p. 270). Esta frase, tão célebre quanto enigmática, aparece no texto de 1923, "O ego e o id", em que Freud procura introduzir o conceito de id, assim como refletir a respeito das relações deste com o ego. Vamos seguir aqui o desenvolvimento de seus argumentos a fim de contextualizar o enunciado em questão.

Poderia parecer evidente que fosse ao id, o polo pulsional do aparelho psíquico, que o corpo devesse ser identificado. Mas, ao

contrário, é ao ego, o polo do aparelho psíquico voltado para a realidade e a percepção, que o corpo se vê associado. Com efeito, Freud identificará o ego ao sistema percepção-consciência já desenvolvido no capítulo VII de *A interpretação dos sonhos*, em que ele descreve a organização do aparelho psíquico colocando a consciência em sua superfície, como a função mais próxima do mundo exterior, e permitindo assim a percepção e a adaptação à realidade.

Nesse texto, em que Freud (1923c) faz do ego antes de tudo um ego corporal, ele retorna, na verdade, ao seu modelo anterior, "revisitando-o" à luz de sua segunda tópica. Examinemos o que ele escreve sobre a percepção e, mais particularmente, sobre a percepção interna:

> Agora que a relação da percepção externa com o ego está perfeitamente clara, a relação do ego com a percepção interna exige uma investigação especial. Mais uma vez, ele levanta a seguinte dúvida: temos realmente razão ao relacionar a consciência inteira apenas com o sistema superficial Pc-Cs? (p. 266)

Para responder a essa questão, Freud refere-se diretamente aos atributos do ego, em particular à sua corporalidade. Examinemos essa resposta:

> A percepção interna fornece sensações de processos originados nas camadas mais diversas, e certamente também,

> nas camadas mais profundas do aparelho anímico. Elas não são bem conhecidas; as camadas da série prazer-desprazer podem ainda servir de melhor modelo. (p. 266)

Com efeito, desde 1920 Freud afirmava que, face às excitações vindas do exterior, intervém uma espécie de escudo-protetor designado pelo termo *paraexcitações*, que faz com que as quantidades de excitação que chegam ao aparelho psíquico atuem em uma medida reduzida. Contudo, especifica Freud, diante das excitações internas não pode haver *paraexcitações*, ou seja, essas excitações se transmitem diretamente ao sistema percepção-consciência sem sofrer uma diminuição, o que pode produzir um aumento muito grande do desprazer. Pelo fato de não podermos escapar às excitações provenientes de dentro, temos a tendência a tratá-las, escreve Freud (1920), "como se elas não atuassem do interior, mas do exterior, podendo assim utilizar contra elas o meio de defesa das para-excitações. Tal é a origem da projeção, que tem um papel tão importante no determinismo dos processos patológicos" (p. 71). A tarefa do aparelho psíquico consiste, assim, em controlar a excitação, em "ligar psiquicamente as quantidades de excitação que penetraram de forma violenta, para, em seguida, liquidá-las" (p. 72), o que assinalaria ao mecanismo da projeção um papel tão importante.

Freud (1923c) escreve: "A aparição do ego e sua separação do id constitui um outro fator em que a influência do sistema Pc-Cs parece ter agido mais uma vez. O próprio corpo, e

sobretudo sua superfície, *é um lugar de onde podem partir ao mesmo tempo percepções internas e externas*" (p. 270). Ora, se a percepção só tem de início para o ego um papel análogo ao que, no id, cabe à pulsão, em seguida será o próprio corpo que se tornará a "fonte" de todas as percepções, internas ou externas. Nesse sentido, o próprio corpo, constituindo-se entre o interior e o exterior, permite também uma distinção entre um e outro, ou seja, entre dentro e fora.

Freud (1923c) continua, propondo a ideia de que o próprio corpo

> (...) é visto como um outro objeto, mas produz, quando tocado, dois tipos de sensações, um dos quais pode equivaler a uma percepção interna. Já foi suficientemente discutido na psicofisiologia a maneira como o próprio corpo se extrai do mundo da percepção. (p. 270)

O ego não aparece aqui simplesmente como uma noção psicológica, mas como a própria instância do aparelho psíquico que recebe as excitações externas e internas. Nesse sentido, a segunda tópica freudiana traz, a partir do corpo, uma resposta à questão da cinestesia.

Continuando a analisar a argumentação de Freud (1923c), nota-se que ele escreve que a dor também parece "ter um papel, e a maneira como adquirimos um novo conhecimento de nossos órgãos por ocasião de doenças dolorosas talvez seja

um protótipo da maneira como, de forma geral, chegamos à representação de nosso próprio corpo" (p. 270). Sentir dor informaria ao ego sobre a existência de um corpo constituído de órgãos, tornando-lhe possível a representação interna do próprio corpo. Retomando esse momento do texto freudiano, P. Fédida (1977) escreve:

> A consciência do próprio corpo é para o ego a ideologia de seu poder e a justificação de sua produtividade. A diferenciação do ego e a instituição de seus limites são de natureza a indicar sob quais condições relativas nós chegamos, nos disse Freud, a construir uma representação de nosso corpo em geral. A "superfície" do corpo deixa aflorar sensações ou recebe excitações de diversas origens, mas o acesso a uma "representação de nosso próprio corpo" em sua totalidade está longe de poder ser adquirida sob a forma de uma imagem. Na verdade, é a dor que nos dá acesso ao "conhecimento de nossos órgãos", e é ela que permite uma "representação de nosso corpo em geral". (p. 32-33)

De fato, P. Fédida chama a atenção aqui para uma leitura de Freud que atribui ao corpo uma positividade que vai além da noção de uma imagem corporal, assinalando ao mesmo tempo à dor uma função a ser explorada para uma compreensão metapsicológica do corpo. É o que veremos a seguir.

A dor: entre a alteridade e a ausência

Quando volta ao tema da dor, no texto "Inibições, sintomas e angústia", Freud (1926a) retoma a ideia de que a dor é uma condição da representação do próprio corpo e, ainda, que, na dor corporal, intervém um investimento narcísico elevado na representação do local do corpo dolorido:

> Sabemos que, com relação às dores nos órgãos internos, recebemos representações espaciais e também outras representações de tais partes do corpo que, habitualmente, não são representadas de forma alguma na atividade de representação consciente. O fato notável de que, no caso de um desvio psíquico por causa de um interesse de uma outra espécie, as dores corporais mais intensas não se produzam (não temos o direito de dizer aqui: elas permanecem inconscientes) encontra também sua explicação na concentração do investimento sobre a representação psíquica do local do corpo dolorido. Ora, é nesse ponto que parece residir a analogia que permitiu a transferência da sensação de dor para o domínio anímico. (p. 285-286)

Observa-se assim que a transferência da dor do corpo para o domínio anímico, como diz Freud, depende da direção do investimento libidinal. Qual a razão desse sutil deslocamento teórico na metapsicologia da dor?

Nesse mesmo texto, Freud (1926a) sugere que a ausência da mãe provoca dor no bebê, e não angústia, pois este último não consegue ainda diferenciar uma ausência temporal de uma perda duradoura. É nesse momento que ele coloca o outro, ou antes, sua ausência, na origem da dor, ausência que ele qualifica de situação traumática:

> O investimento intenso de desejo do objeto [perdido], do qual se experimenta a ausência, investimento que cresce incessantemente devido ao seu caráter insaciável, cria as mesmas condições econômicas que o investimento da dor em um local do corpo que tenha sido ferido, e torna possível fazermos uma abstração do condicionamento periférico da dor do corpo! A passagem da dor do corpo à dor da alma corresponde à mudança do investimento narcísico para o investimento de objeto. A representação de objeto altamente investida pela necessidade faz o papel do local do corpo investido pelo aumento de estímulo. (p. 286)

Note-se que é a ideia da ausência do outro que está na origem da abordagem freudiana da dor.

Assim, por meio de uma operação analógica, Freud inscreve o outro em toda a dor, seja ela somática ou psíquica. Essa inscrição constitui uma contribuição essencialmente psicanalítica à abordagem, não somente do corpo, mas especificamente da dor, cujo caráter enigmático nunca deixou de ser apontado pela clínica médica. O que também permite compreender

claramente que, afetado pela ausência, o corpo dói. Fato que tão bem descrevem alguns pacientes quando, diante de um sofrimento muito intenso, insistem em localizá-lo no próprio corpo: "*Isso dói muito, há certas coisas que doem no corpo, sinto a dor aqui, no meu peito*"[1].

Após essas considerações, convém retornar à célebre afirmação de Freud (1923c): "O ego é antes de tudo um ego corporal; ele não é apenas um ser de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície" (p. 270). Se ele é um ser de superfície, é porque está encarregado da relação com a percepção e a realidade: Freud coloca o ego na periferia de sua tópica psíquica, mas o fato de ele o enxergar como sendo a *projeção* de uma superfície nos leva a perguntar que superfície é essa. A do corpo, certamente, pois a possibilidade de uma *projeção* só aponta aqui para a distância entre o corpo biológico e o corpo psicanalítico, habitado pela pulsão e pela linguagem.

Ora, essa distância é o próprio motivo pelo qual o corpo psicanalítico encontra seu lugar não apenas em uma anatomia e em uma fisiologia objetivas, mas também em uma anatomia própria, singular. Tal anatomia se constrói a partir do cenário fantasmático de cada um. Está claro que encontramos nas manifestações objetivas do corpo biológico as ressonâncias desse outro corpo, portador de múltiplos sentidos e significações em função desse cenário fantasmático. E é isso que faz

[1] Sobre a questão da dor, remeto o leitor ao artigo de D. Delouya (1999), "A dor entre o corpo, seu anseio e a concepção de seu objeto"; ao de M. T. Berlinck (1999), "A dor"; ao de R. M. Volich (1999), "De uma dor que não pode ser duas" e ao de P. L. Assoun (1996), "Métapsychologie de la douleur: du physique au moral".

do corpo biológico um corpo-linguagem, aberto à abordagem psicanalítica.

Simultaneamente ao enunciado sobre a corporalidade do ego, e na sequência de seu raciocínio, Freud (1923c) propõe uma analogia com "o homúnculo cerebral dos anatomistas" (p. 270), ou seja, com a representação cerebral do esquema corpóreo, para assim tornar visível a ideia de *projeção* de uma superfície. Observa-se que, para circunscrever a ideia do ego, Freud utiliza uma metáfora especulativa. É Lacan quem vai desenvolver mais tarde essa abordagem do ego e do corpo em seu famoso ensaio sobre o estágio do espelho. Nesse texto, ele considera a assunção da imagem especular como fundadora da instância do ego[2]. Imagem, corpo e identidade encontram-se igualmente correlacionados em Winnicott, para quem o surgimento do sentimento de identidade é consecutivo ao reconhecimento de si no rosto da mãe[3].

Se em Freud a relação entre corpo e identidade foi colocada em evidência, como já mencionado, a partir do momento em que ele introduziu o narcisismo, quando diz que o ego é corporal, caracteriza-o também como narcísico. Apenas o registro do narcisismo pode sustentar a unidade ideal do sujeito, identificando o corpo com o si mesmo. De fato, com a introdução do narcisismo, Freud estabelece o investimento

[2] Cf. Lacan (1949) "Le stade du miroir comme formateur da la fonction du Je" (p.93-100).

