



# PUC RIO

NATHÁLIA SABAGH ARMONY

"SOBRE O CORPO NA PSICANÁLISE E A POSSIBILIDADE DE SE PENSAR  
PSICANALITICAMENTE O FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO"

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DO RIO DE JANEIRO

Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea

N.Cham. 150 A733 TESE UC

Autor: Armony, Nathalia Sabbagh.

Título: Sobre o corpo na psicanálise e a possibilidade de se



00094966  
65283

Ex.2 PUC-Rio - PUCB

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Departamento de Psicologia

# Sobre o Corpo na Psicanálise e a Possibilidade de se Pensar Psicanaliticamente o Fenômeno Psicossomático

Nathália Sabbagh Armony

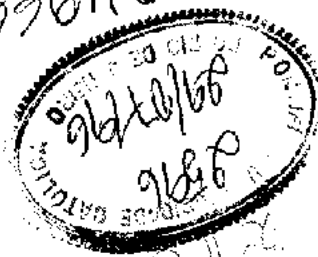
Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Psicologia como parte dos requisitos necessários para a obtenção de grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Angela B. Podkameni

Rio de Janeiro, 1996

94966

150  
A733  
TESE UC



AL 65283

UC 66891-3

*A Nonna e Savta,  
minhas queridas avós*

## AGRADECIMENTOS:

A meus pacientes, especialmente os que atendi na Santa Casa da Misericórdia

A Angela, pelo respeito e confiança no trabalho, fundamentais em qualquer ato de criação

A meus pais e meus irmãos, por todo apoio e paciência, sobretudo nos momentos finais

A Eliane, pela escuta acurada

Aos meus pares da Raica Clínica de Psicanálise:

A Luciano, pela referência que é há muito na psicanálise, e pela parceria construída

A Nympha, Alexandre e Kátia, pelo carinho do companheirismo e da disponibilidade, e pelas contribuições preciosas inclusive em momentos cruciais

A Maria Silvia e Denise, pelo percurso construído ao longo desses anos

A Karla, que algumas vezes tão afetuosamente se preocupou, por o caminho na difícil arte de fazer uma dissertação poder ter sido percorrido junto de forma tão próxima

A Francisco e Helena, por me proporcionarem na solidão de escrever uma dissertação a dimensão de uma turma de mestrado

A Luís Antônio, pela compreensão e boa vontade

A Marise e Verinha, sempre atenciosas

À Vice Reitoria Comunitária, na pessoa do professor Augusto Sampaio, cujo apoio tornou possível a realização desta dissertação a contento

Ao CNPq pelo financiamento deste trabalho

## RESUMO:

Diferentemente do sintoma psicanalítico, o fenômeno psicossomático não possui o caráter de representação. O objetivo de se pensar psicanaliticamente tal fenômeno pressupõe antes de tudo, um estabelecimento do que seria esse pensar, isto é, do que é a psicanálise. Esta é definida como uma metodologia de investigação-tratamento, cuja elaboração teórica provém dos impasses encontrados no dispositivo analítico, e que a ele retorna como norteadora. Pensar psicanaliticamente a somatização pressupõe ainda discutir a forma pela qual o corpo se integra à teoria psicanalítica, o que se dá sob o conceito fundamental de *pulsão*. Este conceito é a relação entre o somático e o psíquico, relação esta de exigência de exteriorização (descarga) que deve ser feita através de um trabalho psíquico. Contudo, não pode jamais ser totalmente cumprida por meio desse trabalho, permanecendo no aparelho psíquico, sob a forma de fusão, libido e pulsão de morte, como masoquismo do eu e sadismo do supereu. Quando essa fusão se desfaz, em um desarranjo psíquico, deixa a pulsão destruidora livre para uma descarga direta. Nesse caso, não se trata de uma estruturação precária do psiquismo, mas da precariedade de qualquer estrutura, que comporta em si a impossibilidade de vincular totalmente a excitação. Geralmente esta descarga se dá sob a forma de angústia, mas pode também ocorrer sob a forma de uma somatização.

## RESUMÉ:

A la différence du symptôme psychanalytique le phénomène psychosomatique n'a pas le caractère de représentation. L'objectif de penser psychanalytiquement ce phénomène présuppose avant tout d'établir la définition de la psychanalyse ainsi que du penser psychanalytique. La psychanalyse est définie como une méthodologie d'investigation-traitement, dont l'élaboration théorique provient des impasses rencontrées dans le dispositif analytique. Cette même élaboration donnera la direction de la clinique. Penser psychanalytiquement le phénomène psychosomatique présuppose aussi la discussion à propos du lieu qu'occupe le corps dans la théorie psychanalytique, a travers du concept fondamental de pulsion. Ce concept est la relation entre le somatique et le psychique, relation d'une exigence d'exteriorization (décharge) a travers d'un travail que le premier impose au second. Cette exigence n'est jamais totalement accomplie par le travail psychique. Demeurent dans l'appareil psychique libido et pulsion de mort fusionnées dans le masochisme du moi et sadisme du surmoi. Quand cette fusion se défait, la pulsion destructive devient libre pour une décharge directe. Dans ce cas il ne s'agit pas d'une structuration précaire du psychisme, mais de la precarité de toute structure qui comprend en elle-même l'impossibilité de lier totalement l'excitation. Généralement cette décharge a lieu sous forme d'angoisse, mais elle peut aussi se donner sous forme d'un phénomène psychosomatique.

## SUMÁRIO:

INTRODUÇÃO.....	01
CAPÍTULO I - PENSAR PSICANALITICAMENTE.....	05
CAPÍTULO II - O FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO.....	35
CAPÍTULO III - SOBRE O CORPO NA PSICANÁLISE.....	58
<i>PARTE I - CORPO E REPRESENTAÇÃO</i> .....	59
<i>PARTE II - CORPO E IRREPRESENTABILIDADE</i> .....	85
CAPÍTULO IV - POSSIBILIDADES... (à guisa de conclusão).....	112
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	118



## INTRODUÇÃO:

Meu primeiro contato com pacientes ditos psicossomáticos se deu quando ainda era estudante, no Centro de Medicina Psicossomática da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Fiz meu estágio no Ambulatório de Imunologia e Alergia, e depois de formada tornei-me coordenadora dos psicólogos ligados ao Centro que lá estagiavam. Foram assim três anos ricos de experiências.

Quando procurei o estágio já me fascinavam os enigmas da somatização. Achava que travando contato com o que se apresentava como limite para a psicanálise, viria a saber mais sobre psicanálise, e talvez até além da psicanálise. Era próximo o tempo do *boom* das terapias corporais no Rio de Janeiro, e algumas pessoas buscavam enlaçar corpo e psicanálise. Também ambicionava fazê-lo, mas de dentro da psicanálise. Mal sabia eu o quanto o limite da representabilidade é parte integrante da teoria psicanalítica.

Havia sido bem instruída e preparada para o que iria encontrar : pacientes que sofriam de doenças psicossomáticas crônicas, auto-ímmunes, os quais apresentariam dificuldades de simbolização, uma pobreza fantasmática, um funcionamento ao modo do pensamento operatório, etc. Não foi o que encontrei. Como iniciante que era, mas informada pela psicanálise, essa experiência de travar contato com a clínica colocou-me diante de uma série de questões que exigiam elaboração, como a clínica sempre faz. Não há interesse em aqui expô-las, apenas dizer que atinei

para os riscos de se saber demais sobre o paciente antes de que ele venha, ou já se ter índices precisos demais para um reconhecimento diagnóstico, no plano fenomênico. Muito me custou em discussões, leituras, e pensamento a discrepância entre o "sujeito psicossomático" e meus pacientes. Histéricos, obsessivos, psicóticos, que sofriam de doenças auto-imunes, eram esses meus pacientes. Não que não houvesse correlação entre seu estado de saúde e seu estado emocional. Essa conexão em alguns casos era claríssima. O que não pude encontrar foi a precariedade simbólica, o defeito de estruturação.

Se a clínica é o que engendra a elaboração teórica na psicanálise, esta dissertação é tributária de minha experiência na Santa Casa. Somente depois de quase cinco anos toda a inquietação e a aposta feita então em uma direção analítica tornou-se obra, que tem por título "*SOBRE O CORPO NA PSICANÁLISE E A POSSIBILIDADE DE SE PENSAR PSICANALITICAMENTE O FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO*", e que é dividida em quatro partes:

1. *PENSAR PSICANALITICAMENTE*
2. *O FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO*
3. *SOBRE O CORPO NA PSICANÁLISE*
4. *POSSIBILIDADES*

Se minha possibilidade de escuta desses pacientes tinha raízes em um compromisso ético e na aposta na produção de sentido no dispositivo, isso se devia a uma referência à psicanálise. Eu pensava ser de alguma maneira possível pensar de dentro da psicanálise o fenômeno

psicossomático. Para isso, precisei construir para mim o que eu entendia por pensar psicanaliticamente, e em decorrência disso, o que seria, a meu entender, a psicanálise. Em primeiro lugar, para mim, a psicanálise é claramente freudiana. Portanto, foi em Freud que busquei as bases para essa definição, na condição inerente e inevitável, é claro, de re-leitora da obra freudiana. Fiz uso para isso de outros re-leitores, que me foram de grande valia. Definir o que é *PENSAR PSICANALITICAMENTE* é o propósito de meu primeiro capítulo.

No segundo capítulo, *O FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO*, tem lugar a revisão bibliográfica sobre tal fenômeno. Começo com Freud, do pouquíssimo que escreveu a respeito, sempre *en passant*. Encontrei, por outro lado, várias considerações sobre os efeitos psíquicos engendrados pelo surgimento de doenças orgânicas. Passo a seguir a meus interlocutores, autores contemporâneos cuja leitura é básica para qualquer discussão atual sobre psicossomática. Apresentam uma referência comum em Freud para seu embasamento teórico, e é através dessa referência, *as neuroses atuais*, que encaminho a discussão. Mas para saber melhor como isso se dá é preciso ler o segundo capítulo.

A discussão do fenômeno psicossomático impele a uma discussão sobre o estatuto do corpo na psicanálise. Impossível tal empreendimento sem trabalhar o conceito fundamental da psicanálise, a *pulsão*, no que articula corpo e representação na psicanálise. Em verdade, é a discussão de que se trata aqui, é a ela que temos que chegar, para então pensar psicanaliticamente a somatização. O cerne desta dissertação está, então, no mais longo capítulo, o terceiro: *SOBRE O CORPO NA PSICANÁLISE*. Este

é dividido em duas partes. A primeira, que inclui a definição de pulsão, versa sobre a relação entre corpo e representação. A segunda, decorrente da primeira, desenvolve mais a questão do que é irreduzível à representabilidade. É nessa parte que o desenvolvimento teórico do fenômeno psicossomático pode ter lugar.

Por fim, no último capítulo, encaminhamos as *POSSIBILIDADES* de direção clínica que se delineiam a partir das conclusões obtidas ao longo deste percurso. Da clínica viemos, a ela retornamos.

# CAPÍTULO I - PENSAR PSICANALITICAMENTE

## 1 - OBJETIVOS

Este capítulo abarca uma discussão metodológica. O intrincamento teoria-clínica em psicanálise indicou-nos ser mais oportuno proceder a uma discussão centrada no surgimento da psicanálise, o qual situamos ainda nos "Estudos sobre a Histeria", mais particularmente na "Psicoterapia da Histeria" de Freud. O objetivo é, através da análise desses textos iniciais, demarcar o que se configura enquanto psicanalítico e, conseqüentemente, o que não se insere nesse campo. Essa configuração é por nós entendida enquanto metodológica, não se definindo por presença ou ausência de conceitos mais ou menos fundamentais da psicanálise, e a contextualização desses conceitos à luz da configuração metodológica só vem revelar o que caracteriza a psicanálise enquanto tal.

A utilidade deste capítulo para a presente dissertação pode ser discernida em seu título, fragmento do título da dissertação. Pensar psicanaliticamente qualquer assunto exige primeiramente um posicionamento de quem o faz do que entende por psicanálise, e em decorrência disso, definido o campo epistemológico, pode-se estar livre e abalizado para alçar vôos mais altos, isto é, discutir a temática a que se propõe, com os interlocutores que também certamente falam de algum lugar, o qual merece ser situado. Uma coleção de conceitos e de constatações clínicas não é material suficiente para qualquer discussão: há que se discernir a que configuração metodológica pertencem.

## 2 - A INCLUSÃO DA HISTERIA NA MEDICINA

A psicanálise se inaugura como um saber novo constituído a partir dos impasses que a histeria impôs à medicina, mais especificamente à neuroanatomia. A Charcot cabe o mérito senão do reconhecimento, ao menos o de possibilitar a visualização desses impasses que a histeria veio colocar. Estudioso de neurologia, buscava correspondências entre determinados distúrbios e lesões no sistema nervoso, muitas vezes, fazendo uso das condições que anos de trabalho em um hospital como Salpêtrière lhe fornecia, esperando por vários anos o falecimento dos pacientes para tal verificação. (Freud, 1893; Chertok, 1990)

No caso da histeria, entretanto, essa correspondência não era possível, já que nem mesmo a almejada lesão neurológica era encontrada. Longe de constituir algo novo, esse fato por si só, sob a visada médica anterior a Charcot, apenas poderia reafirmar para a medicina o quanto a histeria não merecia crédito, sobrando, juntamente com a hipnose, o magnetismo animal e outros fenômenos para o campo da demonologia para uns, e da simulação, para outros (Cf. Chertok, 1990). A histeria não colocava problemas para o saber médico, porque, não sendo enquadrável nesse campo de saber, simplesmente não tinha existência para ele. De todo modo, banida do que poderia merecer uma consideração científica, restava aos que dela sofriam o descrédito.

**" Esta [ a histeria], a mais enigmática das enfermidades nervosas, para cuja apreciação os médicos não haviam achado ainda o ponto de vista adequado, havia caído naquela época em um total descrédito, que se estendia tanto às enfermas como aos médicos que se ocupavam dessa neurose. Na histeria, se dizia, tudo é possível, e já não se**

queria crer em nada que viesse das histéricas."  
r (Freud, 1893, p. 20)<sup>1</sup>

Pois veio a ser justamente através da hipnose, esta definida de modo aceitável para a ciência, ou seja, tomada apenas em seus efeitos somáticos, que Charcot operou a inclusão da histeria no campo da medicina. Mais do que um servo da teoria, Charcot era um observador fiel dos fenômenos que a clínica lhe informava.

Charcot conseguiu através da hipnose produzir sintomas histéricos nos pacientes para depois fazê-los desaparecer. Estava afirmada aí a positividade da histeria na medicina. A teorização de Charcot não alça grandes vôos: tal qual na hipnose, os sintomas histéricos se relacionam com representações que ocupam a mente dos pacientes no momento de sua ocorrência. A ausência de lesão localizável ganha o nome de lesão dinâmica ou funcional, correspondendo à excitabilidade anormal do sistema nervoso específica da histeria, que é responsável por um distúrbio no seu funcionamento.

Se a histeria desmentia o que a neuroanatomia poderia encontrar na clínica como confirmadora de suas teorias, com a sua positivação efetuada por Charcot só poderia se inserir em uma categoria clínica vigente na época, a qual era vista como um distúrbio de excitabilidade do sistema nervoso: a neurose. Seu exemplar maior, a neurastenia, trazia a pecha de ser um dos males da civilização. (Cf. Nassif, 1992)

O avanço produzido por Charcot foi, assim, em primeiro lugar, trazer a histeria para a medicina, com toda sua riqueza clínica, a qual a medicina da época não comportava plenamente. Essa inclusão tinha a potencialidade de apontar a possibilidade de ultrapassamento desse

saber, devido à peculiaridade de ter distúrbios corporais que desrespeitavam a anatomia, e sobretudo por estarem esses distúrbios relacionados com representações mentais. A neurastenia, neurose por excelência, era um distúrbio exclusivamente de excitabilidade, não podendo ter sido, como não o foi de fato, propulsor de um novo campo de saber. Ainda assim, em que pese o que continha de incômodo para a medicina, a histeria tornou-se inteligível para esta última, desde que a via representacional não fosse explorada, e o estudo do mecanismo do sintoma histérico fosse negligenciado. Desse modo, a ciência poderia se recompor, o que se deu até Freud e Breuer. Enfatizado o distúrbio da excitabilidade, a histeria teria em sua etiologia possivelmente a marca da degenerescência, e os doentes seriam oriundos de uma família neuropata. A presença de neuroses na família, não importando qual tipo fosse, era indicador de uma disposição à neurose, e dessa forma cabia pesquisar os antecedentes familiares de cada paciente para confirmar tal relação. Na histeria o trauma era um ativador dessa disposição.



### 3 - O MECANISMO DA HISTERIA

Os "Estudos Sobre a Histeria" trazem a proposta de uma teoria explicativa da histeria, desvendando o mecanismo da histeria, e um modelo de intervenção terapêutica para a mesma. Se Breuer pôde extrair de sua experiência clínica material suficiente para o delineamento de sua teoria, foi Freud que se encarregou de dar prosseguimento à investigação clínica através desse método de atendimento dos histéricos. Deter-nos-emos neste livro, publicado em 1895 e reeditado somente 10 anos mais tarde, por considerarmos que é dotado da riqueza inigualável de conter o que denominamos a exclusão da histeria da medicina que é o surgimento da psicanálise. Longe de primar pela uniformidade teórica e metodológica, esses textos de ambos autores, em sua heterogeneidade, permitem em sua leitura a visão de uma gradativa mudança desenrolada ao longo de três anos, que em determinado ponto, diferencial, vem acarretar uma nova configuração, de um novo saber, efetuada por Freud. Utilizar-nos-emos de outros textos que possam lançar luz e melhor delinear o que visamos com o estudo deste livro, e que preferencialmente lhe sejam contemporâneos.

A "Comunicação Preliminar", escrita a quatro mãos, expõe em linhas gerais a teoria breueriana da histeria, contando com a incorporação de alguns conceitos de Freud. A ênfase principal das descobertas de Breuer e posteriormente de Freud é no fator traumático da histeria, o qual não é tido como mero ativador de uma disposição, mas sim como o próprio agente patogênico. Breuer, através do tratamento de Anna O., constatou a conexão entre eventos traumáticos,

as reminiscências por ele deixadas, e os sintomas histéricos. Esta célebre paciente entrava espontaneamente em estados hipnóides, e durante esses estados falava de cenas traumáticas que em seu estado de vigília normal ignorava. Após tais relatos, os sintomas desapareciam. Isso levou Breuer a elaborar uma teoria sobre o mecanismo do sintoma histérico, e a “Comunicação Preliminar” se propõe a expô-lo. A teoria dos estados hipnóides é produto direto desse atendimento, pois Breuer sustenta que havendo uma cisão da consciência nesses estados, não sendo seus conteúdos e os de vigília intercambiáveis, um evento traumático neles ocorrido deixa uma representação que não se comunica com as demais da vida mental. O afeto a ela ligado fica assim impossibilitado de descarregar-se pelas vias normais. Não pode ser descarregado no momento de sua ocorrência por ter sido provocado num estado hipnóide. Não é descarregado depois, através de palavras, (ab-reação) porque seu contato com a vida de vigília não é possível, e finalmente, por essa mesma razão não sofre o desgaste na relação com as outras representações, através do pensamento. Assim, encontra via de descarga através dos sintomas histéricos. Ainda neste texto encontramos uma outra explicação para a etiologia da histeria, afirmada aí como um outro tipo de histeria, oriundo das explorações clínicas de Freud, utilizando-se do método terapêutico criado por Breuer. A sua marca distintiva é ser psicicamente adquirido. Não é, nesses casos, o estado hipnóide, a cisão da consciência que produz o isolamento da reminiscência do trauma, indo ela aí se alojar, mas sim o próprio trauma, cuja lembrança é intolerável para a pessoa, que produz a dissociação da consciência, isolando a representação num grupo psíquico separado, no qual o afeto fica estrangulado. A partir desse ponto, o mecanismo é análogo; o afeto encontrará sua descarga através da conversão histérica.

Uma terceira etiologia, pouco lembrada atualmente, é a de eventos traumáticos que ocorrem em circunstâncias em que a descarga não é admissível, sendo esse afeto retido. Por que então este não se escoaria pelas outras vias descritas acima? Fica pressuposto que nesses casos a pessoa estaria num estado anormal de excitação do sistema nervoso, o qual teria criado pré-condições para a dissociação da representação do trauma. Como exemplo disto, temos as jovens velando os doentes, num estado de tensão e cansaço.

Essas três etiologias da histeria viriam a ser nomeadas em "A Etiologia da Histeria" (Freud, 1896) de histeria hipnóide, de defesa e de retenção, respectivamente. Nos três casos a histeria é ideogênica, ou seja, é uma reminiscência que produz o sintoma histérico. Contudo, fica caracterizado que, se é condição para o valor patogênico dessa idéia o fato de ela se encontrar nessa segunda consciência, não tendo outro acesso à descarga senão o sintoma histérico, na histeria hipnóide e de retenção os fatores necessários para isso são de ordem neurológica, estando afirmada aí uma disposição à histeria. Embora no caso da histeria de defesa tais fatores não estejam excluídos, estes não são tidos como causais, ou antes, nada se afirma peremptoriamente nesse sentido, e a idéia é recalçada por seu valor afetivo e sua qualidade de intolerável para a pessoa. É da qualidade da idéia, o que inclui sua carga afetiva, que provém a dissociação da consciência, enquanto que nos dois outros casos, é na dissociação da consciência que a idéia irá se alojar, sendo então patogênica.

É curioso observar a argumentação do texto: de um lado, a afirmação de que há casos de histeria psicologicamente adquirida; de

outro, a sustentação da teoria exposta através dos estados hipnóides, cujo fator etiológico principal é neurológico, pois é um funcionamento anormal do sistema nervoso que é responsável por tais estados, nos quais o trauma se dá. Em comum, e motor mesmo do artigo, o desvendamento do mecanismo da histeria, ideogênica, e não puramente orgânica, ao lado da justificativas de não possuir uma explicação para as suas causas internas. Estas não são negadas, ao contrário, são indicadas na teoria dos estados hipnóides e da retenção, mas é a escolha impelida pela clínica, da via traumática, representacional, que faz desse artigo um precursor da psicanálise.

A relação entre dois elementos fundamentais já está aí presente; as representações e os afetos. Há nele contido já o que seria o princípio de constância, formulação de Breuer, peça-chave do seu modelo explicativo. É a tendência a manter um determinado quantum de excitação que força a descarga do excedente provocado externamente pelo trauma. É interessante também o estatuto das representações: relacionam-se umas com as outras em grupos psíquicos, investidas afetivamente, e é a representação do trauma que age como força atual no psiquismo. A palavra, a fala, representação por excelência, é um sub-rogado da ação, sendo assim possibilitadora da descarga do afeto. Dessa forma também, a ação motora, ou a contratura muscular, ou qualquer outro sintoma corporal histérico, tem conexão com a representação patogênica, sendo o substituto da possibilidade de falar da idéia patogênica, meio pelo qual o afeto a ela atrelado encontraria escoamento.

Freud já tinha conhecimento do atendimento que Breuer fez de Anna O. quando foi estudar com Charcot na França. Desse estudo

guardou certamente algo da atitude clínica de Charcot, fonte da grande admiração que este seu discípulo lhe devotava. Sob sua encomenda empreendeu um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas (Freud, 1893-A), onde se vê claramente, para além da atitude clínica, a qual discutiremos adiante, conclusões que marcaram Freud e que permaneceram como marca da psicanálise. A relação entre sintoma histérico e representação, reminiscências, não acessíveis à consciência, destacada em tal estudo, mostra o estatuto de representação do sintoma histérico. Ainda que recorrendo à neurologia, a explicação não fala em neuroanatomia, mas de outro funcionamento do sistema nervoso, em que é a idéia de braço, sua representação, que se conecta com a paralisia desta parte do corpo, e enquanto idéia, conecta-se com uma representação inacessível à consciência, a idéia patogênica. É através da representação da parte do corpo que o afeto ligado à representação patogênica será descarregado sob a forma de sintoma corporal. Freud, contudo, não herdou de Charcot uma de suas concepções principais: a degenerescência. Ou seja, o trauma não é para Freud um ativador de uma afecção já herdada, mas sim o fator que engendra ele mesmo a doença (Freud, 1896-A).

O tratamento consiste em promover o acesso ao grupo psíquico separado, no qual a idéia patogênica está organizada em complexos associativos, através da hipnose. A catarse do afeto ocorre quando o paciente pode falar dessa idéia, sendo essa a saída para o afeto. A ênfase é antes a descarga do que a conexão com a vida de vigília, pois o destino dessa idéia será ou sua reintegração à consciência normal, ou a sua eliminação através do uso da sugestão pelo médico. O modelo é o de um corpo estranho agindo eficazmente no psiquismo, o qual deve ser extirpado, posto fora novamente ( Cf. Schneider).

Consideramos este texto particularmente interessante, pois como dissemos anteriormente, entendemos que o que define o início da psicanálise não é a presença de conceitos pura e simplesmente. Não negligenciando sua importância, é determinante para tal definição a possibilidade de reconhecimento de uma configuração metodológica. A "Comunicação Preliminar" possui conceitos que serão mantidos na teoria psicanalítica e outros estranhos à psicanálise. Entretanto, mesmo o que poderíamos reconhecer como já sendo psicanalítico, como por exemplo todo o mecanismo da histeria de defesa, matriz da teoria das neuroses e do funcionamento do inconsciente, não pode ser tomado enquanto tal, não tanto por uma referência neurológica (existente), mas por seu contexto não possuir ainda elementos que indiquem um rumar metodologicamente psicanalítico. Ou seja, não por excesso de elementos neurológicos, já que sua presença é verificada em textos posteriores francamente psicanalíticos, mas por falta de elementos psicanalíticos perfazendo uma configuração metodológica suficientemente delineada.

A condição inerente a todos estudiosos de psicanálise de leitores da obra freudiana, quando incluída na própria leitura, deixa facilitado um trilhamento capcioso. Pouco afeita a um pensamento evolucionista de avanços sucessivos, a leitura psicanalítica, ao modelo do trauma, e do próprio processo psicanalítico, procede a uma ressignificação do que já estava presente mas cujo sentido não era então apreensível. Esse isomorfismo teoria-clínica que caracteriza a metodologia psicanalítica, entretanto tem sua validade balizada por certas exigências: de rigor por um lado; éticas por outro.

Quanto ao rigor, segundo Birman:

**“Além disso, é preciso também enfatizar que qualquer discurso teórico, inclusive o discurso freudiano, funciona como um sistema, como um conjunto de implicações conceituais, no qual cada termo se articula com os outros de maneira rigorosa, de forma a não poder se retirar e se considerar isoladamente um conceito no exterior desta tessitura de referência. Seria, apenas, no contexto específico do sistema teórico considerado que qualquer um dos seus conceitos teria sentido e poderia ser circunscrito de maneira rigorosa, pois seria precisamente este contexto que definiria, ao mesmo tempo, o código para a articulação de um conceito com os demais deste sistema e impor a lógica de sua consistência interna. Portanto, o sistema definiria o sentido que teria a existência dos vários conceitos e demarcaria, simultaneamente, os seus limites teóricos de validade.” (BIRMAN, 1989, p. 109)**

A não observar esse rigor, incorre-se num erro tentador pela força da simplificação que porta, e que é certamente agradável a uma boa forma do "bom de dentro e mau de fora" da psicanálise. Apesar de Freud posteriormente discernir para seus leitores referindo-se a esse texto misto, o que era seu e o que era de Breuer, ou seja, as discordâncias internas ao texto, o interessante é atentar para o que foi feito de cada afirmação, e como certas idéias num texto pré-psicanalítico encontram seu lugar em uma configuração metodológica já psicanalítica. Embora possamos reconhecê-las, já não são as mesmas, devido ao contexto de articulações com outros conceitos.

Atribui-se a Freud esses elementos, e, embora reconhecendo o mérito de Breuer, relega-se suas descobertas à condição de pré-psicanalíticas. Ora, se é verdade que elementos de psicanálise lá estão,

isso não é suficiente para colocar os "Estudos..." como um todo no ponto inaugural da psicanálise.

Consideramos, portanto, uma visão ingênua e metodologicamente equivocada, embora bastante comum, procurar reconhecer do ponto de vista dos conceitos, destacados de seu contexto, os ingredientes para um prato psicanalítico. Nos textos dos "Estudos..." serão encontrados e são até certo ponto facilmente reconhecíveis conceitos que antecedem e que permanecem ao longo da produção psicanalítica freudiana, e conceitos que só reaparecerão muito mais tarde. Entre esses últimos, alguns absolutamente breuerianos, como o Princípio de Constância, energia livre e energia ligada. Basta ler suas "Considerações Teóricas", as quais, apesar de serem precedidas por uma ressalva do autor de tratar-se ali de uma abordagem psicológica, versam principalmente sobre o aspecto quantitativo. Esses conceitos ali referidos à energia que circula de neurônio a neurônio será retomado posteriormente por Freud, instrumentando sua teoria da economia psíquica. A contextualização dos conceitos, portanto, informa não tratar-se de psicanálise, mas sua utilização posterior por Freud já em outra configuração fará deles conceitos caríssimos à psicanálise.

A histeria de defesa não é, na "Comunicação Preliminar", uma ilha de psicanálise em um mar de ... neurologia, por exemplo. É um tipo de histeria, com sua etiologia própria, alinhada às demais formas: histerias, caracterizadas pela cisão de consciência, em que na segunda consciência a idéia patogênica se organiza em um complexo e o afeto a ela vinculado não encontra outro meio de escoamento, necessário devido ao Princípio de Constância, que a conversão histérica. A



etiologia difere, mas ainda é tudo histeria, no interior da mesma teoria. Já na "Psicoterapia da Histeria", Freud indica já não considerar muito válidas as outras formas de histeria, embora ainda não as descarte de forma afirmativa, sugerindo uma extensão do conceito de histeria de defesa para toda histeria. Mas este texto, queremos aqui afirmar, já se figura psicanalítico.