[3] Cf. Winnicott (1974) "Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant" (p.79-86).

libidinal do ego na mesma série que os investimentos de objeto, e acentua a natureza libidinal da pulsão de autoconservação. O narcisismo trabalharia, assim, a favor de uma abordagem do corpo como corpo próprio. Ao descrever três momentos no desenvolvimento da libido (autoerotismo, narcisismo e amor objetal), Freud salienta, na verdade, a existência, no princípio, de um corpo fragmentado, autoerótico, e que o narcisismo, intervindo *a posteriori*, viria a reunir, em uma unidade, as pulsões sexuais que até então trabalhavam autoeroticamente. A unidade em questão, diz Freud (1911), "é antes de tudo o si mesmo, o próprio corpo" (p. 283).

Quando Freud diz que o ego é corporal, escreve P. L. Assoun (1993),

> (...) precisamos entender mais ou menos o seguinte: *o ego e o corpo são estruturados segundo a lógica homóloga das superfícies*. Isso não significa dizer que o Ego é análogo ao Corpo, mas que a emergência da subjetividade se faz segundo essa lógica corpórea da projeção. O *corpo* é, portanto, *o próprio*, a primeira pessoa. (p.174)

Ora, essas observações nos convidam a estender essa reflexão à maneira como esse corpo se torna um corpo próprio, possibilitando o acesso à primeira pessoa.

Na origem de toda experiência humana: o outro

Desde sua chegada ao mundo, o bebê, por causa de sua prematuridade, tem necessidade do outro. A mãe, ou seu substituto, pela mediação que promove, fornece ao bebê modos de leitura do mundo que lhe chegam por meio dos sons, dos odores, dos toques, do paladar e, por último, das imagens. O estado de desamparo original do bebê coloca-o, desde o primeiro momento da vida, em uma dependência absoluta desse outro maternal: aquele que garante a satisfação de suas necessidades, e sem o qual ele seria impotente para fazer cessar a tensão interna que sente.

Freud coloca esse estado de vulnerabilidade, que caracteriza o bebê humano, como pertencendo aos fatores que participam da criação de uma neurose. Contrariamente ao que se poderia pensar, esse estado será considerado um fator *biológico*, ao lado do fator *filogenético* e do fator puramente *psicológico*. A esse respeito, Freud (1926a) escreve:

> O fator biológico é o estado de vulnerabilidade e de dependência prolongado por um longo tempo, no caso da criança humana. A existência intrauterina do homem aparece, diante da maioria dos animais, relativamente abreviada; a criança humana é trazida ao mundo mais inacabada que a maioria dos outros animais. A influência do mundo exterior real é reforçada, a diferenciação entre o ego e o id é precocemente favorecida, os perigos do mundo exterior

> são realçados em sua significatividade, e o valor do objeto, o único capaz de proteger contra os perigos e substituir a vida intrauterina perdida, aumenta enormemente. Esse fator biológico instaura, portanto, as primeiras situações de perigo e cria a necessidade de ser amado, que não mais abandonará o ser humano. (p. 269)

Deve-se notar que Freud aponta aqui dois momentos consecutivos nessa relação primordial do bebê humano com o outro maternal. No início, a ausência da mãe não representa a ausência de um objeto, visto que ela não é ainda um objeto para ele. Não se trata tampouco da falta de um objeto de amor, visto que o amor não existe ainda. Existe apenas a necessidade e, nesse sentido, a ausência da mãe coloca o bebê em uma situação de perigo, na qual o que ele experimenta será qualificado por Freud como *dor,* e não como angústia.

Freud vai mais longe e não hesita em qualificar a ausência da mãe como uma *situação traumática*. Para o bebê, é a sobrevivência que está em jogo, e será apenas mais tarde que surgirá a necessidade do amor. E, para sobreviver, conclui Freud (1926a), o bebê tem necessidade do outro maternal:

> O ser da primeira infância não está de fato equipado para dominar psiquicamente as grandes quantidades de excitação que chegam do exterior ou do interior. Em uma certa época da vida, o interesse mais importante é, efetivamente, que as pessoas das quais dependemos não retirem sua terna solicitude. (p. 261-262)

Essas quantidades de excitação exterior e interior devem, então, passar pelo outro maternal para que possam ser controladas pelo bebê. Em uma linguagem freudiana pode-se dizer que o outro maternal exerce aqui uma função de paraexcitação.

Indo nessa direção, J. Birman (1995) escreve:

> Considerando agora esse princípio de alteridade de base e a presença originária do Outro, podemos afirmar também que o conceito de um ego corporal enquanto projeção de uma superfície nos remete, portanto, à experiência da transformação das forças pulsionais a partir do Outro. Com efeito, o Outro é o *lugar originário* por onde as forças pulsionais fazem uma passagem obrigatória, um desvio indispensável antes que possam retornar ao organismo da criança (...) É nesse sentido, nos parece, que Freud falava do ego enquanto um ego corporal *antes de tudo*, afirmando, além disso, que ele era a projeção de uma superfície. Essa projeção nos remete à maneira como o Outro administra as excitações pulsionais. (p. 18)

Nesse sentido, seja em relação ao ego corporal como projeção de uma superfície ou em relação à força pulsional, o outro estaria sempre na origem da constituição do sujeito psíquico.

Com efeito, J. Birman (1995) ao chamar nossa atenção para o fato de que Freud, em seu texto de 1915 sobre as pulsões, havia enunciado a diferença entre a força pulsional e os destinos das pulsões, concedendo à força pulsional uma

autonomia em relação às representações psíquicas, mostra que devemos, sem dúvida, enxergar aí as premissas da pulsão de morte tal como será formulada em 1920, a saber, como pulsão sem representação:

> Assim, o movimento inicial da força pulsional estaria orientado para a descarga. Seria um movimento voltado para a expulsão da excitação e da força pulsional do organismo. Entretanto, à medida que o Outro pode *acolher* o movimento originário voltado para a descarga, quer dizer, nomeá-lo e *oferecer-lhe um campo possível de objetalidade*, a força pulsional pode estabelecer uma *ligação* que a faz, então, retornar para o organismo[4]. (p. 19-20)

Vejamos isso de maneira mais detalhada, de modo a conceber melhor, do ponto de vista metapsicológico, qual a natureza desse *acolhimento*.

Do "corpo de sensações" ao "corpo falado"

No início da vida do bebê, são as sensações corporais que ocupam o primeiro plano. Aquelas sensações que causam desprazer vão constituir uma demanda e, quando o bebê chora, está, à sua maneira, exprimindo uma queixa. A mãe responde

[4] Grifos meus.

a esse apelo apaziguando as sensações corporais desagradáveis. Para que ela possa escutar o corpo do bebê e interpretar os sinais de um corpo que não pertence mais ao seu, ela precisa dar provas de uma capacidade de investir libidinalmente esse corpo. O trabalho de escuta e interpretação só é possível quando existe um investimento da mãe no corpo da criança. Ora, esse investimento supõe que ela é capaz de experimentar um prazer ao ter contato com o corpo da criança e ao nomear para ela as partes, as funções e as sensações desse corpo. Esse investimento supõe que a mãe é capaz de transformar esse "corpo de sensações" em um "corpo falado".

A esse propósito, Piera Aulagnier (1975) fornece alguns elementos preciosos. Ela salienta, primeiramente, a relação da mãe com o seu próprio corpo como "lugar do prazer" e, em seguida, chama a atenção para o prazer que a mãe pode experimentar no contato com o corpo do bebê, o prazer de nomeá-lo e de dar assim ao bebê um conhecimento da existência desse corpo. Esses dois níveis de prazer funcionariam, segundo Piera Aulagnier, como as condições iniciais que permitiriam à criança, mais tarde, conceber o seu corpo como um espaço unificado. Ela salienta, ainda, a importância, nesse trabalho de nominação do corpo, da palavra da mãe no reconhecimento do prazer que a criança experimenta no seu próprio corpo, pois são esses prazeres parciais do começo que preparam o acesso ao gozo sexual, se esse corpo pode tornar-se um espaço unificado. Piera Aulagnier insiste ainda que é também o prazer que a mãe

experimenta na sua relação com o pai que garante à criança, mais tarde, além dos prazeres parciais da sexualidade infantil, o acesso à sua própria procura de prazer objetal. Antes mesmo que a criança adquira a noção de um corpo unificado, são esses diversos elementos que permitiriam, ainda na experiência de dispersão do corpo, a constituição do autoerotismo e abririam, em seguida, a passagem em direção ao narcisismo, com a constituição de um corpo unificado, e assim em direção ao amor objetal[5].

Enfatizando que no começo da vida é a mãe que escuta e interpreta os sinais do corpo do bebê, e que esse trabalho de escuta e interpretação só é possível se existe da parte dela um investimento libidinal nesse corpo, saliento, de acordo com Freud, que o papel da mãe não é simplesmente o de assegurar a conservação da vida, mas, simultaneamente, o de permitir o acesso ao prazer por meio da promoção da sexualidade. A constituição do autoerotismo supõe originalmente a existência de um objeto maternal que assegurou a satisfação das primeiras necessidades; o autoerotismo vem apenas em resposta à perda desse objeto. O acesso ao corpo sexuado, promessa de prazer, supõe, então, a existência de um primeiro tempo no qual as necessidades básicas foram satisfeitas. Na falta de um investimento necessário, a experiência do corpo ficaria ligada à necessidade, privada da descoberta desse corpo de prazer – em um primeiro momento objeto do investimento libidinal da mãe

[5] Cf. Aulagnier (1975) *La violence de l'interprétation* (pp. 291-293).

e, em um segundo momento, objeto do investimento libidinal do próprio sujeito[6].

Então, pode-se afirmar que o outro é o polo investidor que vai transformar o corpo biológico em um corpo erógeno. Esse outro seria a condição para que o corpo se torne um corpo próprio, habitado pela linguagem. Isso equivale a dizer que é o investimento libidinal no corpo da criança, realizado por esse outro maternal, que, ao torná-lo erógeno, permite-lhe o acesso à simbolização. Seria, portanto, a erogeneidade aquilo que aponta ao corpo sua qualidade de corpo próprio. A esse respeito, esta investigação entra em sintonia com P. L. Assoun (1995) quando este afirma: "Ter um corpo, ser em um corpo é ser 'ordenado' a um regime libidinal que, a partir da dependência originária e da articulação da *necessidade* com a *demanda*, constitui o sujeito encarnado em relação de necessidade com o outro" (p. 47). Espero ter conseguido demonstrar que o discurso freudiano desvela uma verdadeira pluralidade de funções que outorgariam ao corpo, por excelência, como diz P. L. Assoun (1993), "o lugar de passagem do objeto e do outro, de onde *nasce* o sujeito" (p. 175).