### **3- A PSICOTERAPIA DA HISTERIA**

Em "A Psicoterapia da Histeria" Freud logo adverte o quão injusto seria para com Breuer reputar-lhe alguma responsabilidade sobre o desenvolvimento das idéias que ali serão expostas. A "Psicoterapia da Histeria" é uma apresentação do método terapêutico utilizado por Freud, com suas inovações em relação ao método de Breuer, que se deveram ao posicionamento que toma a partir de seu encontro com a resistência de alguns pacientes à hipnose. Isso leva a uma reformulação de suas concepções sobre a dinâmica psíquica, e a uma ampliação de suas conclusões para as psiconeuroses de uma forma geral. Os avanços exclusivamente freudianos se exprimem na organização de uma nosografia das neuroses, opondo neuroses em cuja sintomatologia há um mecanismo psíquico (citadas apenas histeria e neurose obsessiva) e aquelas nas quais tal mecanismo é ausente, como a neurastenia e a outra forma de neurose dela isolada por Freud, a neurose de angústia, merecendo ainda uma menção um pouco confusa a hipocondria. Tal oposição guarda um valor de delimitação e definição de campo de atuação: apenas as neuroses com mecanismo

psíquico são passíveis de intervenção através de seu método de trabalho. Freud afirma ser este de ordem sintomática e não causal, e deixa-nos ver que compreende serem as neuroses definidas por seus sintomas. Desse modo, ressalta que na maior parte dos casos são verificadas neuroses mistas, geralmente de histeria e neurose de angústia. Muitas vezes uma neurose de angústia é predecessora de uma histeria, onde a emergência do sintoma não se relaciona com mecanismo psíquico algum, mas esse mesmo sintoma pode ser reeditado histericamente, isto é, em substituição à idéia incompatível. A presença das que seriam denominados posteriormente de neuroses atuais nesse texto prestam-se a duas funções na organização do campo de trabalho de Freud: a primeira, já mencionada acima, definindo a campo de trabalho da psicanálise por contraste enquanto atuante sobre o mecanismo psíquico; a segunda, relacionada à afirmação, fundamental para o campo psicanalítico, da etiologia sexual das neuroses. As neuroses atuais tem valor de demonstração de tal etiologia, e Freud não deixa de recorrer a certo quimismo sexual patente em tais neuroses para justificar que, guardadas as diferenças tão bem ressaltadas por ele, as que possuem mecanismo psíquico dele também dependem. É do sexual de que se trata, seja diretamente, seja mediatizado por vias representacionais.

A seguir Freud expõe o que consideramos determinante na definição de tal texto como psicanalítico. A resistência inicialmente encontrada relacionada à hipnose, estando equiparadas aí tanto a dos pacientes não hipnotizáveis quanto os que até mesmo recusam qualquer tentativa de se deixar hipnotizar, é articulada à idéia de defesa. Isto se deve à observação de que a idéia patogênica é sempre geradora, quando consciente, de algum afeto penoso. Freud recorre

aqui a Herbart, segundo Assoun (1983), quando se refere ao que "os psicólogos" dizem:

**"Com efeito, era de consenso universal entre os psicólogos que a admissão de uma nova representação (admissão no sentido de crença, atribuição de realidade) depende da índole e da direção das representações já reunidas no interior do eu; e eles criaram particulares nomes técnicos para o processo da censura a que é submetida a recém-chegada." (Freud, 1895, p. 276)<sup>2</sup>**

A seqüência agora é puramente freudiana, na articulação a que nos referimos acima, mais particularmente no trecho final por nós sublinhado:

**"Ante o eu do enfermo se propôs uma representação que demonstrou ser inconciliável *{unverträglich}*, que convocou uma força de repulsão *{Abstossung}* do lado do eu cujo fim era a defesa frente a essa representação inconciliável. Esta defesa prevaleceu de fato, a representação correspondente foi expulsa da consciência e da memória, e aparentemente era já impossível encontrar seu rastro psíquico. Mas, esse rastro tinha que estar presente. Quando empenhava-me em dirigir para ela a atenção, sentia como resistência a mesma força que na gênese do sintoma se tinha mostrado como repulsa." (Freud, 1895, p. 276, grifos nossos)<sup>3</sup>**

A mesma força, portanto, que alijou a idéia da consciência, é atuante na manutenção de sua inacessibilidade. A dinâmica dessas forças, os tipos de associação existentes ao longo do processo terapêutico são descritas neste artigo, e aos poucos vão fornecendo uma visão do funcionamento psíquico. Encontramos neste texto muitas referências neurológicas, como a resistência do sistema nervoso ao agente patogênico. Entretanto, nele o método psicanalítico já se apresenta definido com nitidez, e isso se presentifica ao longo de todo

o texto. Valorizamos aqui a conceituação de resistência, não apenas por ser um conceito fundamental, como o de transferência, mas por ser índice da articulação de como o conhecimento do funcionamento psíquico, expresso teoricamente, se dá indissociavelmente a partir da clínica. É através da conceituação da resistência-defesa que Freud pode elaborar uma teoria dinâmica do psiquismo, relacionando as representações inconscientes com seus rastros conscientes, retificando a idéia de corpo estranho para o grupo psíquico separado para a de infiltração, de afluentes de representações em associação (Cf. Schneider). Desse modo já encontramos algo mais amplo do que um mecanismo psíquico do sintoma: trata-se de um funcionamento.

Nesse sentido, temos uma sistematização teórico-clínica psicanalítica. Em "A Psicoterapia da Histeria"(1895) Freud nos conduz a uma exploração que só se dá através de uma viagem pelo atendimento clínico. É apresentando-nos o como proceder para acessar o material patogênico, no seu processo e em seus percalços, que o modelo vai se delineando, os contornos vão surgindo constituindo, passo a passo, um funcionamento dinâmico. As metáforas são todas espaciais, de um explorador orientado no firme propósito de chegar lá, e que nos faz com ele caminhar, dando-nos informações gerais já acumuladas. Parece-nos estar com ele desbravando um caso, que é todos e nenhum.

### 3 - UMA CERTA CONFIGURAÇÃO METODOLÓGICA

Fica claro ao longo deste escrito o que se erige para nós como divisor de águas para o reconhecimento de um saber e pensar psicanalíticos. Desde a introdução do capítulo dissemos ser esse diferencial a metodologia que pode ser depreendida do discurso em questão.

O que podemos reconhecer como psicanalítico é justamente a relação da teoria com a prática clínica de Freud. Essa relação vem inaugurar uma nova metodologia, a qual corresponde a uma epistemologia própria, que se mantém até hoje, demarcando a identidade de um então novo e até hoje consistente saber: a psicanálise.

A criação de um novo saber do porte da psicanálise é um tema instigante. Exerce um fascínio para os que se criaram num mundo inimaginável sem sua presença difundida, muitas vezes distorcida, refratada, um mundo certamente distante e diverso daquele em que ocorreu a sua primeira emergência. Nas palavras de Assoun:

**“Passamos, sem termos compreendido muito bem mediante que mágica, de um Freud profundamente mergulhado nos desafios de seu tempo, filho dócil de seu saber, ao Freud emancipado que se tornou ele mesmo, ‘fundador da psicanálise’. Bruscamente, ao que parece, desapareceu o mundo da origem. Para aonde ele foi? Como reencontrá-lo no mundo novo que emergiu? (Assoun, 1983, p. 14)**

Acompanharemos agora o trabalho de autores na direção de uma sistematização e delimitação da especificidade desse saber, evidenciando seu contorno na demonstração de sua ruptura, não apenas histórica, com outros modos de produção de saber.

Optamos pela definição da psicanálise como um saber autônomo, impossível de se alinhar nas colunas da psicologia ou da medicina, cuja marca distintiva fundamental é a sua configuração metodológica. Já dissemos anteriormente que foi a inclusão da histeria na medicina, empreendida por Charcot, que criou as condições de visibilidade dos impasses desse saber frente a tal "quadro clínico", e que a opção de investigação da vertente representacional em oposição à afirmação de uma degeneração do sistema nervoso foi o primeiro passo para a criação da psicanálise. Mas sobretudo foi através do método de trabalho e a relação constituída entre este e a produção teórica que fez desse saber algo autônomo e distinto, disruptivo mesmo em relação à ordem médica.

Birman (1989) utiliza-se da categoria de corte epistemológico de Bachelard para nomear tal ruptura com relação à psiquiatria. Entendendo o objeto do discurso científico como não natural, mas sim como construído no interior de uma epistemologia que compreende um método particular de investigação, afirma a especificidade do empreendimento freudiano, em que "um novo objeto de saber foi construído" (p.117), diferindo do discurso normatizador da ordem médica sobre o psiquismo.

Elia (1993) propõe ser a psicanálise uma nova metodologia de conhecimento, com "uma nova forma de produzir-se o objeto" (p.10),

situando-a fora da metodologia científica, bem como a fenomenologia de Merleau-Ponty, e a genealogia de Foucault. Tomando-a enquanto tal estabelece os "Postulados da Analítica", onde a relação teoria e clínica em psicanálise encontra-se explicitada particularmente nos dois primeiros:

**"Postulado 1**

A relação entre a teoria e prática na psicanálise é tal que, havendo produção de um discurso teórico sobre determinado tema, há necessariamente a possibilidade de apreensão de princípios norteadores de uma intervenção clínica sobre o tema teorizado.

(...)

**Postulado 2**

Todo o saber psicanalítico se constrói a partir da clínica, isto é, de um discurso produzido pelo sujeito e dirigido a alguém (analista) que se coloca em posição de escutá-lo em sua dimensão inconsciente." (p. 24 e 25)

Isto afirma, segundo o autor, que o

"... lugar da clínica na psicanálise não é o da aplicação de um saber teórico pré-existente, mas o lugar de produção e de construção desse saber. Há princípio alteritário na construção teórica da psicanálise, homólogo à existência de um princípio alteritário na construção do sujeito, segundo a teoria psicanalítica." (Elia, 1993 p. 25)

Disso decorre então que:

**"Postulado 4**

Em psicanálise, toda clínica é, a rigor, uma clínica-de-investigação, embora os fins de pesquisa possam não ser alçados à condição de direção da análise." (p. 27)

Birman (1989) coloca a clínica como ponto nodal de articulação dos conceitos psicanalíticos, necessariamente incluída na teorização. É a referência à clínica, à experiência psicanalítica que possibilita o empreendimento teórico de Freud, e atrevemo-nos a pensar que é esse compromisso com a elaboração simbólica produzida no dispositivo que faz da teoria psicanalítica um saber mais fragmentário do que totalizante.

Freud, no verbete que fez para enciclopédia em 1922, faz a seguinte definição:

**"Psicanálise é o nome (1) de um procedimento que serve para investigar processos anímicos dificilmente acessíveis por outras vias; (2) de um método de tratamento das perturbações neuróticas, baseado nesta investigação, e (3) de uma série de conclusões psicológicas, obtidas por esse caminho, que pouco a pouco estão se reunindo em uma nova disciplina científica."**  
(p.231)<sup>4</sup>

A definição primeira é de um procedimento de investigação e de um método de tratamento, e recorrendo a Freud (1912), sabemos que em psicanálise, investigação e tratamento coincidem. Por fim é um saber provindo desta investigação-tratamento. Assim, a psicanálise é um método de tratamento e de investigação que engendra um saber que se acumula em uma nova disciplina que Freud categoriza como científica, e também um saber para o analisante no dispositivo. O saber produzido para este último não versa sobre a teoria geral do psiquismo, mas sim sobre seus enigmas fundamentais singulares em seu arranjo próprio, sendo o engendramento desse saber o avanço na direção da cura, o tratamento, a práxis analítica. O método é de



decomposição, como o termo análise bem diz, de desarranjo de uma síntese coerente, que se constitui a partir do alijamento do que não se quer saber, da idéia incompatível, e da manutenção de sua inacessibilidade.

A teoria psicanalítica, esse saber acumulado, tem pelo seu próprio modo de produção a característica de ser mais fragmentário do que totalizante, como já dissemos acima, e o escrito freudiano deve ser tomado como um texto dinâmico, onde a teoria é muitas vezes reestruturada, pois cada impasse que se colocava para a elaboração simbólica do paciente na práxis analítica, foi reconhecido enquanto tal por Freud, mas também como exigência de uma reformulação teórica que dele pudesse dar conta. Ou seja, foi considerado como material de investigação. É nesse sentido que Birman e Nicéas (1982) dizem que a obra freudiana é uma obra sobre a resistência.

"Por outro lado, complementando este aspecto sobre o espaço trágico e dramático no qual se desdobra a reflexão freudiana, devemos sublinhar a grande uniformidade de todo o pensamento de Freud, desde o final do século XIX, que se tece em torno da questão do que se opõe à análise. É uma obra sobre a resistência, sobre os obstáculos à revelação da verdade. Com efeito, é surpreendente como a questão da resistência ocupa um lugar essencial em seu pensamento, desde os *Estudos sobre a histeria*, em que a *Psicoterapia da histeria* é a primeira sistematização da teoria da prática analítica. Nesta publicação, são notáveis as formas variadas pelas quais Freud assinala as forças que se opõem ao trabalho da cura, assim como a diversidade de procedimentos para superá-las. Em *Análise terminável e interminável*, é ainda com o que resiste, com o que se opõe à mudança (ver a imagem da rocha associada à angústia de castração - limite infraqueável do trabalho analítico) que se preocupa Freud, se bem que os termos em que agora considera a resistência, isto

é, os problemas colocados para o analista, sejam de natureza diversa daqueles que eram postos em 1895." (p.14)

Utilizar-nos-emos a seguir do trabalho de outros autores, o qual definimos como um trabalho de pesquisa para buscar as condições de possibilidade no campo epistêmico para o surgimento da psicanálise, estando reafirmado aí seu caráter disruptivo. Tal *démarche* visa conferir o relevo que julgamos devido à importância da diferenciação da psicanálise por sua metodologia.

Tanto Assoun quanto Nassif, quando trabalham a questão do que foi a origem da psicanálise, o fazem sem fugir dos problemas de continuidade e descontinuidade com o que Freud produzira antes de tal ruptura no campo do saber. Nassif (1992) entende que Freud pôde fazer tal empreendimento retomando e articulando num corte próprio os cortes antes operados por Charcot, Jackson e Bernheim. Assoun (1983) procura demonstrar como nos pressupostos do Freud investigador neurologista encontramos determinadas concepções de ciência que não só não são estranhas ao pensar psicanalítico como são condição de possibilidade para a criação desse pensar. Segundo Assoun, Freud definia a atividade científica como um método de trabalho, tal qual a psicanálise será definida prioritariamente, como já vimos anteriormente. Ainda segundo este autor, o ineditismo da psicanálise, no interior de toda a produção de Freud, se origina mais pelo ineditismo do objeto do que dos pressupostos epistemológicos. (Assoun, 1983). Esses pressupostos são freudianos e condição de possibilidade para o surgimento da psicanálise. Contudo, ao olharmos como Freud trabalhou, encontramos a criação de uma metodologia

própria, psicanalítica, deles indubitavelmente derivada, porém guardando sua originalidade. Mas além desses pressupostos, o que mais possibilitou a criação da psicanálise? É sobretudo de seu encontro com a clínica em uma postura que lhe possibilitara, a partir do olhar e escuta para o que escapava à medicina, primeiramente, e, posteriormente, ao que resistia à elaboração, constituir um modo de trabalho e de elaboração teórica derivada e orientadora desse método. Os pressupostos de Freud lhe permitiram olhar para seu objeto, ou antes, lhe permitiram construí-lo, na medida em que de seu lugar, de sua postura de investigador, da tenacidade do explorador que encontramos em "A Psicoterapia da Histeria", pôde criá-lo a partir do que era resto, dejetado para a medicina. Freud, que sofreu a influência de Jackson, como nos diz Nassif, ao pensar a neurologia enquanto estudo de processos que se dão numa lógica de lugares, e não como uma localização anatômica de lesões, mantém essa concepção quando articula os sintomas histéricos à representações de eventos traumáticos. Nesse sentido jamais foi um psicólogo da consciência, ou seja, nunca assimilou o psiquismo à consciência. Ao contrário, mesmo em suas concepções neurológicas defendeu a existência de um funcionamento cerebral em que a consciência, aí compreendida como a função da atenção, é parte de seu funcionamento, e por ele explicável. Em outras palavras, o ponto de partida de Freud, anterior mesmo à criação da psicanálise, implicava a noção de um descentramento do sujeito, de uma outra cena, que não a consciência, em que os processos psíquicos tinham lugar (Cf Nassif, 1992). Isso lhe possibilitou ver as manifestações histéricas não como desordens funcionais desprovidas de sentido, mas como produto final de uma série de processos e funcionamentos com uma lógica própria somente acessíveis a partir de seu método de trabalho, no qual, através do que o paciente podia lhe

revelar, algum saber sobre os sintomas podia advir. Das idéias de Jakson, portanto, extraiu a possibilidade escuta para o sentido dos sintomas histéricos. Era preciso ser Freud para fazê-lo.