Esses diferentes registros do corpo, que designam ao mesmo tempo uma superfície e uma profundidade, um dentro insondável e um contorno delimitado, unem-se no sintoma corporal que a histeria mostra de maneira privilegiada, o que, para retomar os termos de P. L. Assoun (1993), "usufrui

[6] Cf. meu artigo "A hipocondria do sonho e o silêncio dos órgãos: o corpo na clínica psicanalítica" (2002), p.187-189.

das potências do *Leib* e modifica o *Körper*" (p. 162). Pode-se imaginar que na clínica analítica o corpo se anuncia muitas vezes pelo sintoma. Assim, continua P. L. Assoun (1993),

> (...) se a histérica se seduz com seu próprio órgão, é porque esse corpo foi seduzido: é na experiência originária da sedução [*Verführung*] que se produz essa entrada na neurose. Dizer que o sintoma toma corpo é, portanto, dizer que o sujeito endereça a si mesmo a mensagem que lhe veio do Outro. O corpo é, portanto, o instrumento vivo por meio do qual a mensagem do Outro se encontra literalmente *incorporada*. (p. 165)

O movimento de transposição produzido por Freud na concepção do corpo toma aqui toda a sua medida. O corpo psicanalítico é, portanto, construído pela alteridade.

O percurso realizado pelos textos de Freud, tomando como ponto de partida o conceito de pulsão, permitiu enfatizar a primazia da erogeneidade supondo uma passagem do corpo autoerótico ao corpo narcísico, para chegar na ideia de um ego corporal. A retomada do conceito de pulsão em 1915, ao atribuir uma autonomia à força pulsional, desdobra-se mais tarde na invenção da pulsão de morte enquanto pulsão sem representação. E a reafirmação da importância do ponto de vista econômico, salientando uma nova concepção do trauma, coloca em evidência a problemática do excesso impossível de ser representado na compreensão metapsicológica do funcionamento do aparelho psíquico. O surgimento do ego corporal assinala tanto a importância do mecanismo da projeção quanto

da problemática da dor para uma abordagem propriamente psicanalítica do corpo.

A inovação freudiana foi precisamente ter podido demonstrar como esse corpo, que de saída nos identifica a nós mesmos e paradoxalmente não equivale imediatamente a um corpo próprio, vai sendo construído à custa de um laborioso trabalho resultante do encontro essencial com o outro. O corpo, colocado em evidência pela psicanálise, a saber, o corpo psicanalítico, resulta dos riscos do confronto entre a alteridade e a ausência.

Para que as construções teóricas tenham, de fato, um interesse, é preciso imaginar os possíveis desdobramentos no sentido de uma transformação da própria clínica, no sentido de uma abertura da nossa escuta. Em psicanálise a teorização exige, como em nenhum outro domínio, a pesquisa dos seus fundamentos metodológicos nos ecos que emanam da especificidade da sua clínica.

Sendo assim, após indicar no discurso freudiano alguns elementos que permitem circunscrever a especificidade teórica da abordagem psicanalítica do corpo, faz-se necessário neste momento enfatizar as implicações dessa leitura do texto de Freud na escuta analítica e, consequentemente, seus desdobramentos no transcorrer do processo terapêutico.

4.

Implicações clínicas e metodológicas

Se a psicanálise instaurou em torno do corpo um discurso diferente do discurso médico, ela instaurou uma outra metodologia e, portanto, uma outra clínica. Trata-se, então, de colocar em evidência alguns elementos que permitam caracterizar a especificidade clínica e metodológica da psicanálise.

Na clínica médica, os conhecimentos teóricos do médico vão ajudá-lo a inscrever o sofrimento do paciente em um discurso médico, dando a este um sentido, um nome e um tratamento, visando a suprimir a demanda que gerou a consulta médica. Na análise, não é raro que, sobretudo os pacientes com distúrbios somáticos, dirijam-se ao seu analista da mesma maneira que o fazem com seu médico, esperando ver seu sofrimento e seus sintomas inscritos em um discurso capaz de torná-los inteligíveis para eles. Na clínica analítica, ao contrário da clínica médica, a sustentação da demanda é o motor do trabalho, não apenas durante as entrevistas preliminares, mas também durante a própria análise. Essa demanda, que se mantém, é o que levará a uma pesquisa do material inconsciente, dando acesso ao infantil e estabelecendo assim uma espécie de continuidade

capaz de construir elos entre a história do paciente e a sua vida atual. Trata-se, na verdade, de descobrir e recontar *velhas* histórias que, na novidade da repetição instaurada pela transferência, permitem a criação de *outras* histórias.

P. Fédida (1977) aponta, a esse respeito, que

> (...) a passagem para uma clínica psicanalítica designa, portanto, uma transformação pela escuta da relação com o visível: se o médico pode se abstrair de seu corpo e permitir assim que o doente faça o mesmo, para que possa se exercer sobre ele um saber e um poder, *o analista não pode esquecer que seu corpo é o cenário no qual vêm atuar os fantasmas do paciente*, ou ainda, o lugar imaginário dos desejos de acordo com a economia primitiva da troca com o corpo dos pais[1]. (p. 24)

Pode-se dizer, então, que no corpo do analista se encenam os jogos apaixonados da infância, que não poderiam deixar de se atualizar na transferência[2]. E é isso precisamente que faz da situação analítica o lugar por excelência capaz de abrigar essa intensidade libidinal que constitui o *motor* do processo analítico.

[1] Grifos meus.

[2] A esse respeito remeto o leitor ao artigo "Psicanálise do sensível: a dimensão corporal da transferência", de I. Fontes (1999).

A especificidade clínica que a psicanálise instaurou coloca-se, assim, lado a lado tanto com a clínica médica quanto com as psicoterapias utilizadas na época de Freud. Na clínica analítica, a noção de psicoterapia foi subvertida pelo abandono da hipnose e da sugestão em proveito de um espaço de transferência e de associação livre. Com certeza, a especificidade dessa clínica nos mostra também a inutilidade de ensinar a teoria psicanalítica ou de transmiti-la meramente como um corpo doutrinal de saber. Dito de outra forma, uma clínica baseada em noções tais como transferência, associação livre, resistência e repetição só pode levar em conta um corpo teórico que consista em um conjunto de referências e indicações que permitam ao analista *escutar* seu paciente.

Paradoxalmente, o verbo escutar, originando-se do latim *auscultare*, remete ao método da escuta médica, a auscultação, que significa literalmente a "escuta dos barulhos internos do sujeito" – método que significa aplicar o ouvido com atenção para perceber ou ouvir; ouvir com atenção. Pode-se dizer, então, que escutar é precisamente dar ouvidos a…; dar ouvidos àquilo que se enuncia apenas veladamente, àquilo que somente um ouvido atento e experimentado na *arte da escuta pode acolher*.

Sobre a delicadeza da escuta

Os pacientes que apresentam somatizações graves e que são enviados a um analista, às vezes chegam à análise como se

se tratasse de tentar um novo remédio, ou simplesmente um novo tratamento prescrito. Na maioria dos casos, um médico lhes recomenda a análise, sem que eles próprios tenham experimentado esse desejo. A passividade inerente a essas situações – que consiste em se deixar administrar uma nova droga ou prescrever um novo tipo de tratamento – é em sua própria natureza contrária à aventura psicanalítica. Esta exige, por meio da regra fundamental da associação livre, uma atividade que, se pode parecer desmentida pela posição deitada do paciente, não é menos importante. Ao paciente é pedido que fale livremente, procurando afastar todos os julgamentos críticos. Ora, essa demanda solicita de sua parte um esforço já considerável em si. A associação livre implica um engajamento ativo na constituição do trabalho analítico, engajamento que, como sabemos, está sempre em relação direta com a transferência.

Ao contrário, receber um novo medicamento ou se submeter a um novo tipo de tratamento médico não exige necessariamente do paciente uma tal participação. Já foram mencionadas aqui algumas diferenças que existem entre a consulta médica e o encontro com o analista, mas é importante aprofundar um pouco a natureza desse encontro. No tratamento médico, o paciente é, a princípio, passivo; ele recebe em seu corpo as marcas impressas pelo outro sem ser, necessariamente, convidado a participar. A perspectiva da mudança de registro da passividade para a atividade pode, portanto, estar na origem da recusa de alguns pacientes a se engajarem em uma análise, ou, simplesmente, da sua decepção em relação ao

que esperavam do processo analítico. A exigência de trabalho psíquico que uma análise requer parece assim considerável em relação às marcas que esse encontro – esse corpo a corpo, ousaria dizer, – deixa no analista e no paciente.

Certos pacientes, porém, exprimem claramente o sentimento de que a experiência de ser escutado pelo analista lhes foi benéfica. Poderíamos pensar que falar com alguém e ser escutado por essa pessoa lhes remete à sensação de receber cuidados passivamente, mesmo que esse dizer já seja atravessar um espaço, o que supõe uma ação. Se assim for, pode-se dizer que é a própria *escuta* que é vivida como o benefício dos cuidados dispensados pelo analista. De fato, há um investimento do paciente pela escuta do analista, à medida que esta reflete a presença do analista.

Se, de um lado, a análise coloca problemas a seus pacientes, de outro, é importante não esquecer que os pacientes também colocam problemas para a psicanálise. É com grande desconfiança que ouço as muitas vozes que se erguem, entre os analistas, em favor de um remanejamento do enquadre analítico segundo certas categorias de pacientes. No entanto, reconheço, de qualquer forma, que seria importante remanejar *a disponibilidade* de escuta do analista.

Mediante a leitura dos textos de Freud, é possível perceber que, para ele, a situação analítica não funcionava apenas como o local técnico de aplicação de uma teoria, mas sobretudo como conselheira e instigadora da construção teórica, chamando sua atenção para os problemas concretos e

orientando sua pesquisa na direção dos obstáculos, dos impasses vividos entre ele e seus pacientes.

Sendo assim, a pesquisa psicanalítica só pode se basear na utilização de um método que respeite o que o campo de investigação em questão oferece de específico; um campo em que o trabalho teórico é compreendido não como a mera formulação de um saber, mas como uma espécie de reedição, por meio do pensamento do analista, do trabalho psíquico que os processos inconscientes exigem tanto dele como de seu paciente. Assim, o "laboratório" do analista se encontra na experiência viva entre ele e seus pacientes.

Pode-se enfatizar que o problema orgânico, qualquer que seja sua etiologia, é uma realidade da qual nem o paciente nem o analista podem fugir e, às vezes, nem mesmo esquecer. Deve-se deixar claro que essa realidade orgânica não exclui outras realidades: neuróticas, psicóticas, perversas. Como analistas, nós olhamos, escutamos e, de certa forma, participamos dessas realidades.

Não é raro, em alguns pacientes, uma certa expectativa de que o analista tenha o seu interesse dirigido para as possíveis explicações psicológicas que eles trazem em relação à sua doença. Esse pressuposto, de que o analista está à espera de explicações psicológicas para designá-las como *causa* de sua doença, desperta em alguns uma espécie de reação "paranoica". Em outras palavras, o analista parece tornar-se aquele que destitui a doença do paciente de sua condição orgânica, e a análise o processo que visaria a descobrir sua *causa* psíquica.

Nada mais violento, quando se está doente, que se ver exposto a intervenções explicativo-causais de cunho psicológico que, aliás, nada têm de analítico, e que parecem hoje muito difundidas na linguagem do senso comum.

Em tais condições, o paciente não pode se comportar de outra forma senão tentando se proteger, a todo custo, de qualquer relação de sua doença com sua história pessoal, para manter assim sua condição de "estar doente de verdade", de ter realmente uma doença orgânica. O fato de o analista demonstrar interesse tanto pelo relato que seus pacientes fazem de suas doenças quanto pelas explicações que estes constroem em torno delas, isto é, mantendo a escuta decorrente de sua atenção flutuante, cria, na maioria das vezes, a possibilidade de se instaurar um discurso psicanalítico, e não psicológico, em que os pacientes podem, então, constituirem-se como sujeitos de suas doenças.

Sem negligenciar o rigor epistemológico, deve-se poder insistir que a psicanálise é um processo terapêutico, deixando bem claro que, evidentemente, tal processo absolutamente não se baseia no eventual desaparecimento do sintoma no sentido médico. Já foi amplamente ressaltado que aquilo que constitui um *sintoma* para a psicanálise não deve ser confundido com a definição de sintoma dada pelo discurso médico, nem com o lugar que esse discurso dá ao sintoma no tratamento[3]. Além disso, não se deve esquecer que a resistência do paciente a

[3] Sobre a questão do sintoma na psicanálise remeto o leitor ao livro O sintoma e a clínica psicanalítica: o curável e o que não tem cura, de M. C. Ocariz (2003).

se desprender do foco de seu sintoma se justifica em muitos casos. Essa resistência é bem diferente da recusa ao tratamento médico e, às vezes, é a proteção mais eficaz contra os excessos interpretativos de um certo imperialismo psicanalítico.

No que se refere à doença somática na análise, na maioria dos casos assistimos ao seu processo de criação sem poder fazer muita coisa. Outras vezes, porém, pode ocorrer que o trabalho analítico consiga reconstruir alguns circuitos antes bloqueados, permitindo assim que o paciente encontre novas saídas em relação à sua doença. No entanto, é importante questionar a maneira pela qual acolhemos a doença somática de nossos pacientes, pois é disto exatamente que se trata: de *acolhê-la*.

Uma doença somática, uma lesão que afeta um órgão, é uma realidade, mas não é, por isso, menos singular e particular para cada sujeito. Cada um se serve dela e resiste a ela de maneira sempre pessoal. Os médicos notam muitas vezes que uma mesma doença não se exprime com sintomas idênticos em duas pessoas diferentes. Do lugar que ocupa, o analista, por sua vez, não pode deixar de refletir sobre o alcance da invasão da situação analítica por essa realidade específica que são os distúrbios orgânicos.

Ora, se, conforme Pierre Marty, o sintoma somático é fechado em si mesmo, ou seja, se ele não remete a uma significação oculta como no modelo da conversão histérica, a experiência clínica nos ensina que ele ocupa, não obstante, um *lugar*, um espaço na economia psíquica do sujeito. Sendo assim, deve-se poder acentuar que o trabalho da análise pode bem ser

o de *nominação/ligação*, essa colocação em palavras que reenvia sempre a alguma outra, criando assim uma cadeia associativa que visa a ligar os elementos do discurso em um verdadeiro trabalho de construção de sentidos. Nomear a doença significa dar-lhe, de alguma forma, um contorno, um limite, de tal maneira que ela comece a adquirir uma forma, uma *imagem*, permitindo ao paciente inscrevê-la em uma história.

Desse ponto de vista, interpretar não quer dizer desvelar o sentido oculto, mas, sim, trabalhar na construção dos sentidos. Essa diversidade de sentidos se constrói por meio das palavras. A interpretação deve ser essa palavra em suspenso que o paciente pode continuar a enunciar em busca de outras. No contexto do que se compreende aqui por uma análise, uma boa interpretação seria simplesmente aquela que se abre para uma outra, ou seja, que não impede o trabalho associativo do paciente.

Nesse sentido, é por meio da *delicadeza* da escuta, de uma leitura em filigrana das palavras, na sutileza da busca dos detalhes, dos gestos, do olhar, do silêncio, que o analista vai reencontrar as marcas das imagens internas do paciente. Tudo se passa como se a palavra do analista devesse incentivar o paciente a desenvolver seu poder imaginativo de tal forma que o acontecimento que toca o corpo não fique privado de possibilidades metafóricas. A metáfora, disse P. Fédida (1977), "é uma morada, e o psicanalista tem necessidade do poema para habitar" (p. 131). Se é do âmbito da análise acolher a doença somática ao nomeá-la, também é sua tarefa permitir que um

sistema simbólico se estabeleça em torno de todo acontecimento que afeta o corpo[4].

O corpo doente na situação analítica: precisões metodológicas

Apesar de a clínica analítica ser abundante em exemplos surpreendentes de implicações psíquicas que permitem o surgimento e a permanência de um estado de doença somática, ela também é rica em exemplos de reações psicopatológicas significativas que surgem em consequência de uma doença orgânica. Freud parece ter se interessado mais por esse último caso, o que mostra a sua prudência em relação à etiologia psíquica de certas doenças somáticas. A seguir são citados três momentos do discurso freudiano que ilustram bem essas afirmações.

Nas *Conferências introdutórias sobre psicanálise*, Freud (1916-17b) escreve:

> Nas pessoas que, embora tendo uma predisposição à neurose, não sofrem de nenhuma neurose declarada, acontece frequentemente que uma alteração corporal mórbida, por inflamação ou lesão, desperta o trabalho de formação de sintomas, de tal forma que o sintoma fornecido pela reali-

[4] Cf. meu artigo "Entre a alteridade e a ausência: o corpo em Freud e sua função na escuta do analista" (2002).

> dade, torna-se imediatamente o representante de todas as fantasias inconscientes que buscavam uma primeira ocasião para se manifestar[5]. (p. 369)

Vê-se aqui que a realidade orgânica é complacente, dando ocasião à neurose de se declarar. Em outras palavras, ela oferece um meio de expressão às fantasias inconscientes que procuram uma ocasião para se manifestar. Devemos notar que, em sua fórmula, Freud não fala da passagem de uma doença somática a uma doença psíquica, mas simplesmente de uma transformação somática que desperta a neurose que, até então, jazia no silêncio absoluto.

Em uma outra ocasião, quando Freud (1924a) procura mostrar a importância da economia masoquista, ele escreve:

> É igualmente instrutivo ter a experiência de que, contra todas as teorias e expectativas, uma neurose que desafiou todos os esforços terapêuticos pode desaparecer quando a pessoa cai em uma situação de infelicidade devida a um mau casamento, perde sua fortuna ou *contrai uma doença orgânica grave*. Uma forma de sofrimento é então substituída por outra, e vemos que a única coisa que importava era a necessidade de manter uma certa dose de sofrimento[6]. (p. 18)

[5] Freud (1916-1917). "La nervosité commune" in *Introduction à la psychanalyse*, Paris: Payot, p.356-369; p.369.

[6] Grifos meus.

Nessa citação, o que chama a atenção, logo de início, é o fato de a doença orgânica, sendo um exemplo da realidade de uma infelicidade, ser capaz de substituir a neurose na manutenção de uma economia de sofrimento. É o masoquismo que está em ação. Devemos observar, porém, que Freud não diz que o sujeito contrai aqui uma doença orgânica *por* masoquismo, ou seja, *não* é o masoquismo que *causa* a doença. Ele mostra, com prudência, que, uma vez tendo se manifestado a doença orgânica, o sujeito *a utiliza* para regular sua economia de sofrimento. O alcance de seu raciocínio é o seguinte: o sujeito tem necessidade do sofrimento para sustentar sua economia psíquica. Não é, portanto, um acaso se a doença somática se torna para alguns um meio privilegiado de restabelecer essa economia psíquica, a qual se sustenta nesse sentimento de si mesmo dolorido e masoquista, como se a dor pudesse ser o testemunho da existência de um corpo vivo. Já em "Luto e melancolia"[7] e, em seguida, em outras ocasiões, a dor orgânica aparece nos escritos de Freud relacionando-se diretamente com a dor "anímica". Devemos, nesse sentido, nos lembrar de que a dor, conforme vimos, aparece em Freud (1923c) como "o protótipo da maneira como se chega de uma forma geral à representação de seu próprio corpo" (p. 270). É então a dor que, atraindo nossa atenção para o corpo, dando acesso ao conhecimento de nossos órgãos, nos permite uma representação do mesmo sob o signo de um sofrimento que nos afeta.

[7] Cf. Freud (1917d) "Deuil et mélancolie", p.278.

O terceiro extrato escolhido data de 1937; nele Freud (1937b) relata o caso de uma paciente que, tendo se curado de uma patologia histérica, permaneceu bem por volta de catorze anos, até que a aparição de um mioma, que justificou a retirada total do útero, precipitou-a novamente em um estado patológico:

> Depois dessa operação, a jovem ficou doente novamente. Ela se apaixonou pelo cirurgião, se entregou a fantasias masoquistas em relação às terríveis modificações no interior de seu corpo, com as quais dissimulava seu romance, mostrou-se inacessível a uma nova tentativa analítica e nunca mais voltou ao normal até o fim de sua vida. (p. 237)

Freud formula aqui a hipótese de que a segunda manifestação psicopatológica provinha da mesma fonte da primeira. Em outras palavras, tratava-se da "expressão modificada das mesmas moções recalcadas que haviam encontrado na análise uma solução parcial" (p. 238) Nessa época, estando convencido da importância do ponto de vista econômico, Freud concede um lugar importante ao trauma, acrescentando que, sem o novo trauma, a nova manifestação psicopatológica não teria acontecido. Nesse caso, é legítimo supor que o novo trauma ao qual se refere Freud seja a eclosão do mioma e a consequente retirada do útero, um acontecimento que toca o real do corpo da paciente. Vemos aqui a importância que Freud concede à manifestação somática e suas consequências como

potencialidade traumática que atinge a economia psíquica do sujeito[8].

Esses três fragmentos mostram que a patologia psíquica pode, depois de uma patologia orgânica, tanto retornar à cena como aparecer pela primeira vez, ou até desaparecer. Pode-se notar que o que interessa a Freud, nos momentos em que observa a ligação entre a eclosão de uma patologia somática e o aparecimento de sintomas psíquicos, é esboçar possibilidades de articulação entre a posição psíquica inconsciente e a eclosão da doença orgânica. Em outras palavras, o acontecimento somático seria um momento eminente de verdade para o sujeito no plano inconsciente, o que coloca em evidência que a economia orgânica é atravessada pela economia libidinal engendrada pela alteridade.

Sendo assim, deve-se insistir que a psicanálise não pode ser nem uma teoria psicológica do somático, nem uma interpretação simbólica direta das doenças do corpo, o que significa dizer que o psíquico não pode ser definido como o mestre absoluto que reina sobre os destinos do corpo biológico e, consequentemente, que o somático não pode ser definido meramente como substrato causal.

Dito isso, é prudente não esquecer que a etiologia das doenças orgânicas permanece, em princípio, como competência das disciplinas médicas, cabendo a uma abordagem psicanalítica do corpo tudo aquilo que o toca na palavra. Isto é, todas as formas

[8] Sobre a questão do trauma e seus desdobramentos clínicos, remeto o leitor ao artigo "A insistência do traumático", de Lucía Fuks (2000) e ao livro Neurose traumática, de Myriam Uchitel (2001), publicado nesta mesma coleção.

de viver o corpo e de colocá-lo em palavras, mesmo que essa palavra não seja pronunciada com facilidade, mesmo que ela seja mais "atuada" que "falada", mesmo que seja muda, ainda assim se faz presente.