A conjugação desse modo de pensar a ciência, de pensar um aparelho neurológico, com seus funcionamentos e processos, com o fascínio da clínica é que se deu de uma forma absolutamente original e revolucionária. Charcot trouxe a Freud, investigador neurologista, a vividez da clínica, já prenunciada pelas descobertas de Breuer. Freud que segundo Assoun (1983) entendia a ciência como método de investigação, e que ambicionava explicar os fenômenos psíquicos racionalmente em termos de uma relação de unidades materiais (neurônios) e energia, vê-se implicado, por força das descobertas de Charcot, a conjugar o fato clínico do sintoma histérico, relacionado às representações traumáticas, com uma teoria do funcionamento psíquico que só se torna inteligível a partir da aplicação de um método de tratamento que lhe torna acessível o mecanismo da histeria. A relação entre essas duas vertentes (funcionamento psíquico + clínica) se dá através de uma terceira, esta sim original, que é o método de investigação e tratamento que coincidem, promovendo o acesso a esses processos. Isto é, somente através da "Psicoterapia da Histeria" que o modelo se delineia, que os caminhos dos processos psíquicos ganham a dimensão vívida de um funcionamento quase observável e que de outro modo seriam inacessíveis.

Há um contraste entre o quanto Freud se dedica e de fato formula um sistema psíquico complexo que compreende várias funções e processos articulados, e o que disso publica. Pois suas publicações apresentam conclusões parciais relativas a descobertas clínicas, que

não permitem a visão da amplitude do que já teorizou sobre o funcionamento psíquico, cujo acesso só foi possível após sua morte, como as cartas, os manuscritos e o "Projeto para uma Psicologia Científica", de 1895. A impressão que nos fica é a de que esse modelo fica subjacente a esses textos, só emergindo quando a demonstrabilidade deste ou aquele funcionamento é possível através de seu método de tratamento. Ou, em outros termos, quando é de utilidade clínica. Esse método é assim o agente de modificação desse aparelho e da classificação das patologias e fenômenos. No caso de "A Interpretação dos Sonhos" contudo, o modelo de aparelho aparece de forma arrojada, perfeitamente afinado e à serviço da inteligibilidade dos processos.

Em uma carta a Fliess Freud hesita quanto à nomeação de sua teoria: metapsicologia .

"Aliás, te pergunto seriamente se para minha psicologia (...) é lícito usar o nome de 'metapsicologia'." (Freud, 1898, p. 316)

Termina, como sabemos, por optar por psicanálise, restringindo-se a metapsicologia a uma parte, fundamental sem dúvida, desse saber. Essa opção parece-nos decisiva, pois indica a priorização do método (análise do psiquismo), por sua ênfase na práxis, na clínica, como carro-chefe de sua produção, que puxa atrás de si o desenvolvimento teórico. É devido a isso que a psicanálise veio a ser uma obra sobre a resistência, como dissemos acima.

Desse modo podemos compreender a proximidade constatável entre os primeiros escritos freudianos e os últimos, posteriores a postulação da pulsão de morte. Esta se dá pelo resgate de algumas

proposições formuladas quando sua sustentação era possibilitada por uma base neurológica. Quando Freud conceitua a pulsão, delimitando seu campo, passa a desenvolver uma ênfase na vertente do sentido, da arte interpretativa, avançando a partir dos impasses impostos pela resistência. É somente frente ao último impasse, da compulsão à repetição, do aferramento a situações de sofrimento, que Freud trabalhará teoricamente com os limites da interpretação. Cresce então a dimensão econômica, reestabelece-se o valor do trauma, a partir de um além do princípio do prazer, que submeterá o psiquismo no esforço, em algum nível malogrado, de vincular às representações o quantum livre da pulsão de morte. As antigas proposições do Projeto têm lugar na psicanálise pós-1920 por uma imposição advinda da clínica. Nesse contexto são rigorosamente psicanalíticas.

O modo de produção discursiva de Freud, derivada de seu método de produção de saber, a psicanálise, fez com que o aparelho psíquico, entendido metapsicologicamente nos níveis tópico, econômico e dinâmico, trouxesse em si quase que onipresentemente a sua marca de origem, isto é, seu texto é a elaboração teórica dos impasses e dificuldades encontrados na clínica. De certa forma, a clínica, que tem como eixo a simbolização, a elaboração psíquica que ali será produzida, seja como rememoração como na "Psicoterapia da Histeria", seja como construção, como em "Construções em Análise" (Freud, 1937), é o engendrador máximo da produção teórica na psicanálise. Se Freud já dispunha de algum arcabouço teórico ao iniciar a psicanálise, tendo se utilizado de concepções existentes sobre os processos e funcionamentos do sistema nervoso, que Nassif (1992) identifica com a teorização de Jackson, ou do nível dinâmico das relações entre as representações psíquicas, que Assoun reconhece nas

teorias de Herbart (Assoun, 1983), só para citar alguns exemplos, a sua concepção de aparelho psíquico que destas indubitavelmente se serviu, é bem mais uma derivação como também um norteador de sua práxis no dispositivo analítico. É o método de intervenção que engendra a condição de visibilidade do que é explicado metapsicologicamente. Vejamos o destino de conceitos que surgem delimitados no contexto clínico, como a transferência, em a "Psicoterapia da Histeria". Esta é definida ali como fenômeno periférico, uma forma de resistência que consiste em o paciente ao invés de seguir nas associações que conduziriam à idéia patogênica, centrar seu pensamento na pessoa do analista, e muitas vezes o teor destes pensamentos tomar de empréstimo o conteúdo do material inconsciente, fazendo a falsa ligação. Ao lado desta definição de transferência, há várias observações sobre a relação do paciente ao analista que posteriormente irão se abrigar sob o conceito de transferência, o qual assume então o lugar central que possui na psicanálise. Mas esse lugar central ultrapassa os limites descritivos do que ocorre no dispositivo, pois transferência, em "A Dinâmica da Transferência", é definida como :

**"...um clichê (ou também vários deles) que se repete - é reimpresso - de forma regular na trajetória da vida, na medida em que o consentam as circunstâncias exteriores e a natureza dos objetos de amor acessíveis, ainda que não se mantenha de todo imutável frente a impressões recentes." (Freud, 1912, p. 98)<sup>5</sup>**

Donde a psicanálise é indissociável do dispositivo, portando desde sempre, no interior de sua teoria, mesmo na sua mais alta abstração, a sua inclusão. É essa a marca de origem da psicanálise, não

necessariamente histórica ou genealógica, mas com certeza metodológica.

A tenacidade do explorador-investigador ao percorrer as trilhas representacionais da associação livre do paciente já tão patente em "A Psicoterapia da Histeria" faz-nos lembrar a afirmação de Lacan (1985) de que o inconsciente é ético e não ôntico.

Se do ponto de vista epistemológico reconhecemos e afirmamos o estatuto de metodologia para a psicanálise, no plano da práxis do dispositivo é exigida uma ética própria, analítica, acordante com essa metodologia.

O inconsciente e mesmo o aparelho psíquico de Freud é elaborado teoricamente a partir de uma práxis regida eticamente. É, de certa forma, em seus princípios fundamentais, elaborado a partir desse dispositivo, estando assim seu estatuto longe de ser ôntico.

O inconsciente não é o sistema nervoso, nem um depósito, um arquivo dinâmico de memória. Ele é um sistema que se deixa conhecer através de suas formações, e nunca em si mesmo, cujo locus prioritário é o dispositivo analítico. Assim, é nesse lugar que é possível falar rigorosamente do inconsciente, lugar esse que contém um analista a quem o paciente dirige seu discurso. Só pode ser conhecido quando engendrado o efeito de ressignificação, produção de um sentido outro que o previsto, surpreendente sempre porque revelador de uma outra cena, de um descentramento do sujeito que não está onde pensava estar. É a tenacidade do explorador-analista em vencer as resistências e



chegar lá que produz o discurso do inconsciente, suas trilhas tortas, confluentes, divergentes, ramificadas ou interrompidas...

## NOTAS DO CAPÍTULO I

<sup>1</sup> "Esta [ a histeria], la más enigmática de las enfermedades nerviosas, para cuya apreciación los médicos non habían hallado todavía el punto de vista adecuado, había caído por aquella época en un total descrédito que se extendía tanto a las enfermas como a los médicos que se ocupaban de esa neurosis. En la histeria, se decía, todo es posible, y ya no se quería creer nada a las histéricas."

<sup>2</sup> "En efecto, era de universal consenso entre los psicólogos que la admisión de una nueva representación (admisión en el sentido de creencia, atribución de realidad) depende de la índole y de la dirección de las representaciones ya reunidas en el interior del yo; y ellos han creado particulares nombres para el proceso de la censura a que es sometida la recién llegada."

<sup>3</sup> "Ante le yo del enfermo se había propuesto una representación que demostró ser inconciliable {*unvertäglich*}, que convocó una fuerza de repulsión {*Abstossung*} del lado del yo cuyo fin era la *defensa* frente a esa representación inconciliable. Esta defensa prevaleció de hecho, la representación correspondiente fue esforzada afuera de la consciencia y del recuerdo, y en apariencia era ya imposible pesquisar su huella psíquica. Empero, esa huella tenía de estar presente. Cuando yo me empeñaba en dirigir la atención hacia ella, sentía como *resistencia* la misma fuerza que en la génesis del síntoma se había mostrado como *repulsión*."

<sup>4</sup> "Psicoanálisis es el nombre: 1) de un procedimiento que sirve para indagar procesos anímicos difícilmente accesibles por otras vías; 2) de un método de tratamiento de perturbaciones neuróticas, fundado en esa indagación, y 3) de una serie de intelecciones psicológicas, ganadas por ese camino, que poco a poco se han coligando en una nueva disciplina científica."

<sup>5</sup> "... un clisé (o también varios) que si repite - es reimpresso - de manera regular en la trayectoria de la vida, en la medida en que lo consentas las circunstancias exteriores y la naturaleza de los objetos de amor asequibles, aunque no se mantiene del todo imutable frente a impresiones recientes. "

## CAPÍTULO II

### O FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO

#### 1- CONTEXTUALIZAÇÃO DA PSICOSSOMÁTICA NA PSICANÁLISE

A psicanálise surge, conforme vimos no primeiro capítulo, como um discurso articulado à intervenção clínica que rompe com o modelo médico não só no seus procedimentos metodológicos como também no que vem a dizer sobre o corpo. Se o corpo na histeria, na admissão desta última pela medicina, guardava o potencial de ultrapassamento desse saber, era por diferir em suas manifestações do que a neuroanatomia previa, devido à sua articulação com as representações traumáticas. Em outras palavras, por terem os sintomas histéricos o caráter de representações, por serem sintomas no sentido analítico do termo, isto é,

**"... são o produto final de um processo simbólico que cabe desvelar para serem apreendidos como objeto de uma interpretação." (Birman & Nicéas, 1982, pag. 15)**

A partir de "Inibição, Sintoma e Angústia" (Freud, 1926) construímos a definição de sintoma que se segue. O sintoma é a formação substitutiva do desejo recalçado, a qual se dá devido à falha no recalçamento que permite o retorno do recalçado, sendo a este equivalente. É um processo de elaboração simbólica que se utiliza dos mecanismos de funcionamento do inconsciente: condensação e deslocamento.

É um processo exterior ao eu, e corresponde ao retorno do que dele fora alijado, de forma transformada, como um corpo estranho, já que no recalçamento da idéia o eu a ela renuncia enquanto um território seu. Nesse retorno do recalçado, portanto estranho ao eu, há uma tentativa do eu de a ele adaptar-se, lançando mão de recursos que acarretarão inibições, para com isso fugir do conflito com o isso ou com o supereu, evitando um novo recalçamento. Essa adaptação produz ganhos do eu na sua relação com o sintoma, ganhos estes que diferem do ganho primário da satisfação substitutiva, e da "resolução" do conflito, sendo estes ganhos agregados ao sintoma nomeados de ganhos secundários.

Podemos pensar na relação do ganho secundário com o supereu e a necessidade de sofrimento como uma via de domínio sobre a pulsão (de morte), via masoquista, unindo libido e pulsão de morte, que consegue circunscrever enquanto um sofrimento a ameaça da invasão da excitação sobre o eu. Nesse sentido, o sintoma porta necessariamente uma insuficiência com relação à exigência da pulsão, já que a necessidade de sofrimento pode ter até a mesma origem da formação do sintoma, ou melhor, do recalçamento: situa-se nas tensões entre o eu e o supereu, estando do lado da adaptação do eu ao sintoma.

Os sintomas envolvem sempre os representantes da pulsão: idéia e afeto. Dão-se por meio de um processo simbólico de substituições de representações e desvio de investimentos de afeto (catexia). Nesse sentido, em "Inibição, Sintoma e Angústia"(1926), Freud afirma que o

que torna o temor de Hans um sintoma neurótico é a substituição de pai por cavalo em sua zoofobia.

A psicanálise surge, podemos dizer, como instauradora de um novo corpo, um corpo sofredor de fenômenos cujo sentido torna-se acessível no interior do dispositivo analítico.

A delimitação de um conceito em um campo teórico específico, aqui a psicanálise, é-nos bastante cara. Entretanto, no caso da psicossomática é difícil precisar como se deu sua inserção. Há dizeres de Freud acerca de doenças orgânicas conseqüentes à problemas psíquicos. Um caso clínico, o qual discutiremos no momento oportuno, brevemente exposto na conferência "A Angústia e a Vida Pulsional" (Freud, 1933), parece se aproximar do que posteriormente veio a ser nomeado de psicossomático. Há outro dizer, referente a Groddeck (Freud, 1923-A), onde afirma o valor das contribuições da psicanálise para outras áreas do conhecimento:

**"Ademais, que entre os terapeutas se elevaram vozes (Groddeck, Jelliffe) que declararam promissor também o tratamento analítico de graves doenças orgânicas, pois em muitas delas cooperou um fator psíquico sobre o qual se pode influir."  
(Freud, 1923-A, p. 220)<sup>1</sup>**

Groddeck (1992) trabalha com doenças orgânicas, parecendo, como Freud, diferenciá-las da histeria. O fator diferencial é o de serem essas moléstias orgânicas, ao passo que a histeria é uma doença psíquica, neurose, com possíveis efeitos corporais. Ou seja, as doenças orgânicas

têm participação etiológica de fatores psíquicos, e doença psíquica histeria produz sintomas corporais. Nesse sentido, o conceito de complacência somática de Freud pode ser entendido de forma precisa/ o corpo que é complacente com o psiquismo não se enquadra no corpo da medicina, é de outro corpo que se trata, do corpo erógeno investido libidinalmente, onde o inconsciente encontra uma via para através do mecanismo de condensação produzir o sintoma/(Cf. Elia, 1995). Mas deixemos esse ponto para nosso terceiro capítulo, onde seu desenvolvimento encontrará lugar. O que nos interessa reter, por ora, é que, para Freud, não parece haver, em momento algum uma subsunção nem confusão dessas descobertas de Groddeck acerca do fator psíquico nas doenças orgânicas com o modelo da conversão histérica. Em outro lugar (Freud, 1933) se referirá a estas como doenças de outra ordem. Parecem portanto, para Freud, tratarem-se de coisas diferentes.