A leitura de Freud revela o quanto a sua maneira de raciocinar por comparações e analogias entre os diferentes quadros clínicos – entre histeria e neurose obsessiva, entre neuroses e perversões etc. – mostrou-se fecunda, na tentativa de explicar as vicissitudes do funcionamento psíquico. Pode-se mesmo dizer que esse método lhe permitiu colocar em relação entidades nosológicas diferentes, nomeando-as e descrevendo as especificidades de cada uma delas, sempre com o objetivo de esclarecer algo mais sobre seu funcionamento psicopatológico[9].

Em *Estudos sobre a histeria*, Freud (1895) faz uma comparação entre a doença orgânica, a hipocondria e a histeria. Enquanto o doente orgânico,

> (...) se não for, além disso, um neurótico, consegue descrever suas dores tranquilamente e com precisão, dizendo se elas são lancinantes, se surgem de forma intercalada, de que ponto a

[9] Por exemplo, Freud escreve que "a neurose é, por assim dizer, o negativo da perversão" (Freud, 1905, p.80) Ou ainda: "Em nenhuma outra neurose as fantasias que se transformam em sintomas aparecem com maior evidência do que na histeria; em compensação, as resistências ou formações reativas dominam o quadro da neurose obsessiva; e, de um outro lado, o que nós chamamos de elaboração secundária, ao falar do sonho, ocupa na paranoia um lugar de destaque a título de falsa percepção, etc." (Freud, 1916-17b, p.360). Ainda um outro exemplo: "A neurose de transferência corresponde ao conflito entre ego e id, a neurose narcísica (melancolia) àquele entre ego e superego, e a psicose àquele entre ego e mundo exterior" (Freud, 1924b, p.6).

> outro se difundem e o que, a sua maneira de ver, as provoca (...) (pp. 107-108)

o hipocondríaco, diz Freud, se apega intensamente à descrição de seus sofrimentos, buscando na linguagem comum as palavras suscetíveis de ligá-los ao discurso médico. Utiliza-se de imagens na tentativa de tornar cada vez mais clara a descrição do que ele está sentindo. Tentativa, na maior parte das vezes, destinada ao fracasso, visto que o hipocondríaco geralmente sai da consulta médica com a impressão de que não se fez entender. Quanto ao histérico, Freud ressalta o valor que ele dá às partes de seu corpo, já tendo enfatizado antes que se trata aqui de uma *anatomia fantasmática* que vem a ter um papel na construção do sintoma[10]. Com efeito, diferentemente do hipocondríaco, encontramos no histérico uma falta de interesse pela descrição de suas dores e, como diz Freud (1895), a atenção de sua paciente "estava voltada para alguma outra coisa cujas dores constituíam apenas um fenômeno concomitante" (pp. 107-108). Ora, o material que Freud utiliza para distinguir o doente orgânico, o hipocondríaco e o histérico é, portanto, o discurso, as particularidades discursivas desses pacientes. Ele chama a atenção, já nessa ocasião, para a especificidade de nosso *instrumento de trabalho*: é exatamente da relação da palavra com o corpo que devemos nos ocupar.

[10] Cf. Freud (1893) "Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques" (p. 55).

Um modelo de escuta do corpo na situação analítica

> *"Se mesmo minhas dores já não estão associadas a nenhum acontecimento, seria preciso que eu lhes reinventasse a trama; mas eu preferi me manter na obscuridade e na distância de qualquer acesso: para quê saber as linhas do meu rosto se este 'adeus' e este 'abandono' podem ser a última transfiguração?"*
>
> Juliano Garcia Pessanha[11]

Na situação analítica, em princípio, a expressão que o sujeito dá àquilo que se passa com ele é uma expressão verbal e metafórica, permitindo, desta forma, o desenrolar do trabalho analítico na tessitura fina dos meandros da linguagem. Entretanto, o contato com os pacientes somáticos rapidamente nos ensina que a expressão verbal e metafórica frequentemente utiliza o corpo como imagem, solicitando assim do analista um *olhar* e uma *escuta* capazes de figurar essa imagem e descrevê-la em palavra.

Esses pacientes, entre alguns outros, colocam em evidência a limitação da escuta do analista se esta tenta se guiar pelo modelo clássico, em que o trabalho analítico visa a desvendar os sentidos ocultos do sintoma. Esses pacientes parecem necessitar que o analista os acompanhe na busca das palavras capazes

[11] Cf. *Cadernos do exílio*, de J. G. Pessanha (1997).

de acolher os detalhes, os mais fortuitos, da sua fala e colocá-los em relação com o que se passa no seu corpo, permitindo, desta forma, que um sistema simbólico possa ir lentamente se estabelecendo em torno do evento somático.

Justamente onde o sujeito só pode mostrar seu corpo por meio dos processos psíquicos, isto é, por meio da palavra, é a escuta do analista que pode acolher a emergência do evento somático na vida do paciente, reinventando-lhe uma trama. Esse acolhimento só é possível se o analista não se perder nas ressonâncias contratransferenciais de suas próprias representações frente à doença somática apresentada pelo paciente. Essas ressonâncias remetem não apenas aos fantasmas do analista, mas também à sua posição frente à eventualidade de sua própria morte.

Ora, sabe-se que os eventos somáticos, talvez por sua carga de realidade, muitas vezes inexorável e cruel, afetam mais ou menos intensamente o analista. A intensidade dessa afetação interfere, certamente, na condição psíquica determinante da escuta do analista, uma condição que se instaura e se desfaz sem cessar. A violência com a qual, às vezes, o corpo irrompe o espaço analítico dificilmente pode deixar o analista indiferente. Se os males do corpo têm o poder de alterar tragicamente os destinos de uma vida, o que dizer dos pretensos destinos de uma análise? Uma jovem mulher, atônita pela descoberta inesperada de uma doença grave, disse: "A doença mudou meu discurso!" Fica claro que o discurso funciona aqui como um dos patamares

da subjetividade. Uma subjetividade inexoravelmente fadada a se transformar por aquilo que toca o corpo.

A intensidade dessas experiências solicita do analista a *delicadeza* de tentar manter-se no espaço de um "entre", isto é, não cedendo cegamente às demandas imediatas nem se ausentando demais em um silêncio sem eco, tentando permanecer no espaço suspenso e aberto da palavra. Um silêncio rígido do analista pode enviar o paciente a uma solidão muda, remetendo-o à sua própria morte e à incapacidade de lidar com os traços traumáticos de sua própria história. Não é por acaso que esse tipo de paciente tem necessidade de constatar a presença viva do analista; é essa presença que lhe assegura que o analista não está "morto". É interessante notar que simples expressões sonoras que emanam do analista muitas vezes são suficientes para reassegurar o paciente, permitindo assim o desenrolar do trabalho associativo.

Nessas condições, o trabalho analítico pode funcionar como um reorganizador da libidinização do corpo, como salienta Joel Birman (1997): "A presença viva do analista é necessária para que ele possa acolher o impacto das forças pulsionais, se constituindo assim como esse Outro através do qual a libidinização torna-se possível" (p. 26). Ora, no início da vida, quem acolhe o impacto das forças pulsionais, procurando dar-lhes nome e sentido, é a mãe (ou seu substituto). Trata-se, aqui, não apenas de acolher, mas de *acolher* e *nomear*; é esse acolhimento e essa nomeação que dão ao bebê a experiência da presença da mãe.

Conforme salientei, para que a mãe possa escutar o corpo do bebê e interpretar-lhe os sinais, ela precisa dar provas de uma capacidade de investir libidinalmente esse corpo. O trabalho de escuta e interpretação só é possível quando existe um investimento da mãe no corpo da criança. Esse investimento é o que permite à mãe "escutar" um corpo que não pertence mais ao seu, tornando-se capaz de interpretar esse corpo, nomeando-lhe as demandas. Não posso deixar de observar aqui uma analogia possível com a escuta analítica.

No que se refere às hipóteses esboçadas até aqui, pode-se afirmar que, diante dos pacientes que nos confiam seu sofrimento somático e psíquico, o sucesso que às vezes reconhecemos ao processo analítico em sua capacidade de impedir a evolução de uma doença somática ou de facilitar uma recuperação até então difícil, parece basear-se no fato de que a análise constitui, além de tudo, *uma operação de libidinização*. Ora, tomando justamente a escuta do corpo do bebê realizada cotidianamente pela mãe como um modelo de escuta do corpo na situação analítica, pode-se enfatizar que é o Outro-analista que, à semelhança da alteridade materna, pode investir o corpo do paciente, acolhendo e nomeando as sensações desse corpo, transformando-o, assim em um "corpo falado", aberto à abordagem psicanalítica[12].

A especificidade do método analítico supõe justamente um interesse por esse tipo de fenômeno, garantindo assim ao trabalho de teorização a possibilidade de incluir as

[12] Cf. meu artigo "A hipocondria do sonho e o silêncio dos órgãos: o corpo na clínica psicanalítica" (2002, p. 192).

consequências de seu próprio instrumento metodológico. Quer dizer, o trabalho de observação sutil que uma análise nos permite fazer não pode consistir unicamente na observação do funcionamento psíquico do paciente, mas também no funcionamento psíquico da dupla formada por analista e paciente, que, afetando-se mutuamente, constroem teorias sobre o funcionamento psíquico mais ou menos generalizáveis, mas dificilmente verificáveis. Pois, vale salientar que não existiria escuta possível em psicanálise, como diz P. Fédida (1977), "se a atenção flutuante – na qual é próprio *nada esperar* – não indicasse o lugar da ausência como espaço da transferência e tempo da repetição" (p. 123).

Conclusão

"Qu'est-ce qui fait que les mots prennent corps et prennent au corps et ne soient pas seulememt porteurs de sens? Qu'est-ce qui fait que la pensée de Freud, dans son exigence, ses contradictions, son mouvement parvienne, bien plus qu'à 'produire du texte', à créer une oeuvre qui soit pour nous un organisme vivant et non lettre morte?"

J. B. Pontalis[1]

Deve-se dizer, antes de mais nada, que não há propriamente uma conclusão a ser tirada de uma reflexão que, chegando a cabo do que se havia proposto, constata, na verdade, sua limitação. Por isso retomarei aqui certos pontos de vista formulados ao longo deste trabalho, com o objetivo de salientar as ideias colocadas em evidência por essa leitura do texto freudiano e assim indicar possíveis direções a serem exploradas. Essa exigência de continuidade se justifica, naturalmente, pela

[1] J. B. Pontalis (2000): "O que é que faz com que as palavras tomem corpo e tomem o corpo e não sejam apenas portadoras de sentido? O que é que faz com que o pensamento de Freud, em sua exigência, suas contradições, seu movimento, venha, muito mais do que 'produzir um texto', a criar uma obra que seja para nós um organismo vivo e não letra morta?"

necessidade de refletir sobre a escuta analítica, a fim de tentar melhor instrumentalizá-la para lidar não apenas com os pacientes somáticos, mas certamente com as mais diversas formas de presença do corpo na clínica psicanalítica contemporânea.

Tomando como eixo metodológico do trabalho de investigação a histeria e o sonho, procurei percorrer alguns momentos importantes no processo de criação da metapsicologia com o objetivo de demonstrar que a teoria freudiana evoluiu construindo novas possibilidades para se pensar a questão do corpo em psicanálise.

Partindo da descoberta de que a fala afeta o corpo, Freud, ouvindo suas histéricas, salienta, na verdade, a ideia de um conflito inconsciente que remete a um desejo de ordem sexual. Se o corpo da histérica se afasta do corpo da anatomia, ele se aproxima, no entanto, de um corpo representado a partir de uma linguagem popular e não científica. Essa diferença, entre o corpo científico e o corpo popular, evidenciada de forma exemplar pelo fenômeno da conversão histérica, inaugura a distinção entre o corpo biológico e o corpo psicanalítico.

Enquanto o corpo biológico obedece às leis da distribuição anatômica dos órgãos e dos sistemas funcionais, constituindo *um todo* em funcionamento, isto é, um *organismo*, o corpo psicanalítico obedece às leis do desejo inconsciente, constituindo um todo em funcionamento coerente com a história do sujeito.

A dimensão inconsciente do sujeito, submetida ao campo dinâmico de forças opostas, é reafirmada na teoria dos sonhos. Enfatizando a importância das excitações psíquicas para a

formação dos sonhos, Freud insiste na técnica da associação livre como o meio de acesso à interpretação. A abordagem freudiana aparece aí como uma contribuição considerável se levarmos em conta o fato de que, nessa época, o inconsciente estava assimilado "ao rumor obscuro das funções orgânicas"[2]. Baseando-se também no fenômeno do sonho, foi Freud quem concebeu o inconsciente como situado no interior de um aparelho psíquico e detentor de uma linguagem própria.

Sendo assim, dizer que Freud funda a distinção entre o corpo biológico e o corpo psicanalítico equivale a dizer, conforme salienta Joel Birman[3], que a psicanálise realiza uma passagem da lógica da anatomia para a lógica da representação. O corpo da psicanálise é, então, um corpo atravessado pela linguagem.

No entanto, a lógica da representação não esgota a problemática do corpo em Freud. Conforme vimos, no interior do pensamento freudiano duas lógicas diferentes, a da *representação* e a do *transbordamento*, coexistem e constituem dois pilares fundamentais para se refletir sobre o corpo em Freud.

O corpo da representação e o corpo do transbordamento

Colocando em evidência as problemáticas sexuais, Freud enfatiza, desde o início, a distinção entre as psiconeuroses e as

[2] Cf. Starobinski (1980) "Brève histoire de la conscience du corps" (p.272).

[3] Cf. Birman (1991) *Freud e a interpretação psicanalítica* (p.141).

neuroses atuais. As primeiras remetem à problemática da sexualidade infantil, e as segundas, à problemática da sexualidade atual. As neuroses atuais evidenciam um transbordamento da sexualidade no corpo, gerando sintomas corporais que, em princípio, não se confundem com os sintomas corporais da histeria.

Se com a histeria Freud faz do corpo o lugar de uma simbolização, problematizando a relação entre as psiconeuroses e as neuroses atuais, abre com isso o caminho para pensarmos um *corpo do transbordamento*. Admitindo a possibilidade de que nem sempre o corpo biológico está vinculado a um sistema significante, abre-se igualmente a possibilidade de pensarmos o sintoma corporal como uma descarga, como um excesso, que, atravessando o aparelho psíquico, não se organiza necessariamente a partir da lógica da representação. Explorar as relações entre o corpo e o inconsciente implica, então, não restringir nossas reflexões ao registro da representação, ampliando nossas possibilidades de reflexão para além da lógica do recalcamento[4]. Nota-se aqui a importância de se explorar os desdobramentos teórico-clínicos ligados, por exemplo, aos mecanismos da dissociação e da recusa, que ganham em Freud um novo fôlego precisamente em seus textos mais tardios[5].

Essa hipótese permite enfatizar que ao mesmo tempo que Freud recusa ao corpo biológico a importância que este tinha na

[4] A esse respeito remeto o leitor ao artigo "Francis Bacon e o pânico: uma falha no recalque primário", de A. M. Sigal (2000).

[5] A respeito do mecanismo da dissociação remeto o leitor ao artigo "A clínica da dissociação", de D. Gurfinkel (2000).

época, como fonte causal do distúrbio psíquico, conforme assinalamos, revestindo inicialmente esse corpo de uma operação de linguagem, ele o reencontra ao afirmar o seu papel capital como *lugar* da manifestação do psíquico e do somático.

Ora, se o corpo aparece como *lugar*, palco onde se encenam as relações entre o psíquico e o somático, isso equivale a dizer que Freud produz aqui uma importante ruptura na concepção do corpo ao distingui-lo do somático, isto é, o corpo em Freud não se confunde com o organismo biológico. Se o adjetivo *somático* se refere, conforme salienta P. L. Assoun (1993), "a *processos* determinados que se organizam segundo uma racionalidade ela própria determinável" (p. 162), o corpo em Freud não se rege segundo uma racionalidade única e determinada, a racionalidade somática. Ele se rege segundo uma dupla racionalidade, a do somático e a do psíquico. Em Freud, a racionalidade que rege o psíquico se fundamenta no encontro do ser humano com a trama das relações parentais, que constrói o psíquico na primazia da erogeneidade. Sendo assim, pode-se dizer que a grande inovação freudiana foi, precisamente, considerar essa dupla racionalidade como estando articulada pelo desejo inconsciente.

Em 1905, enfatizando a sexualidade infantil como perversa e polimorfa, Freud salienta a dimensão erógena de algumas zonas do corpo, permitindo assim a emergência de um corpo autoerótico, corpo fragmentado que, com a introdução do conceito de narcisismo em 1914 e a extensão dessa erogeneidade a todo o corpo, passa a ser pensado como corpo narcísico. Pode-se

dizer que, transpondo o corpo biológico em um corpo erógeno, Freud inicia um verdadeiro movimento de transformação na concepção do corpo. Essa época de sua teorização marca apenas o começo de um percurso que funda, como vimos, a noção de um corpo psicanalítico.

Ora, a passagem de um corpo autoerótico – fragmentado – para um corpo unificado pelo narcisismo prepara o terreno para dois movimentos teóricos importantes: a retomada do conceito de pulsão em 1915, que mais tarde resultará no segundo dualismo pulsional e a criação da segunda tópica, que traz consigo a emergência do ego corporal.

Após traçar brevemente o percurso do corpo na metapsicologia, do corpo pulsional ao ego corporal, passando pelo corpo autoerótico e narcísico, e após ter demonstrado que para Freud o corpo se constrói a partir da relação com o outro parental, relação primordial e constitutiva da subjetividade, não se poderia concluir sem considerar ainda que, com o segundo dualismo pulsional, o corpo emerge também como lugar de encontro de Eros e Tânatos.

O corpo: lugar de encontro de Eros e Tânatos

Esse encontro permitiu a Freud abordar o corpo sob o ângulo de um corpo, por assim dizer, masoquista, baseando-se na ideia de um masoquismo originário. Os avanços freudianos dos últimos anos, conforme vimos, apontam que o acesso à

representação de nosso próprio corpo está longe de poder ser adquirido simplesmente a partir de uma imagem. É a dor, diz Freud, que, dando acesso ao conhecimento de nossos órgãos, permite uma representação de nosso corpo em geral.

Em 1915, ao enunciar a diferença entre a força pulsional e os destinos das pulsões, Freud concede à força pulsional uma autonomia em relação às representações psíquicas. Conforme salienta J. Birman[6], deve-se enxergar aí as premissas da pulsão de morte tal como será formulada na década de 20, a saber, como pulsão sem representação. Uma exploração da segunda teoria das pulsões, particularmente da noção de pulsão de morte, torna-se necessária, já que a clínica analítica em geral mostra que o acontecimento somático, além de alimentar a rede de representações que servem de suporte para a angústia de castração, também remete ao caráter silencioso da pulsão de morte e aos efeitos mais ou menos duráveis e nefastos relacionados à desfusão pulsional[7].

Ora, se, em 1920, o trauma passa a ser definido como o resultado de uma desproporção entre a intensidade pulsional e as possibilidades de elaboração do aparelho psíquico e se, mais tarde, em 1926, a ausência da mãe constitui uma situação *traumática*, torna-se possível demonstrar que, sem uma função materna de paraexcitação, o aparelho psíquico fica à mercê da desfusão pulsional.

[6] Cf. Birman (1997) "Le corps et l'affect en psychanalyse: une lecture critique du discours freudien".

[7] Sobre a desfusão pulsional e suas consequências, remeto o leitor ao artigo "A sombra da sublimação: o imperialismo da imagem e os destinos pulsionais na contemporaneidade", de Nelson da Silva Júnior (2003).

Se a ausência da mãe tem para o bebê um efeito traumático por representar justamente a ausência desse escudo protetor – desse paraexcitações – que o protege também dele mesmo, ou seja, das sensações que lhe vêm do interior de seu próprio corpo, é essa ausência de proteção que, sendo traumática, propicia a desfusão pulsional. Esse desligamento das pulsões de vida e de morte abre as condições de possibilidade para o surgimento, entre outros fenômenos, da doença orgânica, dos efeitos da ação do masoquismo em suas diversas dimensões e das mais variadas formas de violência[8].

A partir dos anos 20, conforme vimos, a retomada da importância do ponto de vista econômico vem conferir uma certa positividade à intensidade das excitações que provém tanto do interior quanto do exterior do sujeito. Além disso, com o segundo dualismo pulsional, o fato de a pulsão de morte ter sido descrita como a pulsão sem representação vem acentuar uma forma de eficácia psíquica que se situa aquém da simbolização, abrindo, assim, todo um campo de possibilidades para se pensar o irrepresentável na metapsicologia.

Isso permite enfatizar que a função metapsicológica do corpo, entre dor e prazer, vida e morte, permite abordar tanto um *corpo da representação* como também um *corpo do transbordamento*, que, situando-se aquém da simbolização, coloca em evidência o excesso impossível de ser representado. Segundo

[8] A esse respeito remeto o leitor ao artigo "Pulsion de mort, narcissisme négatif, fonction dés-objectalisante" de A. Green (1986) e ao livro, *Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie*, de B. Rosenberg (1991).

a minha hipótese, o lugar do corpo na teoria freudiana reflete e preserva os traços dessa dupla incidência observada tanto na teoria quanto na clínica psicanalítica.

Vimos que, mesmo privilegiando o *corpo da representação* e a linguagem, e afirmando assim a utilidade da psicanálise no tratamento das psiconeuroses, Freud jamais submete o corpo exclusivamente ao reinado da pura representação. Aliás, foi a tradição psicanalítica pós-freudiana que viu, durante muito tempo, a preocupação com a questão do corpo na psicanálise como uma espécie de heresia epistemológica, como um atentado contra a pureza da psicanálise.