Groddeck entretanto faz de fato uma expansão, ousaríamos dizer, pura e simples, do funcionamento do inconsciente na produção de sintomas, para a produção ou desencadeamento de doenças orgânicas. Há, nas doenças orgânicas, um sentido a ser desvelado, isto é, a doença tem para Groddeck o caráter de representação, de produto de substituições de um desejo recalcado. Assim sendo, sua diferenciação em relação à histeria residiria precisamente em quê? Pois se tal não existir, a teoria da histeria seria suficiente, e nada de novo haveria a ser acrescentado, não se justificando a apresentação e proposta de uma descoberta. Longe de colocar tal questão, o autor trabalha com a autonomia nosográfica das doenças orgânicas. Ora, a histeria era estranha à medicina justamente por estar isenta de qualquer lesão localizável, ao menos neurologicamente

falando. Seria uma falsa doença orgânica, simulação até Charcot, e depois dele, uma verdadeira doença nervosa, isto é, neurose. Entretanto, nada implica em que, para a psicanálise, a alteração corporal na histeria, por ter sentido, seja mentirosa organicamente, isto é, com lesão ausente. A complacência somática mais indica a intrusão e determinação psíquica no que seria o corpo orgânico, isto é, a erogeneização do corpo condensando-se em um sintoma conversivo que representa o desejo recalcado, do que uma simulação. Assim sendo, deixamos por ora essa questão, aceitando provisoriamente mas com estas ressalvas a idéia de que um dos fatores de diferenciação da somatização e da histeria seria a presença/ausência de uma doença orgânica. Voltando a Groddeck, estamos supondo trabalhar ele precisamente com esse diferencial, e tão somente com ele, já que a participação etiológica do fator psíquico não se distingue em seus processos e mecanismos da conversão histérica, ao menos no que tange o caráter representacional. Isto é, não difere substancialmente do sintoma, enquanto conceito psicanalítico que trabalhamos acima.

— Freud, como já dissemos, não usa o termo "psicossomática" ou "somatização". No que se refere às doenças orgânicas, não nomeadas de histeria, há alguns trechos que gostaríamos de destacar.

Em "Introdução ao Narcisismo"(1914) Freud se refere a alterações na distribuição da libido com o advento de uma doença orgânica, levando a um retraimento para o eu.

**"É sabido - e nos parece um fato trivial - que a pessoa afligida por uma dor orgânica e por sensações penosas resigna seu interesse por todas as coisas do**

mundo exterior que não se relacionem com seu sofrimento. Uma observação mais precisa nos mostra que, enquanto sofre, retira também de seus objetos de amor o interesse libidinal, cessa de amar. A trivialidade deste fato não há de dissuadir-nos de procurar-lhe tradução nos termos da teoria da libido. Diríamos então: o doente retira sobre o seu eu seus investimentos libidinais para voltar a enviá-los depois de curar-se. Diz Wilhem Busch sobre o poeta com dor de dentes: 'Na estreita cavidade de seu molar se reclui toda a sua alma'. "

(Freud, 1914, p. 79)<sup>2</sup>

Neste texto em que uma teoria do eu se constitui, sendo agora o eu objeto de investimento libidinal, o retraimento da libido ao eu no sofrimento orgânico serve à tentativa de cura, isto é, a auto-conservação.

Já na Conferência XXIV (1917), Freud se refere a outro rearranjo psíquico que sobrevem ao advento de uma doença orgânica, analogamente ao que pode ocorrer com a neurose atual.

"Há outro processo que oferece particular interesse terapêutico e diagnóstico. Apresenta-se em pessoas que têm predisposição à neurose, ainda que não a sofram declaradamente; não é raro nelas que uma alteração patológica do corpo - por uma inflamação ou uma ferida quicá - desperte o trabalho de formação de sintoma, que converte com rapidez esse sintoma que a realidade oferece em um subrogado de todas aquelas fantasias inconscientes que esperavam a oportunidade de apropriar-se de um meio de expressão." (p. 356)<sup>3</sup>

Trata-se aí de uma apropriação da doença orgânica pela neurose, adquirindo o valor representacional de sintoma. Freud adverte a seguir a dificuldade de tratar a doença orgânica nesses casos, e diríamos nós



devido a seu valor de substituto do desejo recalçado, isto é, ganho primário.

É interessante observar que somente após a colocação do dualismo pulsional em 1920 que Freud faz referência ao que depois poderia ser nomeado e reconhecido como "psicossomática".

Em "O Eu e o Isso " (Freud, 1923) diz serem as pulsões de vida e de morte mescladas em maior ou menor grau, e mesmo no sadismo a dissociação não está levada ao extremo. Entretanto, o ataque epilético seria produto e sinal dessa dissociação das pulsões, nesse caso resultando em pura descarga. Nesse modelo do ataque epilético poderíamos ver a base para ulteriores teorias psicossomáticas de outros autores. Mas isso ainda não é de modo algum conclusivo, e restringe-se a uma possível explicação **apenas** do ataque epilético.

Em "O Problema Econômico do Masoquismo" (Freud, 1924) há um passo inconcluso na direção que será tomada mais tarde, à qual voltaremos depois.

**"Também é instrutivo inteirar-se de que, contrariando toda teoria e expectativa, uma neurose que se mostrou refratária aos esforços terapêuticos pode desaparecer, se a pessoa cai na miséria de um matrimônio infeliz, perde a sua fortuna, ou *contraí uma grave doença orgânica*. Em tais casos, uma forma de sofrimento foi sucedida por outra, e vemos que unicamente interessa poder reter certo grau de sofrimento" (Freud, 1924, p. 172, grifos nossos)<sup>4</sup>**

Fica aí patente como uma doença orgânica pode vir a preencher uma necessidade de sofrimento, imposta pelo sentimento inconsciente de culpa. Da mesma forma que a neurose pode oferecer resistência a todos esforços terapêuticos, também o paciente pode resistir à cura da doença orgânica, por implicação do ganho secundário. Nesse caso, há uma oposição entre neurose e doença orgânica, aparentemente diversa à articulação que Freud faz na Conferência XXIV, onde a neurose se utilizaria, com seu enredo fantasístico, precisamente da doença orgânica para a sua emergência. Em 1917, Freud atribui o aferramento do sujeito a uma situação de sofrimento ao campo da satisfação pulsional da libido, isto é, realização de um desejo recalçado, produzindo prazer em um sistema e desprazer no outro. Este modelo é bastante próximo do encontrado em alguns dos casos de "Estudos sobre a Histeria", em que o sintoma histérico se serviu do acometimento precedente de um mal orgânico para a sua feitura. A distinção entre ambos é que na conversão histérica o mal corporal na sua reparação é engendrado pela neurose, e não simplesmente por ela utilizado. No desencadeamento de uma neurose a partir de uma doença orgânica a via é representacional, onde a doença sofre atribuições de ordem sintomática. No modelo proposto em "O Problema Econômico do Masoquismo", em que Freud já teorizou a pulsão de morte e sua participação no masoquismo fundida com a libido, a ênfase é econômica, e não representacional, tratando-se da necessidade de se manter certa quantidade de sofrimento. A via representacional da doença orgânica não excluiria a nosso ver a vertente masoquista, e a vertente masoquista dar-se-ia conjuntamente com atribuições a nível representacional à doença orgânica. Tanto como precipitadora da neurose, como em 1917, ou como dissolutiva desta, a doença orgânica não

escaparia nem do crivo masoquista nem do crivo de atribuições representacionais. Entretanto, nesse sentido, difere ainda radicalmente da histeria, por não representar ela mesma o desejo inconsciente, ou seja, em sua etiologia e no mecanismo de sua feitura não estaria representado o conflito inconsciente. Já no caso que veremos a seguir Freud irá se referir a confecção de doenças orgânicas engendradas psicologicamente. É um passo adiante na questão atualmente denominada psicossomática.

O passo adiante será dado em "Angústia e Vida Pulsional", (Freud, 1933), a título de exemplificação da irreduzibilidade da necessidade de sofrimento conseqüente do sentimento inconsciente de culpa, relata um caso clínico em que doenças orgânicas (doenças de índole distinta da neurótica) são efeito de processos psíquicos.

"...essa necessidade de castigo é o pior inimigo de nosso empenho terapêutico. Satisfaz-se com o sofrimento que a neurose traz e por isso se aferra à condição de enfermo. Ao que parece, este fator, a necessidade inconsciente de castigo, intervém em toda contração de neurose. Acerca disto, produzem cabal convicção os casos em que o sofrimento neurótico admite ser sucedido por um de outra índole. Lhes exporei uma destas experiências.

Eu havia conseguido livrar a uma mulher solteira do complexo de sintomas que durante quinze anos a condenara a uma existência torturada, excluindo-a de qualquer participação na vida social. Sentiu-se então curada, e lançou-se em uma febril atividade para desenvolver seus nada escassos talentos e tentar conseguir uma quota de reconhecimento, de prazer e de êxito. Mas todas as suas tentativas terminavam do seguinte modo: lhe faziam saber, e ela mesmo o percebia, que já tinha muita idade para obter algo nesse campo. Após cada um desses desenlaces, a recaída na enfermidade seria o imediato; mas ela já não conseguiu voltar a produzi-la. No lugar disso lhe ocorriam uns acidentes

que a afastavam da atividade durante algum tempo e a faziam sofrer. Por exemplo, caía e torcia o pé ou machucava o joelho, ou devido a algum trabalho feria uma mão. Após ser chamada sua atenção sobre o quanto ela mesma contribuía para esses acidentes aparentemente casuais, mudou, por assim dizer, de técnica. No lugar dos acidentes lhe sobrevieram, a partir das mesmas ocasiões, enfermidades leves, catarros, anginas, estados gripais, inflamações reumáticas, até que por fim todo o espectro se dissipou quando decidiu resignar-se." (Freud, 1933, p. 100-101 - grifos nossos)<sup>5</sup>

Trabalhando com a definição aqui exposta de sintoma, cujo caráter representacional é condição para seu reconhecimento enquanto tal, entendemos que nesse caso exposto acima trata-se de algo de outra ordem. Em primeiro lugar porque Freud inicia dizendo ter debelado todo o complexo de sintomas neuróticos da paciente, e só tendo isso ocorrido é que outros fenômenos passaram a ter lugar : os acidentes aparentemente casuais. Quando a paciente é convocada a responsabilizar-se por eles, passa a ser acometida pelas doenças acima descritas. Assim, pode-se inferir que o estatuto dos fenômenos corporais citados ao final não é o mesmo que o dos sintomas histéricos. Em segundo lugar, porque os fenômenos corporais citados não são articulados a representações em nenhum momento, mas sim com a necessidade de sofrimento inconsciente, e com a dimensão econômica, a saber, aquela que escapa à vinculação representacional, a pulsão de morte. Desse modo, após a sistematização realizada em "Inibição, Sintoma e Angústia" (Freud, 1926) estaria do lado do que escapa ao sintoma no que este tem de precário face às exigências pulsionais, e do que em havendo sintoma promove o amalgamento do eu a este, isto é, o quantum não vinculável que se

relaciona de alguma forma com o masoquismo originário e a necessidade de sofrimento inconsciente. Resgatando a idéia proposta em "O Eu e o Isso" quanto ao ataque epilético, poderia ser produto e sinal de uma defusão pulsional. Dessa forma, pensamos que, se não fica garantido o estatuto não-representacional de tais fenômenos, ao menos parecem diferenciar-se claramente do sintoma neurótico, não podendo portanto enquadrar-se em tal categoria.

Autores contemporâneos, estes já trabalhando com o termo "psicossomático", reconhecem essa especificidade, que reside no caráter assimbólico da somatização, diferentemente do sintoma histérico que, reconhecido enquanto representação, cujo sentido na clínica poderia advir, teve nesse reconhecimento a possibilidade de surgimento da psicanálise, como já delineado no primeiro capítulo, e que é desdobrado no capítulo seguinte. Se a histeria, quando incluída na medicina, era delimitada por uma negatividade (a ausência de lesão localizável), apontando limites para esse saber, a posição da somatização na psicanálise parece a isso assemelhar-se. A negatividade da somatização na sua inserção na psicanálise se deve à idéia de que nesses fenômenos, corporais, não haveria o caráter representacional portado pelo sintoma histérico. Fenômenos corporais isentos de sentido, sendo de uso retórico corrente justapor somatizações com limites do analisável, e por extensão com limites da psicanálise, já que esta opera com a produção de sentido através da ressignificação engendrada no dispositivo analítico. É esta a diferenciação fundamental sustentável e firme entre sintoma histérico e fenômeno psicossomático, mais do que a aparente questão da existência real e clinicamente comprovável de uma lesão ou patologia orgânica.

Nesse sentido, sua categorização é melhor delimitada que a empreendida por Groddeck, já que os mecanismos de produção da somatização não são os do funcionamento do inconsciente. Em outras palavras, somatização não é sintoma. Como vimos, isso se coaduna com o que podemos depreender do pouco que Freud desenvolveu a respeito.

Nomeemos então esses autores. Estamos nos referindo à Escola Psicossomática de Paris, cujo trabalho é referência para qualquer pensamento nessa área. E estamos incluindo também outros autores de relevância que vieram a desenvolver seus trabalhos na direção por eles construída e alçada à condição de descoberta.

Trabalharemos agora com alguns desses autores contemporâneos e suas teorias psicossomáticas.

### **3- AUTORES CONTEMPORÂNEOS**

#### **3.1- O CAMINHO ESCOLHIDO CONTEMPORANEAMENTE: AS NEUROSES ATUAIS**

Os teóricos da Escola Psicanalítica Psicossomática de Paris reconhecem a especificidade do fenômeno psicossomático - ou seja, de não ser como o sintoma um fenômeno simbólico - cujo embasamento em Freud é por eles encontrado nas teorias sobre as neuroses atuais. Essa categoria de neurose data dos primórdios da psicanálise, e, embora tenha

tido mantida até o fim por Freud, sua tematização é central e bastante desenvolvida nesse primeiro momento!

Os primeiros escritos de Freud acerca das neuroses atuais revelam uma preocupação em assegurar a participação da sexualidade na etiologia de seus sintomas. Grande parte dos casos apresentados não foram além de poucas entrevistas, nas quais a conjunção do quadro sintomático e certas práticas sexuais era encontrada. Verificava-se, assim, no caso da neurastenia uma prática sexual inadequada (por exemplo, masturbação), e na neurose de angústia, uma falta de satisfação sexual, como coito interrompido ou abstinência.

Entretanto, o uso dessas práticas é insuficiente para a produção dessas neuroses. Em "Manuscrito E" (Freud, 1894) há uma sistematização do funcionamento psíquico, em que é explicada a neurose de angústia, cuja explicação é mais satisfatória e interessante à nossa temática do que a neurastenia. Vamos a ela: o propulsor do trabalho psíquico está no corpo, é através da tensão endógena que

"... só é percebida quando alcança certo *umbral*. Só a partir desse umbral passa a ter valor {*verwerten*} psíquico, entra em relação com certos grupos de representações que logo põem em cena a solução específica. Então a partir de certo valor uma tensão sexual desperta libido psíquica que logo leva ao coito, etc. Se a reação específica não pode ser produzida, cresce desmedidamente a tensão psicofísica (o afeto sexual), torna-se perturbadora, mas não há ainda fundamento algum para a sua mudança. Contudo, na neurose de angústia essa mudança sobrevem; por isso aflora o pensamento de que aí se trataria do seguinte descarrilamento: a tensão física cresce, alcança seu valor de umbral com

o qual pode despertar afeto psíquico, mas por razões quaisquer o enlace psíquico se lhe oferece permanece insuficiente, é impossível chegar à formação de um *afeto sexual* porque faltam para isso as condições psíquicas: assim, a tensão física não ligada psiquicamente se transforma em... angústia." (Freud, 1894, pag. 232)<sup>6</sup>

Vê-se então que/na neurose de angústia concorrem dois fatores: a falta de satisfação sexual, que engendra o incremento da tensão física sexual, e a falta de um grupo psíquico de idéias a que essa energia possa ligar-se, transformando-se em afeto, acionando um funcionamento psíquico. É a idéia de uma falha, de uma insuficiência do psiquismo em ligar a excitação, pela falta de representações, que será resgatada pela Escola Psicanalítica Psicossomática de Paris/

A diferenciação em relação à histeria é justamente a de que nas neuroses atuais os sintomas corporais são efeito de pura descarga, ao contrário da histeria, em que articulam-se com representações, as reminiscências, com valor simbólico/Para dar uma idéia mais clara da linha divisória entre esses dois tipos de neuroses, basta exemplificar que, para Freud, se a causa da neurose de angústia fosse a preocupação em engravidar durante o coito, isso já a colocaria no terreno da histeria, já que seria uma idéia, uma representação desagradável que estaria na gênese da doença (Freud, 1893; 1894).