Se as teorias pós-freudianas, remontando sempre a origem da descoberta de Freud aos sintomas corporais das histéricas, não excluem uma compreensão do corpo, de certa forma foi a clínica psicanalítica, fundamentada nessas mesmas teorias, que, paradoxalmente, excluiu durante um bom tempo aqueles pacientes que procuravam uma análise supostamente motivados por uma queixa somática. Parece-me que essa exclusão se deu, de um lado, pela recusa de alguns analistas a aceitar em análise esses casos, e, de outro, por uma espécie de "surdez" deles a tudo aquilo que os convida a pensar diferentemente da lógica da neurose. Esse tipo de surdez às vezes acaba por obrigar o paciente a excluir, ele próprio, a psicanálise, simplesmente abandonando o processo terapêutico.

Não se pode deixar de salientar que foi no seio de uma psicanálise identificada com a psicossomática que esses pacientes encontraram acolhida, possibilitando, a partir daí, diversas

construções teóricas que nem sempre souberam tirar proveito de toda a riqueza e fecundidade do pensamento freudiano.

O corpo e o inconsciente

Após todo esse percurso, da teoria à clínica psicanalítica, vale a pena, para concluir, recorrer a uma passagem significativa da correspondência entre Freud e Groddeck, que, como sabemos, foi um interlocutor importante de Freud, sobretudo no que diz respeito à questão do corpo e seus males.

Em 5 de junho de 1917, Freud escrevia a Groddeck:

> Certamente o inconsciente é a mediação correta entre o corporal e o mental, talvez o *missing link* do qual há tanto tempo se sentia falta. Mas o fato de tê-lo finalmente encontrado significa que não podemos mais encontrar outro?[9]

Com essas palavras, Freud colocava o inconsciente da psicanálise, ou seja, o inconsciente no sentido metapsicológico[10], em uma posição intermediária entre o somático e o psíquico. Essa metáfora do "elo perdido" (*missing link*) parece fazer eco à definição metapsicológica da pulsão como conceito limite entre

[9] Cf. "Les deux premières lettres Groddeck-Freud" (1975), p.154.

[10] Sobre o inconsciente psicanalítico ver o livro *A constituição do inconsciente em práticas clínicas na França do século XIX*, de S. Casetto (2001).

o psíquico e o somático. A preocupação de Freud parecia ser claramente a de considerar a materialidade do corpo – *Körper* como algo que estaria sempre já lá, como materialidade subjacente ao psíquico. Essa materialidade do *Körper* é o que abriga tanto o *Leib* quanto o *somatisches*.

Pode-se dizer que, encontrando-se no centro da construção teórica freudiana, o corpo é o palco onde se desenrola a complexa trama das relações entre o psíquico e o somático, ou, dito de outro modo, o conjunto das funções orgânicas em movimento habita um corpo que, atravessado pela pulsão e pela linguagem constituída pela alteridade, é também o lugar da realização de um desejo inconsciente.

É essencial ter em mente, portanto, que a concepção freudiana do inconsciente não se confunde com a de Groddeck, e, como mostra P. L. Assoun (1993), o inconsciente freudiano

> (...) não se confunde com "o Corpo" – espécie de afetividade primitiva – mais do que com um tipo de "alma" que se sobreponha ao corpo; ele lhe dá seu lugar mais justo como "elo perdido", parafraseando assim a linguagem darwiniana de forma um pouco irônica. Pois o inconsciente, evidentemente, não é um "estado" intermediário real entre o somático e o psíquico: trata-se antes do *lugar de passagem*, ao mesmo tempo *necessário e misterioso*, onde, de alguma forma, torna-se "*indeterminável*" a relação da alma com o corpo[11]. (p. 161)

[11] Grifos meus.

Não se pode, portanto, postular uma relação de causalidade direta entre o psíquico e o somático, tal como supõe certa leitura da psicossomática, nem tampouco restringir a complexidade dessas relações à questão da representação do corpo. Sendo assim, para além da noção de neurose atual e da noção de representação e de constituição da imagem do corpo, este percurso de leitura do texto de Freud coloca em evidência justamente a necessidade de explorarmos as noções de masoquismo e pulsão de morte se quisermos compreender um pouco mais sobre os enigmas do corpo e seus males, enigmas que não cansam de desafiar a nossa clínica cotidiana.

Desejar entender os efeitos do corpo na palavra do paciente remete-nos, necessariamente, como Freud nos deu o exemplo, ao trabalho efetivo do inconsciente. Assim, observa P. Fédida (1977),

> (...) o itinerário da psicanálise freudiana é o itinerário de uma pesquisa que, evitando deixar-se levar pela ilusão do realismo do corpo-função, ou do corpo-imagem, ou ainda, do corpo--vivido, permanece atenta àquilo que do corpo reside nas palavras, inscreve-se nos traços de recordações e fica gravado na memória, a ponto de aparecer, às vezes, somente como uma lembrança. (p. 28)

P. Fédida (1995), insistindo na ideia de que a transferência é, na situação analítica, essa via privilegiada que permite ao sujeito "aumentar a competência do psíquico sobre sua vida

somática" (p. 115), dirige nossa atenção para uma reflexão que deve passar necessariamente pela metapsicologia dos processos transferenciais. Referindo-se aos pacientes hipocondríacos, P. Fédida (1995) escreve:

> O paciente hipocondríaco se dirige ao corpo do analista ao mesmo tempo como se esse corpo pudesse *receber* os reflexos produzidos pela queixa somática, conservar esses reflexos como traços de inscrição (valor atribuído por esses pacientes à presença vigilante e atenta do analista) e como se esse corpo pudesse ao mesmo tempo *reconstituir* um sonho e um sono, colocando o paciente ao abrigo de seus tormentos[12]. (p. 132)

Sugiro, então, ampliar o alcance dessa formulação, pois a presença do corpo na clínica psicanalítica contemporânea, conforme tentei mostrar pelas imagens clínicas no início desse livro, vai muito além daquelas situações em que uma queixa somática é formulada. Já enfatizei em outras ocasiões que a presença do corpo se faz, insistentemente, também pelo negativo[13]. Aqui P. Fédida expressa a preciosa ideia de que o que se passa na situação analítica, sobretudo, eu diria, em certos momentos de uma análise, dirige-se ao corpo do analista. Ora, uma melhor compreensão dos processos transferenciais

[12] Grifos meus.

[13] Cf. meu artigo "A hipocondria do sonho e o silêncio dos órgãos: o corpo na clínica psicanalítica"(2002).

implica considerar seriamente que *o analista escuta com o corpo inteiro* e, à semelhança da alteridade materna, acolhe em seu próprio corpo os efeitos do sofrimento do outro.

Se Freud apresenta o trabalho analítico do paciente por intermédio das expressões *recordar*, *repetir* e *elaborar*, pode-se enfatizar que o trabalho do analista, parafraseando P. Fédida, consiste em *receber*, *conservar* e *reconstituir*. Sendo assim, talvez somente uma escuta capaz de *reconstituir* em sua delicadeza o clima onírico do sonho pode nos permitir *receber* e *conservar*, muitas vezes no próprio corpo, os traços de inscrição da dor do outro, e, assim, ajudar-nos a compreender melhor a diversidade do funcionamento psíquico que se revela hoje, cada vez mais, por meio das formas corporais do sofrimento.

Referências Bibliográficas

ALONSO, S. L."O que não pertence a ninguém... e as apresentações da histeria". In FUKS, L.B. & FERRAZ, F.C. (orgs.) *A clínica conta histórias*. São Paulo: Escuta, 2000.

ANDREAS-SALOMÉ, L. *Correspondance avec Sigmund Freud*. Paris: Gallimard, 1970.

ARANTES, M.A.A.C. & VIEIRA, M.J.F. *Estresse* (Coleção "Clínica Psicanalítica"). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

ASSOUN, P. L. *L'entendement freudien*. Paris: Gallimard, 1984.

_____. Le corps: l'autre métapsychologique. In I*ntroduction à la métapsychologie freudienne*. Paris: PUF, 1993.

_____. "Le surmoi corporel: figures de l'animalité chez Freud". *Champ Psychosomatique*, 4:35-51, 1995.

_____. "Métapsychologie de la douleur: du physique au moral". In TEVISSEN, R. (org.) *La douleur morale*. Paris: Temps, 1996.

AULAGNIER, P. (1975) *La violence de l'interprétation*. Paris: PUF, 1991.

BASTOS, L.A.M. *Eu-corpando: o ego e o corpo em Freud*. São Paulo: Escuta, 1998.

BERLINCK, M.T. "A dor". In BERLINCK, M.T. (org.) *Dor*. São Paulo: Escuta, 1999.

BERNARD, M. (1995) *Le corps*. Paris: Seuil, 1995.

BIRMAN, J. *Enfermidade e loucura*. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

_____. *Freud e a interpretação psicanalítica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1991.

_____. *Ensaios de teoria psicanalítica* (parte I). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

BIRMAN, J. "Le corps et l'affect en psychanalyse: une lecture critique du discours freudien". *Revue du Cercle Freudien - Che vuoi?*, 7:13-26, 1997.

_____. "A epopéia do corpo". In BASTOS, L.A.M. *Eu-corpando: o ego e o corpo em Freud*. São Paulo: Escuta, 1998.

BLANCHOT, M. *L'entretien infini*. Paris: Gallimard, 1969.

_____. *L'écriture du désastre*. Paris: Gallimard, 1980.

BRUCHON-SCHWEITZER, M. "Psychosomatique et maladie: l'apport de la psychologie de la santé". *Revue Internationale de Psychopathologie*, 8:535-539, 1992.

BRUNO, P. "Sur la formation des concepts freudiens de psychique/physiologique". *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 3:127-134, 1971.

CASETTO, S. *A constituição do inconsciente em práticas clínicas na França do século XIX*. São Paulo: Escuta, 2001.

COSTA, J.F. "Rumos da psicanálise". *Percurso*, 13(24):103-105, 2000.

DELOUYA, D. "O biológico em Freud: 'corpo estranho' ou heresia?". *Percurso*, 4(8):39-45, 1992.

_____. "A dor entre o corpo, seu anseio e a concepção de seu objeto". In BERLINCK, M.T. (org.) *Dor.* São Paulo: Escuta, 1999.

FÉDIDA, P. & LACOSTE, P. "Psychopathologie/métapsychologie: la fonction des points de vue". *Revue Internationale de Psychopathologie*, 8:589-627, 1992.

FÉDIDA, P. "L'hypocondrie du rêve". *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 5:225-238, 1972.

_____. *Corps du vide et espace de séance*. Paris: Jean-Pierre Delarge, 1977.

_____. "Topiques de la théorie". In *L'absence*. Paris: Gallimard, 1978.

_____. "Spécificité de la preuve dans l'approche clinique". *Psychologie Française*, 24(1):51-66: 1979.

FÉDIDA, P. "Pour une métapsychologie analogique: fécondité de l'hétérogène". In BILLIARD, I. (org.) *Somatisation, psychanalyse et sciences du vivant*. Paris: Eshel, 1994.

_____. "L'hypocondriaque médecin". In AISEINSTEIN, M., FINE, A. & PRAGIER, G. (orgs.) *Monographies de la Revue Française de Psychanalyse*. Paris: P.U.F., 1995.

FERNANDES, M.H.S. "A função e a inserção do psicólogo nas equipes multiprofissionais". *Boletim de Psiquiatria*, 19(1-2):21-24, 1986.