A idéia de uma precariedade psíquica, que tem uma contextualização clara na teoria freudiana das neuroses atuais, é reapropriada e recontextualizada nas teorias da Escola Psicanalítica Psicossomática de Paris. Pierre Marty (1976), psicanalista desta escola,

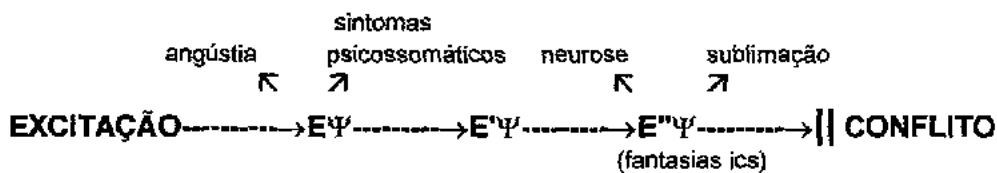


sustenta que haveria sujeitos de estruturação psíquica precária, que teriam um funcionamento ao nível de um pensamento operatório, o qual caracterizar-se-ia por sua função de adaptação social, utilitarista, e um empobrecimento fantasmático, uma baixa capacidade de introspecção, com uma desvinculação da fala e do afeto.

Marty considera as duas tópicas freudianas interessantes para o desvendamento dos fenômenos psicossomáticos. Na primeira tópica haveria nesses pacientes uma falha na constituição da vinculação psíquica dos afetos, e na segunda, um empobrecimento do eu, dificultando a transferência. O fenômeno psicossomático seria desencadeado por um evento de valor traumático, o qual, pela incapacidade da fase atual do psiquismo em elaborá-lo, desencadearia uma marcha contra evolutiva, alcançando estruturas mais arcaicas e menos elaboradas da estrutura do sujeito, as quais, no caso dos pacientes psicossomáticos, teriam ligação corporal e produziriam os fenômenos psicossomáticos, efeito de uma descarga corporal, numa tentativa de restabelecer o equilíbrio homeostático. Os eventos traumáticos teriam participação na constituição dessa estrutura psíquica precária simbolicamente. Elegemos este autor para a nossa discussão por ser o proponente principal do conceito de pensamento operatório acima descrito. Marty, em relação à psicanálise, possui uma visão própria relativa a seu campo de inserção epistemológica. Não trabalha com uma distinção de campo que metodologicamente a distinga da medicina, mas sim propõe uma visão que integre e modifique esses dois campos de saber. Há, nesse sentido, uma visão de evolução, de processo no constituir-se psíquico a partir do corpo, corpo biológico, que é acrescido e modificado, mas que do ponto de vista epistemológico

enquanto conceito não é subvertido, tal como cremos ser na psicanálise. Marty de fato busca o embasamento para suas teorizações na teoria das neuroses atuais de Freud, mas não clama por um reconhecimento de filiação a Freud. Outros autores que consideram interessante a teoria do pensamento operatório mas que afirmam sua própria filiação a Freud é que darão o relevo máximo e justificativa dessa teorização a essa parte da obra freudiana.

Laplanche (1987) defende que a via da somatização seria menos elaborada psicologicamente, e que só seria acionada quando não houvesse outra via mais psíquica. Nessa argumentação, propõe a utilização do modelo do aparelho psíquico do capítulo VII de "A Interpretação dos Sonhos", tomando os sistemas mnésicos como níveis de elaboração sucessiva, estando a angústia e os fenômenos psicossomáticos num nível menos simbólico e a neurose e a sublimação no nível mais simbólico.



(Laplanche, 1987, p. 37)

Joyce McDougall (1983) denomina a somatização como atos-sintomas, representantes dos conteúdos recalçados, que vem ocupar o lugar da elaboração psíquica, sendo uma explosão no corpo, que tem por função a descarga, uma vez que há uma falha na psiqué. Se na histeria o corpo empresta suas funções à psiqué, o que é condizente com o conceito de complacência somática de Freud, no fenômeno psicossomático, "o

corpo 'se exprime' sozinho" (McDougall, 1983, pag. 136). Assim, o corpo psíquico não consegue ser representado como objeto psíquico, havendo partes do corpo que não possuem qualquer representação mental. Diante de um impasse, de valor traumático, que o psiquismo não é capaz de conter, produz-se a somatização.

Embora esses teóricos admitam a existência de fenômenos psicossomáticos em sujeitos neuróticos, seu estudo privilegia os sujeitos de estruturação psíquica precária, e a explicação para a somatização no neurótico não passa de uma circunscrição do modelo explicativo para os psicossomáticos, isto é, de algo que o psiquismo não pôde conter. A idéia prevalente é ainda a da falha de estruturação psíquica.

O empobrecimento psíquico dos psicossomáticos é ampliado nessas teorias para toda a estruturação psíquica, o que não parece estar assim colocado na teoria de Freud, uma vez que admite a concomitância de psiconeuroses e neuroses atuais, dando inclusive exemplos clínicos disto (Freud, 1893;1894;1898). Ademais, o valor traumático não se apresenta na teoria das neuroses atuais. Os desencadeantes factuais, assim tomados pelo senso comum, tais como excesso de estudos, ou morte do pai, são para ele sem maior importância, fatores adicionais que encobrem a condição maior, que deseja defender: as práticas sexuais (Freud, 1895-C)

A questão do efeito traumático da pulsão se encontra postulada em "Mais Além do Princípio do Prazer" (Freud, 1920), com a teorização da pulsão de morte, passando a ter a excitação não vinculada uma

anterioridade lógica à qualquer estruturação psíquica, e guardando relação com o funcionamento do aparelho psíquico. Mas não nos adiantemos demais: tais questões serão tratadas em nosso terceiro capítulo.

Retomando, então, diríamos que contemporaneamente tem-se uma concepção do fenômeno psicossomático como sendo claramente diferenciado dos sintomas psíquicos, por, ao contrário destes, não ser simbólico. Em outras palavras, não é dotado de sentido, não tem caráter de representação. A tarefa de investigação que se coloca então é estabelecer a relação existente entre um fenômeno assimbólico e o psiquismo, estruturado em cadeias representacionais.

### 3.2 - AINDA SOBRE AS NEUROSES ATUAIS

Se nos detivermos nos primórdios da psicanálise, podemos facilmente distinguir a importância da teoria das neuroses atuais para Freud. A primeira neurose atual, anterior à própria psicanálise, a neurastenia, inaugura o campo onde a histeria irá se alojar quando reconhecida como entidade clínica pela medicina: o campo das neuroses (Cf. Nassif, 1992). Freud, ao delinear um caminho independente e discordante de Breuer, tem na etiologia sexual das neuroses um dos pilares da sua construção teórica. Assim, tanto no caso da neurastenia como no da neurose de angústia, categoria clínica por ele isolada (Freud, 1895-B), busca demonstrar a participação da sexualidade na sua constituição. Entretanto, nesse momento, a concepção de sexualidade, de libido ainda guarda muito de um cunho biológico, relacionado ao coito, à

sexualidade genital. A teoria contida em "Três Ensaios de Teoria Sexual" (Freud, 1905), que apresenta a sexualidade infantil, e mais, a sexualidade enquanto infantil, subvertendo conceitualmente as idéias vigentes de sua época, ainda não fora desenvolvida, e as cenas de sedução rememoradas por suas pacientes histéricas são tomadas como reais no sentido objetivo, isto é, como fatos ocorridos. O estatuto de realidade psíquica, decorrente da perda de sua "neurótica", ainda não fora construído.

Assim sendo, vale como demonstração da tese da etiologia sexual das neuroses a correlação, obtida em entrevistas, entre determinadas práticas sexuais e determinadas sintomatologias. Se nos referimos anteriormente à psicanálise como uma metodologia que possui uma relação particular entre teoria e clínica, fica difícil reconhecer no que Freud deixa-nos entrever de suas entrevistas com esses pacientes algo dessa metodologia. Parecem ser entrevistas dirigidas, e não guiadas pelos caminhos associativos das redes de representações, onde a busca da idéia alijada inexistente, chegando-se muito rapidamente a constatações objetivas das práticas causadoras da sintomatologia de que o paciente se queixa.

Nesse sentido Laplanche ressalta que

**"Podemos recordar os exemplos dados por Freud, a propósito da neurastenia e da neurose de angústia: os escrupulosos, os que têm medo da sífilis, etc. É evidente que, nesse ponto, Freud recusava-se a procurar mais longe, quando o que se deve indagar é por que tal indivíduo, por exemplo, sente um medo absolutamente pânico da sífilis. Nesse exemplo, não se pode considerar sífilis como um elemento puramente exterior, a partir do qual se desencadearia todo um processo neurótico. O próprio**

medo da sífilis deve ser levado em conta numa estrutura neurótica."(Laplanche, 1987, p. 38)

Pensando assim, considerariamos a teoria das neuroses atuais apenas como um passo na estruturação da psicanálise. Passo inaugural, necessário, mas atrelado a concepções e procedimentos que a excluiriam de uma teorização psicanalítica definida e estabelecida. Contudo, verificamos que essa exclusão jamais ocorreu. Ao contrário, em 1914, Freud erige a terceira neurose atual: a hipocondria. E em textos tardios, encontramos reafirmada a existência de tais neuroses. A solução não se apresenta com tanta simplicidade, e a importância das neuroses atuais na teorização freudiana logo se afirmará se usarmos de honestidade e trabalho.

É Laplanche (1987) quem, na continuação de seu texto, alerta para o risco de se tentar apagar as diferenças entre psiconeuroses e neuroses atuais. Estabelece essa distinção no plano da atualidade do conflito, no fato de ser ele mesmo um obstáculo exterior, fato consumado, constituído fora do campo psíquico, ainda que dele decorrente, também pelos próprios atos do paciente. Seria assim uma possibilidade ou decorrência da psiconeurose.

Retomando a era inicial da psicanálise, percebemos que a organização nosográfica de Freud se ordena pela oposição entre psiconeuroses e neuroses atuais. As primeiras, entre as quais a histeria, funcionam no registro da representação, e as últimas funcionam no nível econômico. Organiza-se também por correspondências: a neurose de angústia seria a neurose atual das psiconeuroses histeria de conversão e

histeria de angústia, e a neurastenia a neurose atual da neurose obsessiva (Cf. Birman, 1993; Laplanche, 1987). É o contraste entre a neurose atual e a psiconeurose que ressalta e torna nítida a categoria de psiconeurose, enquanto representacionais, onde o sintoma é produto de substituições de representações de um desejo, cujo acesso é passível de ser alcançado através do método criado por Freud. Em "Uma Introdução para o Narcisismo" (Freud, 1914), texto oriundo entre outras coisas da necessidade de uma teorização que abrangesse a questão do eu na psicose, Freud introduz também a neurose atual correspondente à demência precoce: terceira neurose atual, a hipocondria.

Birman (1993) defende a idéia de que Freud

**"... configura a existência de dois campos clínicos distintos, fundados em registros tópicos diferentes, mas que estabelecem relações entre si, pois a ordem do corpo e a ordem da representação estão em permanente interação, sendo a pulsão o mediador fundamental dessa passagem.(p. 126)**

Nesse sentido, a neurose atual, enquanto contrapartida econômica seria condição necessária mas não suficiente para o desenvolvimento da psiconeurose (Cf. Birman 1993), pois como vimos anteriormente é necessária uma via representacional para que tal se produza. Assim, na neurose de angústia a libido é transformada diretamente em angústia, enquanto que na histeria será a idéia investida economicamente que será recalçada, sendo essa energia escoada através das representações a ela associadas, e também, por força do retorno do recalçado, utilizada na confecção do sintoma, que é o seu substituto. Birman (1993) estabelece

serem essas duas ordens a do corpo somático, no caso das neuroses atuais, e a do corpo erógeno, no caso das psiconeuroses, sendo a pulsão a relação entre ambos.

Pensamos que no caso das neuroses atuais, sobretudo se seguimos os últimos avanços teóricos de Freud, não se trata do corpo somático, isto é, pensamos que com o estabelecimento do conceito de pulsão, mesmo nesse caso, espinhoso sem dúvida, já não é mais possível falar de corpo somático. Tomando o caso da hipocondria, por exemplo, vemos que o quadro não é tão simples: é com a sua introdução que Freud (1914) nos mostra que todo o corpo pode ser erógeno, investido como zona erógena, sem estarem tais zonas atreladas à epiderme, às mucosas e aos orifícios. A manutenção da distinção entre neuroses atuais e psiconeuroses é sustentável, a nosso ver, não propriamente por uma atualidade e exterioridade do conflito, como defende Laplanche, mas pela consideração de que em última instância é a energia pulsional, enquanto exigência de elaboração, que sempre será um dos pólos de conflito, um excesso que em parte será elaborado psiquicamente, e em parte será irreduzível à elaboração. Se as neuroses atuais são antes de tudo uma questão econômica, um resultado diferente do sintoma, é essa distinção a ser preservada, talvez não como um quadro de autonomia nosográfica psicanalítica, mas como questão a ser discutida. Assim sendo, propomo-nos a seguir discutindo, no capítulo seguinte as relações entre corpo, representação, pulsão, sem abandonar as questões suscitadas aqui na discussão acerca das neuroses atuais.



## NOTAS DO CAPÍTULO II

<sup>1</sup> "Además, que entre los terapeutas se han elevado voces (Groddeck, Jelliffe) que declaran promisorio también el tratamiento analítico de graves afecciones orgánicas, pues en muchas de ellas ha cooperado un factor psíquico sobre el cual se puede influir."

<sup>2</sup> "Es sabido - y nos parece un hecho trivial - que la persona afligida por un dolor orgánico y por sensaciones penosas resigna su interés por todas las cosas del mundo exterior que no se relacionen con su sufrimiento. Una observación más precisa nos enseña que, mientras sufre, también retira de sus objetos de amor el interés libidinal, cesa de amar. La trivialidad de este hecho no ha de disuadirnos de procurarle traducción dentro de la terminología de la libido. Diríamos entonces: El enfermo retira sobre su yo sus investiduras libidinales para volver a enviarlas después de curarse. Dice Wilhelm Busch, acerca del poeta con dolor de muelas: 'En la estrecha cavidad de su muela se recluye su alma toda'."

<sup>3</sup> "Hay otro proceso que ofrece particular interés terapéutico y diagnóstico. Se presenta en personas que tienen predisposición a la neurosis, aunque no la sufran declaradamente; no es raro que en ellas una alteración patológica del cuerpo - por una inflamación o una herida quizá - despierte el trabajo de formación de síntoma que la realidad le procura en subrogado de todas aquellas fantasías inconcientes que acechaban la oportunidad de apropiarse de un medio de expresión."

<sup>4</sup> "También es instructivo enterarse de que, contrariando toda teoría y expectativa, una neurosis que se mostró refractaria a los empeños terapéuticos puede desaparecer si la persona cae en la miseria de un matrimonio desdichado, pierde su fortuna o contrae una grave enfermedad orgánica. En tales casos, una forma de padecer ha sido relevada por otra, y vemos que únicamente interesa poder retener cierto grado de padecimiento."

<sup>5</sup> "...esa necesidad de castigo es el peor enemigo de nuestro empeño terapéutico. Se satisface con el padecimiento que la neurosis conlleva, y por eso se aferra a la condición de enfermo. Al parecer, este hecho, la necesidad inconciente de castigo, interviene en toda contracción de neurosis. Acerca de esto, producen cabal convicción los casos en que el padecimiento neurótico admite ser relevado por uno de otra índole. Le informaré sobre una de estas experiencias."

Yo había conseguido librar a una señorita mayor del complejo sintomático que durante unos quince años la condenara a una existencia torturada, excluyéndola de toda participación en la vida social. Se sintió entonces sana, y se lanzó a una febril actividad para desarrollar sus no escasos talentos y procurarse una cuota de reconocimiento, de goce y de éxito. Pero todos sus intentos terminaban del siguiente modo: le hacían saber, y ella misma lo veía, que ya tenía demasiada edad para obtener algo en ese campo. Tras cada uno de esos desenlaces, la recaída en la enfermedad habría sido lo inmediato; pero ella ya no logró volver a producirla. En lugar de ello le ocurrían unos accidentes que la radiaban de la actividad durante un tiempo y la hacían padecer. Por ejemplo, se caía y se torcía un pie o lastimaba una rodilla, o debido a algún mesenter se dañaba una mano. Tras llamársele la atención sobre lo mucho que ella misma contribuía a esos aparentes percances, cambió, por así decir de técnica. En lugar de los accidentes le sobrevinieron, a raíz de las mismas ocasiones, enfermedades leves, catarros, anginas, estados gripales, inflamaciones reumáticas, hasta que por fin todo el espectro se esfumó cuando decidió resignarse."

<sup>6</sup> "...sólo se la nota cuando ha alcanzado cierto umbral. Sólo a partir de ese umbral es valorizada {verwerten} psíquicamente, entra en relación con ciertos grupos de representaciones que luego ponen en escena el remedio específico. Entonces a partir de cierto valor una tensión sexual despierta libido psíquica que luego lleva al coito, etc. Si la reacción específica no puede producirse, crece desmedidamente la tensión psicofísica (el afecto sexual), se vuelve perturbadora, pero no hay todavía fundamento alguno para su mudanza. Ahora bien, en la neurosis de angustia esa mudanza sobreviene; por eso, ahora nos aflora el pensamiento de que ahí se trataría del siguiente descarrilamiento: la tensión física crece, alcanza su valor de umbral con el que puede despertar afecto psíquico, pero por razones cualesquiera el anudamiento psíquico que se le ofrece permanece insuficiente, es imposible llegar a la formación de un *afecto sexual* porque faltan para ello las condiciones psíquicas: así, la tensión física no ligada psíquicamente se muda en ... angustia."

## **CAPÍTULO III**

### **SOBRE O CORPO NA PSICANÁLISE**

#### **OBJETIVOS:**

No capítulo anterior percorremos a obra de Freud em busca de referências suas às doenças orgânicas e possíveis referências a fenômenos psicossomáticos. Pudemos, a partir dessas referências, corroborar a visada contemporânea que afirma o caráter assimbólico do fenômeno psicossomático. Partimos então para uma discussão com autores contemporâneos, questionando as afirmações da existência de uma estrutura psicossomática, caracterizada em seu funcionamento por uma precariedade simbólica. Encaminhamos nossa discussão para a apropriação da teoria das neuroses atuais por tais autores, demonstrando que essa base oferece pouca sustentação às suas teorias. Isso nos remeteu à necessidade de trabalhar em nossa investigação as relações entre corpo, pulsão e representação.

A psicanálise já sofreu e ainda sofre recorrentes críticas por uma suposta exclusão do corpo, por trabalhar com representações, e com o discurso. Entretanto, afirmamos aqui que o corpo é parte integrante e fundamental da teoria psicanalítica, e isto está intimamente relacionado ao conceito de pulsão. Neste capítulo iremos ver de que forma o corpo participa da psicanálise, caminho necessário para por fim podermos pensar psicanaliticamente o fenômeno psicossomático.

## **PARTE I - CORPO E REPRESENTAÇÃO**

### **1 - PULSÃO**

O modelo do aparelho psíquico de "A Interpretação dos Sonhos" (Freud, 1900) exposto graficamente no Capítulo VII torna mais claros alguns aspectos da relação entre corpo e psiquismo em Freud. No famoso "pente" fica evidente a existência de um pólo perceptivo e sobretudo de um pólo motor, e desse modo também se evidencia a sua importância para a viabilidade de sua teorização do aparelho psíquico.

Entre o impacto da moção pulsional e a ação motora está o psiquismo (Cf. Freud, 1933-A). É que assim nos "Estudos Sobre a Histeria" algo não corre bem e a ação é impedida. E mesmo a fala, que não deixa de ser motora, e o pensamento, que não deixa de ser ação, - pois como diz Freud, a palavra é um sub-rogado da ação - estão impedidos. A idéia que se articula ao impulso está alijada do pensamento consciente, e deixa seu rastro em idéias associativas circunvizinhas. Quanto maior a aproximação da idéia recalçada, mais pregnante a resistência a prosseguir associando. Mas o corpo, na histeria, é ainda o ponto terminal da moção pulsional. A conversão histérica é corporal: contratura, espasmo, cegueira, insensibilidade, hipersensibilidade, é do corpo que se trata. Há uma complacência somática no sintoma conversivo histérico, como vimos em nosso segundo capítulo. Um corpo subordinado ao psiquismo, tal é o conceito de complacência somática. Na neurose obsessiva esse ponto terminal está em ações motoras, de fazer e desfazer,

ou nos rituais. Vemos então mecanismos psíquicos predominantes específicos nessas neuroses e sua conexão com descargas corporais, específicas também. De forma bastante simplificada, teríamos na histeria e na neurose obsessiva:

NEUROSE	MECANISMO	RESULTADO
HISTERIA	amnésia	conversão histérica
NEUROSE OBSESSIVA	isolamento	ações motoras (rituais e mandamentos executados)

Pensamos ser possível estender esse desdobramento às demais categorias da nosografia psicanalítica, havendo assim sempre um funcionamento psíquico e um pólo terminal corporal.

Se no ponto terminal o corpo na histeria se subordina ao psíquico, poderíamos falar de uma subordinação do psiquismo ao corpo no ponto de partida? Sim e não. Não, porque o corpo na psicanálise está desde os seus primórdios longe de ser aquele tornado organismo pela medicina. Mesmo assimilando o psiquismo ao sistema nervoso, não há para Freud uma transcrição ponto a ponto de cada parte do corpo para o psiquismo sob a forma de representações ( Nassif, 1992). A anatomia física não se refaz na mente humana, sendo ignorada por esta última. Desse modo a paralisia histérica respeita mais a idéia que o senso comum faz da... perna, por exemplo, do que a que a medicina apresenta como verdadeira. Enquanto idéia (de perna), articular-se-á a outras representações,

sobretudo à idéia recalcada, de natureza sexual, tida pelo eu como incompatível. Sem avançar mais na discussão, acrescentaríamos apenas que a construção do sistema representacional articulado que vem a ser o psiquismo provém (Freud, 1895) de sensações de prazer e desprazer, as quais dependerão de ações e de objetos externos. Isso significa que as representações corporais não são exalação para o plano representacional da materialidade corporal, não vão de si mesmas, mas sim são construídas primordialmente através de um diferencial prazer-desprazer. No caso do bebê, a pressão do impulso não leva à consecução do ato, também denominado *ação específica* (Freud, 1895-A), pois a prematuridade do bebê humano o coloca na posição de completa dependência de alguém que cuide dele para as suas necessidades as mais básicas, o desenvolveremos mais à frente. Na origem, entre moção pulsional e ato, forçosamente, teremos sempre psiquismo, pois são as marcas deixadas pelos objetos o primeiro e único recurso minimamente eficaz de administrar as exigências corporais.

São essas exigências que fazem a resposta à pergunta formulada anteriormente ser afirmativa: o psiquismo está subordinado ao corpo. O modo dessa subordinação é estar sempre a sofrer exigências. Subordina-se a uma exigência de trabalho, isto é o corpo faz o psiquismo sofrer um funcionamento.

A conceituação de pulsão é expressa por Freud da seguinte forma: "...a 'pulsão' nos aparece como um conceito fronteiro entre o anímico e o somático" (Freud, 1915, p.117)<sup>1</sup>. O que significa isso? O acento mais freqüente das análises realizadas recai geralmente sobre a parte final:

*fronteiriço entre o anímico e o somático.* Da articulação da frase lida dessa forma com outras afirmações de Freud deriva toda uma série de questões: a pulsão seria psíquica ou somática? Aliada à afirmação de que a pulsão representa para o psiquismo as exigências corporais, ela teria que ser considerada psíquica. Por outro lado, ao lado da afirmação de que a pulsão se representa no psiquismo através da idéia e do afeto, que são os representantes psíquicos da pulsão, ela teria que ser considerada corporal. Poderia ainda ser considerada psíquica e somática, espécie de elo perdido na cisão mente e corpo, cuja elucidação final aguardaria os avanços da fisiologia.

Propomos aqui, contudo, um outro acento: */pulsão é um conceito.* Freud inicia seu artigo da metapsicologia (1915) falando acerca dos constructos teóricos, as idéias abstratas, as convenções, os quais são os conceitos fundamentais na Ciência, sem os quais torna-se impossível cumprir o objetivo de agrupar, ordenar e se possível explicar os fenômenos relacionados entre si, os quais motivaram a investigação.

Assim, antes de tudo, pulsão é um conceito fundamental. Conceito este não pertencente à fisiologia e tampouco à psicologia. */Conceito-limite entre os conceitos de psíquico e de somático até então conhecidos. Conceito psicanalítico por excelência, que introduz uma relação entre o psíquico e o somático, relação esta de exigência. Diríamos, portanto, que*  
***PULSÃO É A RELAÇÃO ENTRE O SOMÁTICO E O PSÍQUICO, SENDO ESTA UMA  
 RELAÇÃO DE EXIGÊNCIA DE TRABALHO QUE O PRIMEIRO IMPÕE AO SEGUNDO.***

## 2 - SEXUALIDADE

Ao escrever a primeira edição de "Três Ensaio de Teoria Sexual" (1905) Freud já dispunha de dois elementos fundamentais relativos ao corpo na psicanálise: havia estabelecido uma teoria da histeria em que relacionava sintomas corporais à reminiscências recalçadas, sendo esses sintomas representações destas últimas, e afirmava a etiologia sexual das neuroses, tanto nos casos em que se verificava uma mediatização por representações (psiconeuroses), como nos casos em que a energia sexual não descarregada ou descarregada inadequadamente derivava diretamente em manifestações corporais.

Conforme seu modelo, a energia, a tensão sexual, ao atingir determinado limiar passa a possuir valorização psíquica, investindo representações que levarão a uma ação específica cuja realização produz a descarga da dita tensão. No caso das neuroses atuais não há fiador psíquico que conduza a tal descarga. No caso da histeria a representação investida é traumática conquanto incompatível ao eu, sendo portanto recalçada, o que produz um desvio da ação específica para redes representacionais que a substituirão em uma formação de compromisso entre defesa (do eu) e desejo, satisfazendo e representando a ambos. Vale lembrar que a ação específica poderia ser substituída pela fala, que é um sub-rogado da ação, e nesse caso, a idéia não se caracteriza como incompatível, não sendo portanto recalçada, não derivando portanto em sintomas.

Quando Freud ainda falava em termos de neurologia, como no estudo "Algumas Considerações com Vistas a um Estudo Comparativo das Paralisias Motoras Orgânicas e Histéricas" (1893-A) demonstrara ser o funcionamento neurológico subjacente ao sintoma histérico diferente do estudado até então pela neurologia, já que seria a representação do órgão que a ele se conectaria na conversão. Representação para o sujeito, e não para a neuroanatomia, razão pela qual a paralisia histérica do braço ou da perna desobedece conhecimentos básicos de tal ciência, guiando-se pelo senso comum.

"Três Ensaios de Teoria Sexual" lido hoje em dia é um texto curioso devido às várias edições em que partes eram acrescentadas, suprimidas ou substituídas conforme as reformulações ocorridas no percurso freudiano. Assemelha-se a certas obras arquitetônicas antigas, que sobreviveram a várias épocas, sendo em cada uma delas adaptadas e alteradas para o uso em questão, e seu resultado final é uma mescla de estilos superpostos, que para o leigo não permite ver a edificação original. Assim é esse texto: há quebras de estilo e de conteúdo, no que foi interpolado ao texto original. Não chega a haver incongruências pois Freud é cuidadoso com isso, mas a quebra da retórica argumentativa - que é o seu forte - deixa ver no implícito solavancos na argumentação. É rico por isso, e os acréscimos são peças relevantes e valiosas, mas gostaríamos de esquecê-las um pouco e olhar para o texto original, visando mostrar como foi edificado, através de que método foi construído o conhecimento ali contido.



Quando Freud opta pelo termo psicanálise para nomear o novo saber que produz em detrimento do termo metapsicologia, que passa a nomear parte desse saber, prioriza, como dissemos em nosso primeiro capítulo, o método de investigação-tratamento, enfatizando a práxis que terá no conhecimento dela derivado e acumulado um nível mais ficcional, teórico, mas indubitavelmente com ela comprometido e dela indissociável. Em "Três Ensaios de Teoria Sexual" trata-se verdadeiramente de uma análise do sexual, no sentido preciso do termo, em que o sexual é decomposto em suas unidades menores, a partir da clínica psicanalítica e de algumas observações exteriores ao dispositivo. Se até então a histeria fora matriz do funcionamento psíquico, aqui as perversões é que desvelarão os componentes da sexualidade humana. É pelos desvios da sexualidade dita normal que Freud empreenderá um desatrelamento do sexual do instinto (cuja principal característica é a predeterminação do objeto e de seus fins), demonstrando que já na infância há vida sexual. Esta consiste em parcialidades que estarão presentes na vida adulta, sob a primazia do genital, sucumbindo ao recalçamento ou acedendo à sublimação no caso normal, assumindo a primazia na perversão, ou sendo recalçadas e produzindo sintomas na neurose.

A fórmula "a neurose é o negativo da perversão" é o articulador que permite lançar luz sobre as perversões, e o infantilismo da sexualidade neurótica é que lança luz à evidência até então negada da sexualidade infantil.

Na primeira edição o texto se organiza pela oposição sexualidade infantil, pré-genital, e sexualidade genital, em que as diferenças se dão no

arranjo dos elementos, pois a sexualidade genital é uma vicissitude da sexualidade pré-genital. Esta em realidade revela a composição da primeira. Por oposição teríamos:

sexualidade pré-genital: auto-erótica, parcial, sob o domínio de uma zona erógena

sexualidade genital: objetal, unificada sob a primazia do genital

De que forma estariam presentes os elementos da sexualidade pré-genital, corroborando o infantilismo da sexualidade?

Ora, pois se foi justamente através do encontro com esses elementos na clínica que fez de Freud um observador da sexualidade infantil, a análise do sexual a eles conduz.