_____. *L'hypocondrie du rêve et le silence des organes: une clinique psychanalitique du somatique*. Villeneuve d'Ascq: Presses Universitaires du Septentrion, 1999.

_____. "Uma clínica psicanalítica do corpo: autoerotismo e feminilidade". *Estudos de Psicanálise*, 23:7-21, 2000.

_____. "A hipocondria do sonho e o silêncio dos órgãos: o corpo na clínica psicanalítica". In AISENSTEIN, M., FINE, A. & PRAGIER, G. (orgs.) *Hipocondria*. São Paulo: Escuta, 2002.

_____. "Entre a alteridade e a ausência: o corpo em Freud e sua função na escuta do analista". *Percurso*, 29: 51-64, 2002.

_____. "As formas corporais do sofrimento: a imagem da hipocondria na clínica psicanalítica contemporânea". In VOLICH, R.M., FERRAZ, F.C. & RANÑA, W. (orgs.) *Psicossoma III: interfaces da psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

FERRAZ, F.C. "Das neuroses atuais à psicossomática". In FERRAZ, F.C. & VOLICH, R.M. (orgs.) *Psicossoma: psicossomática psicanalítica.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

_____. *Perversão* (Coleção "Clínica Psicanalítica"). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

FERRAZ, F.C. & VOLICH, R. (orgs.) *Psicossoma: psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

FONTES, I. "Psicanálise do sensível: a dimensão corporal da transferência". *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2(1): 64-70, 1999.

FOUCAULT, M. (1963) *Naissance de la clinique*. Paris: PUF, 1990.

FREUD, S. & ABRAHAM, K. *Correspondance 1907-1926*. Paris: Gallimard, 1969.

FREUD, S. (1887- 1902) *La naissance de la psychanalyse*. Paris: PUF, 1991.

_____. (1893) *Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques* In *Résultats, idées, problèmes I*. Paris: PUF, 1995.

_____. (1894a) *Manuscrito E*. In *La naissance de la psychanalyse*. Paris: PUF, 1991.

_____. (1894b) "Du bien-fondé à séparer de la neurasthénie un complexe de symptômes déterminé, en tant que névrose d'angoisse". *Oeuvres Complètes*. Paris: PUF, v.3.

_____. (1895) *Études sur l'hystérie.* Paris: PUF, 1996.

_____. (1900) *L'interprétation des rêves*. Paris: PUF, 1993.

_____. (1901) "Déterminisme, croyance au hasard et superstition: points de vue". In *Psychopathologie de la vie quotidienne*. Paris: Payot, 1923.

_____. (1905) *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris: Gallimard, 1987.

_____. (1911) "Remarques psychanalytiques sur un cas de paranoïa (*dementia paranoides*) décrit sous forme autobiographique". In *Oeuvres Complètes*. Paris: PUF, v.10.

_____. (1912) "Pour introduire la discussion sur l'onanisme". In *Résultats, idées, problèmes I*. Paris: PUF, 1995.

_____. (1913) "L'intérêt de la psychanalyse". *Op. cit.*

_____. (1914) "Pour introduire le narcissisme". In *La vie sexuelle*. Paris: PUF, 1995.

_____. (1915a) "L'inconscient". In *Oeuvres Complètes*. Paris: PUF, 1988; v.13.

_____. (1915b) "Le refoulement". *Op. cit.*, v.13.

_____. (1915c) "Pulsions et destins des pulsions". *Op. cit.*, v.13.

_____. (1916-17a) "L'angoisse". In *Introduction à la psychanalyse*. Paris: Payot, 1961.

_____. (1916-17b) "La nervosité commune". *Op. cit.*

_____. (1916-17c) "La théorie de la libido et le narcissisme". *Op. cit.*

_____. (1917a) "Suplemento metapsicológico à teoria dos sonhos". E.S.B., v.14.

_____. (1917b) "Complément métapsychologique à la théorie du rêve". In *Métapsychologie*. Paris: Gallimard, 1968.

_____. (1917c) "Complément métapsychologique à la doctrine du rêve". In *Oeuvres Complètes*. Paris: PUF, 1988; v.13.

_____. (1917d) "Deuil et mélancolie". In *Oeuvres Complètes*. Paris: PUF, 1988; v.13

_____. (1920) "Au-delà du principe de plaisir". In *Essais de psychanalyse*. Paris: Payot, 1981.

_____. (1921) "Psychologie des masses et analyse du moi". In *Oeuvres Complètes*. Paris: PUF, 1991; v. 6.

_____. (1923a) "Psychanalyse et théorie de la libido". *Op. cit.*, v.16.

_____. (1923b) "Court abrégé de psychanalyse". *Op. cit.*, v.16.

_____. (1923c) "Le moi et le ça". *Op. cit.*, v.16.

_____. (1924a) "Le problème économique du masochisme". In *Oeuvres Complètes*. Paris: PUF, 1992; v.17.

FREUD, S. (1924b) "Névrose et psychose". *Op. cit.*, v.17.

_____. (1926a) "Inhibition, symptôme et angoisse". *Op. cit.*, v.17.

_____. (1926b) "La question de l'analyse profane". *Op. cit.*, v.18.

_____. (1933a) "Révision de la théorie du rêve". In *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*. Paris: Gallimard, 1984.

_____. (1933b) "La décomposition de la personnalité psychique". In *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*. Paris: Gallimard, 1984.

_____. (1937a) "Constructions dans l'analyse". In *Résultats, idées, problèmes II*. Paris: PUF, 1995.

_____. (1937b) "L'analyse avec fin et l'analyse sans fin". *Op. cit.*

_____. (1938) *Abrégé de psychanalyse*. Paris: PUF, 1992.

FUKS, L.B. "A insistência do traumático". In FUKS, L.B. & FERRAZ, F.C. (orgs.) *A clínica conta histórias*. São Paulo: Escuta, 2000.

FUKS, M.P. "Questões teóricas na psicopatologia contemporânea". In FUKS, L.B. & FERRAZ, F.C. (orgs.) *A clínica conta histórias*. São Paulo: Escuta, 2000.

GANTHERET, F. "Remarques sur la place et le statut du corps en psychanalyse". *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 3:137-146, 1971.

_____. "Quelques éléments de recherche sur la place du biologique dans la théorie psychanalytique". *Psychanalyse à l'Université*, 1(1):97-104, 1975.

GREEN, A. "Pulsion de mort, narcissisme négatif, fonction dés-objectalisante". In *La pulsion de mort*. Paris: P.U.F., 1986.

GRODDECK, G. (1926) "Travail du rêve et travail du symptôme organique". In *La maladie, l'art et le symbole*. Paris: Gallimard, 1969.

GRODDECK, G. & FREUD, S. "Les deux premières lettres". *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 12:145-154, 1975.

GURFINKEL, D. "A clínica da dissociação". In FUKS, L.B. & FERRAZ, F.C. (orgs.) *A clínica conta histórias*. São Paulo: Escuta, 2000.

JONES, E. *La vie et l'oeuvre de Sigmund Freud*. Paris: PUF, 1967.

LACAN, J. "Le stade du miroir comme formateur de la fonction du je". In *Écrits*. Paris: Seuil, 1949.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J. B. 1967) *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: PUF, 1990.

LAPLANCHE, J. *Problématiques I: l'angoisse*. Paris: PUF, 1980.

MARTINS, L.A.N., YAZIGI, L., FERNANDES, M.H. & MACHADO, A.M. "De la douleur des malades à la souffrance de l'équipe". *Psychologie Médicale*, 22(8):727-731, 1990.

MARTY, P. *La psychosomatique de l'adulte*. Paris: PUF, 1990.

_____. *Mentalização e psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo,1998.

McDOUGALL, J. *Théâtres du corps*. Paris: Gallimard, 1989.

MEZAN, R. "A psicoterapia em questão". *Estudos Avançados - USP*, 10(27):95-108, 1996.

MEZAN, R. *Interfaces da psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

OCARIZ, M.C. *O sintoma e a clínica psicanalítica: o curável e o que não tem cura*. São Paulo: Via Lettera, 2003.

PEREIRA LEITE, E.B., *"A figura na Clínica Psicanalítica"*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

PESSANHA, J.G. *Cadernos do exílio*. São Paulo: Cone Sul, 1997.

PONTALIS, J. B. "Bornes ou confins?" *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 10:5-16, 1974.

_____. *Fenêtres*. Paris: Gallimard, 2000.

RAMNOUX, C. *La nuit et les enfants de la nuit*. Paris: Flammarion, 1986.

ROCHA, Z. "Somatização e simbolização: seus destinos na psicopatologia freudiana". In *Freud: aproximações*. Recife: Universitária/UFPE, 1995.

ROSENBERG, B. *Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie*. Paris: P.U.F., 1991.

ROSOLATO, G. "Recension du corps". *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 3:5-28, 1971.

_____. "Désirer ou/où rêver". *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 5:273-281, 1972.

SEMER, N.L. & FERNANDES, M.H.S. "O psicólogo no hospital geral: ensino e atuação. In MIGUEL Fo., E.C. (org.) *Interconsulta psiquiátrica no Brasil*. São Paulo: Astúrias, 1990.

SIGAL, A. M. "Francis Bacon e o pânico: uma falha no recalque primário". In FUKS, L.B. & FERRAZ, F.C. (orgs.) *A clínica conta histórias*. São Paulo: Escuta, 2000.

SILVA JÚNIOR, N. "A sombra da sublimação: o imperialismo da imagem e os destinos pulsionais na contemporaneidade". *Psychê*, 7(11):29-38, 2003.

STAROBINSKI, J. "Brève histoire de la conscience du corps". *Revue Française de Psychanalyse*, 45(2):261-279, 1980.

UCHITEL, M. *Neurose traumática: uma revisão crítica do conceito de trauma* (Coleção "Clínica Psicanalítica"). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

VOLICH, R. M. "De uma dor que não pode ser duas". In BERLINCK, M.T. (org.) *Dor.* São Paulo: Escuta, 1999.

_____. *Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise* (Coleção "Clínica Psicanalítica"). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

_____. *Hipocondria: impasses da alma, desafios do corpo* (Coleção "Clínica Psicanalítica"). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

VOLICH, R. M. "Figuras da hipocondria: do paradoxo à revelação. In VOLICH, R.M.; FERRAZ, F.C. & RANÑA, W. (orgs.) *Psicossoma III: interfaces da psicossomática.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

VOLICH, R.M., FERRAZ, F.C. & ARANTES, M.A.A.C. (orgs.) *Psicossoma II: psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

VOLICH, R.M., FERRAZ, F.C. & RAÑNA, W. (orgs.) *Psicossoma III: interfaces da psicossomática.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

WINNICOTT, D.W. "Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant". *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 10:79-86, 1974.

A coleção "Clínica Psicanalítica", dirigida por Flávio Carvalho Ferraz, compõe-se de obras voltadas para as mais diversas manifestações do sofrimento psíquico, bem como para as expansões da clínica psicanalítica para além do *setting* clássico. Os textos tratam do tema proposto com rigor e concisão, integrando aos elementos teóricos freudianos as produções e preocupações da psicanálise contemporânea. Os autores são profissionais que têm se destacado na abordagem da questão sobre a qual foram convidados a escrever.

978-85-8040-098-4