Quando da integração dessas pulsões parciais sob a primazia do genital, há em parte recalçamento destas, em parte estas se apresentam na sexualidade genital como práticas preliminares, e, fato clínico, como fantasias. A semelhança das fantasias neuróticas com as práticas perversas levou Freud a formular que "a neurose é o negativo da perversão", e a semelhança das práticas perversas com as práticas sexuais infantis conduziu-o à formulação de que o bebê é um perverso polimorfo.

Em "Minha Tese Sobre o Papel da Sexualidade na Etiologia das Neuroses" (1906) Freud explicita a sua trajetória teórica, ou seja, a destituição da teoria traumática em benefício do infantilismo da sexualidade. As reminiscências que sofreriam recalçamento no segundo tempo de sua equação etiológica ressignificariam não a um trauma de

sedução ocorrido na infância, mas sim a fantasias originadas da sexualidade infantil. Fantasias infantis que permanecem na vida adulta e que marcam o caráter infantil da sexualidade humana, mesmo que recalçadas. O modo de incidência ou não do recalque será diferencial para a perversão, a neurose e a normalidade, e não a natureza mesma das pulsões, a qual é indiferenciada nessas três possibilidades aqui diferenciadas por Freud.

**“A *norma* resultou ser fruto do recalque de certas pulsões parciais e de certos componentes das disposições (constitucionais) infantis, e da subordinação dos demais sob à primazia das zonas genitais e a serviço da função da reprodução; as *perversões* correspondiam a perturbações dessa síntese por obra do desenvolvimento hiperpotente, e como que compulsivo, de algumas destas pulsões parciais; enquanto que a *neurose* reduzia-se a um recalque excessivo das aspirações libidinais. Como quase todas as pulsões perversas da disposição infantil eram, segundo o que se podia comprovar, forças formadoras de sintomas no caso da neurose, mas nesta se encontravam em estado de recalçamento {desalojadas}, pude caracterizar a neurose como o ‘negativo’ da perversão.”**  
(Freud, 1906, p. 269)<sup>2</sup>

A oposição sexualidade infantil X primazia do genital faz mais do que libertar a sexualidade da condição biológica reprodutiva. Enquanto oposição ela é eloqüente: originando-se na e com a infância, a sexualidade antecede a função biológica reprodutiva, havendo mesmo na primazia do genital uma primazia, inconteste, do infantil na sexualidade. É de um arranjo da sexualidade parcial que se compõe a sexualidade do adulto. No trecho acima, Freud fala de destinos possíveis na vida sexual do adulto e sua relação com as pulsões parciais.

O valor do auto-erotismo na teoria freudiana é, portanto, o de libertar a sexualidade da pré-fixação biológica. Contudo, a idéia de que na infância os objetos sexuais estejam ausentes não sobrevive nem a uma observação ainda que desatenta da vida infantil, nem a uma leitura mais lógica da teoria freudiana contida em "Três Ensaio". Pois o bebê tem no seio um objeto, mesmo que chupe o dedo auto-eroticamente, provindo inclusive da experiência prazerosa da amamentação a erogeneização da mucosa labial.

O que seria então o auto-erotismo? A partir da introdução do narcisismo, por contraponto, algo se aclara. Entre auto-erotismo e relação objetal há uma nova ação psíquica (Freud, 1914), em que o corpo é investido libidinalmente enquanto totalidade, unidade, imagem de si. No auto-erotismo é a parcialidade das zonas erógenas que é investida. Recorrendo à "Negação" (Freud, 1925-A), vemos que os objetos externos, perceptíveis enquanto tais para o observador, para o bebê não lhe são exteriores. O eu-prazer, que se constitui a partir do diferencial prazer-desprazer do auto-erotismo possibilitará o narcisismo e, através deste, o caminho para a relação objetal. O juízo de atribuição precede o juízo de existência. Os objetos são constitutivos do eu, pois nesse funcionamento os objetos que existem são os que são bons para o eu, algo como "se é bom, é eu", o qual será o primeiro objeto libidinal.

Em "As Neuroses de Transferência" (Freud, 1915\*), manuscrito publicado há pouco, Freud estabelece diferenças entre os impulsos sexuais e os impulsos do eu. Os primeiros podem prescindir dos objetos

exteriores, satisfazendo-se auto-eroticamente. Já o eu sempre depende dos objetos, já que é fruto da relação com o mundo externo, e dele depende para a sua sobrevivência. Essa porta aberta para fora que é o eu não cabe nos limites da necessidade, embora Freud remeta ao instinto de auto-conservação nesse texto. Basta lembramo-nos de duas coisas: primeiro, que o eu é objeto de investimento da libido, de certa forma o eu-prazer é o primeiro objeto; segundo, que a dependência será a base de relação do eu com o supereu mais do que com a realidade, pois no "Projeto" (Freud, 1895-A) está posto que o desamparo é a origem de todos os motivos morais, o que desenvolvermos mais adiante. É por ter que renunciar ao narcisismo que o eu recalcará desejos sexuais, tornando-se assim mais conforme a seu ideal, que será a sua forma de recuperar o narcisismo infantil perdido. O eu corresponde, portanto, à compulsão associativa de Eros, que unificará o corpo parcial do auto-erotismo. Projeção de uma superfície, do corpo, portanto não lhe sendo idêntico, é esse o modo de o eu ser, como é, fundamentalmente, corporal.

A relação objetual pressupõe portanto o narcisismo, um eu constituído. A partir da perda do objeto, isto é, da condição que possuía o objeto no eu-prazer, de lhe ser constitutivo, é que haverá o encontro do eu com o objeto externo, o qual será sempre um reencontro. Reencontro porque já houve o objeto que constituiu o eu, mas encontro porque nessa ocasião ainda não havia o eu.

### 3 - AS ZONAS ERÓGENAS

Ao produzir a inclusão da histeria na medicina, Charcot tornou solúvel o laço existente entre histeria e sexualidade, ao menos no seu discurso médico.

**“Charcot não fez apenas da histeria uma doença nervosa entre outras, como também seus estudos clínicos permitiram descobrir, para surpresa geral, que essa enfermidade não era privilégio das mulheres. Ao romper a relação - apesar de estabelecida desde a antigüidade e inscrita na etimologia - entre útero e histeria, Charcot dessexualizou a doença (...)” (Chertok, p. 52)**

Contudo, foi o próprio Charcot, na liberdade de uma conversa informal entre homens, que assinalou para Freud a relação entre histeria e sexualidade. Caráter esse claramente afirmado em “A Psicoterapia da Histeria”, na qual a direção da etiologia sexual das neuroses já havia sido tomada por Freud, inclusive nos seus estudos sobre as neuroses atuais.

Assim, desde Charcot, informalmente, ou até mesmo em algumas de suas observações clínicas, como sua descrição da zona histerógena, alguns aspectos da sexualidade na histeria foram mantidos.

A zona histerógena é definida inicialmente por Freud como uma parte do corpo tornada erógena, no lugar da parte que o seria de direito, isto é, os genitais. Devido ao recalçamento da sexualidade, nesse momento de teorização de Freud tomada como genitalidade, outra parte do corpo assume as características de excitabilidade dos genitais.

Em “Três Ensaios de Teoria Sexual” (1905), ao explicar a facilidade de deslocamento da libido, da erogeneidade para regiões corporais diversas, Freud faz uma aproximação entre zona erógena e zona histerógena, dizendo possuírem ambas as mesmas características. Ou seja, mantém-se válida a idéia de que na histeria uma parte do corpo assume as características de excitabilidade dos genitais. Contudo, diferentemente do modelo anterior, a sexualidade não é idêntica à genitalidade. A possibilidade de um tal deslocamento se deve justamente ao caráter infantil da sexualidade, a qual, mesmo que sob a primazia do genital é composta de pulsões parciais, referida às zonas erógenas, as quais são nesse caso recalçadas, sublimadas e também submetidas a essa primazia.

Vemos, portanto, que a histeria trouxe questões que derivaram, juntamente com outras observações internas e externas ao dispositivo, ao infantilismo da sexualidade, à disposição perverso-polimorfa do bebê. Na zona histerógena há um refluir para as zonas erógenas.

Se assumirmos a aproximação de zona erógena e histerógena como verdadeira, uma articulação deve ser feita: *a conversão histérica é o ponto terminal* de um processo simbólico, no qual a energia separada da idéia recalçada é convertida em sintoma corporal; *a zona erógena é ponto inicial* do funcionamento psíquico, é fonte da pulsão.

A histeria e determinadas práticas perversas oferecem maior visibilidade à existência de zonas erógenas. Diz Freud (1905):

**“No caso das inclinações perversas que reclamam valor {Bedeutung} sexual à cavidade bucal e ao orifício anal, o papel da zona erógena é visível e sem dificuldade alguma. Em tudo comporta-se como parte do aparelho genital. No caso da histeria, estas partes do corpo e as mucosas que a elas correspondem se convertem na sede de novas sensações e alterações de inervação - e até de processos comparáveis à ereção - em tudo similares às dos genitais verdadeiros sob a excitação dos processos normais.” (p.154-155)<sup>3</sup>**

Freud reivindica, entretanto, para as demais neuroses a importância das zonas erógenas:

**“Dentre as psiconuroses, é na histeria onde é ressaltada mais nitidamente a significação das zonas erógenas como aparelhos colaterais e sub-rogados dos órgãos genitais; mas isso não implica afirmar que devam ser subestimadas nas outras formas de enfermidade. Nestas (neurose obsessiva, paranóia) é somente menos nítida, pois a formação de sintoma se encontra nas regiões do aparelho anímico mais distantes dos diversos centros que regem o corpo. Na neurose obsessiva o mais chamativo é a importância dos impulsos, os quais criam novos fins sexuais e parecem independentes das zonas erógenas.” (Freud, 1905, p. 155)<sup>4</sup>**

Recorrendo ao conhecimento obtido em outros textos de Freud, depreendemos dos trechos acima que no caso da neurose obsessiva determinada zona erógena (ânus) é fonte da pulsão na medida em que exige um trabalho, cujo caráter de exigência fica expresso nos impulsos, que se dá sob a forma de mecanismos próprios desta forma de neurose (por exemplo, isolamento, mandamentos, rituais), formando assim sintomas através dos quais é obtida a satisfação sexual. A conexão entre zona erógena e sintomas neuróticos é claramente afirmada por Freud nos



trechos citados, mas não é evidente, razão pela qual ele utiliza somente a histeria e determinadas perversões para demonstrar tal conexão, e a estende às demais neuroses.

Essa conexão compreende a estruturação do eu em organizações libidinais, as quais, mesmo avançando ao longo das fases (oral, anal, fálica), deixarão os traços de seus laços libidinais que permanecerão investidos na fantasia. Cada nova fase guarda marcas da que lhe foi precursora, e as ressignifica. Ante o temor à castração pode se dar uma regressão a uma organização libidinal anterior, mas que guardará as marcas de onde partiu. É desse modo que a equivalência seio-fezes-pênis-bebê é totalmente cabível no inconsciente, como vemos nas considerações que faz sobre aspectos do erotismo anal na sexualidade feminina:

**"Mas o pênis possui também uma significação anal erótica independente do interesse sexual infantil. Com efeito, o nexa entre o pênis e o tubo de mucosa preenchido e excitado por ele encontra já seu protótipo na fase pré-genital, sádico-anal. O bolo fecal (...) é por assim dizer o primeiro pênis, e a mucosa excitada o reto." (Freud, 1917-B, p. 121)<sup>5</sup>**

E ainda :

**"Quando o interesse pelas fezes retrocede de forma normal, a analogia orgânica aqui exposta faz com que aquele se transfira ao pênis. Se logo a investigação sexual averigua que o filho nasceu do intestino, ele passará a ser o principal herdeiro do erotismo anal, mas o predecessor do filho havia sido o pênis, tanto neste como naquele sentido." (Freud, 1917-B, p. 121)<sup>6</sup>**

Em "Pulsões e Destinos da Pulsão" (Freud, 1915) nos são apresentados os componentes da pulsão: pressão, fim, objeto, e fonte. A fonte seria o processo somático desenvolvido em alguma parte do corpo e que se faz representar para o psiquismo pela pulsão, que, como dissemos, é para o psiquismo uma exigência de trabalho. Esta só se dá a conhecer para a psicanálise através dos seus fins, do funcionamento psíquico por ela engendrado. Aqui como em outros lugares Freud divaga sobre a possível natureza química de tais processos e termina por afirmar que o estudo das fontes da pulsão é exterior ao campo do saber psicanalítico.

A diversidade das pulsões não provém de uma variedade qualitativa que lhes seja intrínseca, sendo portanto qualitativamente idênticas, variando em magnitudes de excitação, e se devendo as diferenças constatadas à variedade de suas fontes. Se nos detivermos um pouco nessa afirmação, temos que fazer uma disjunção entre pulsão e fonte, já a primeira não apresenta variação qualitativa, e a segunda é responsável por lhe emprestar essa variedade. Embora a pulsão pareça provir de uma fonte - processo somático desenvolvido em alguma parte do corpo que se faz representar psiquicamente pela pulsão - tem, ao menos no plano conceitual, uma independência em relação à fonte, isto é, não é uma transposição pura e simples do somático para o psiquismo.

A distinção entre estímulo externo e pulsão é desenvolvida nesse texto. O estímulo é exterior e momentâneo, e é possível afastar-se dele. A pulsão é interna e constante, da qual o psiquismo não pode se subtrair. Diante da pulsão, isto é, sempre, só lhe resta por-se a funcionar.

“Por isso estabelecem [os estímulos pulsionais] exigências muito mais elevadas ao sistema nervoso, e levam-no a atividades complexas, concatenadas entre si, que modificam o mundo exterior o suficiente para que satisfaça à fonte interna de estímulo. E sobretudo, o obrigam a renunciar a seu propósito ideal de manter afastados os estímulos, já que produzem um afluxo continuado e inevitável deles.” (Freud, 1915, p. 116)<sup>7</sup>

A vigência do Princípio do Prazer que faz tender o aparelho psíquico a um quantum mínimo de energia pressupõe uma descarga na consecução das tais atividades complexas, e esta depende do ponto terminal de tais atividades, o qual inclui sempre de alguma forma o corpo, seja sob a forma de uma conversão, de um afeto, ou de uma ação. Qualquer que seja o modo pelo qual o ponto terminal se apresente, este tem como consequência algum efeito no mundo exterior, modificando-o para satisfazer à fonte de estímulo interna. Este efeito certamente retorna sobre o psiquismo, sobre a fonte, provendo-lhe a satisfação. Desse modo, o modelo freudiano é um modelo, indubitavelmente extremamente complexo, de *feed-back*, como propõem Pribman e Gill (1976), em sua análise do Projeto de 1895.

Se a pulsão sexual torna erógenas zonas que servem a funções corporais, isso não nos conduz a uma visão de pré-fixação e determinação apriorística da sexualidade, pois a enorme plasticidade e mobilidade das satisfações sexuais, aqui tomadas em seu sentido freudiano, fortalece a idéia de uma indeterminação de objetos e fins sexuais. Assim, as zonas erógenas são aqui entendidas como zonas tornadas erógenas.

Em “Três Ensaios de Teoria Sexual” (Freud, 1905), sob o título de “Fontes da Sexualidade Infantil”, são elencadas três origens para a excitação sexual.

“a) como marca de uma satisfação vivenciada na origem de outros processos orgânicos.

b) por uma apropriada estimulação periférica de zonas erógenas.

c) como expressão de algumas ‘pulsões’ cuja origem ainda não compreendemos bem (p. ex., a pulsão de ver e a pulsão de crueldade.” (p.182)<sup>8</sup>

A seguir, afirmada a existência de excitabilidade em toda a superfície corporal, são listadas origens de produção de excitação sexual, e em certos casos as partes do corpo sobre as quais estas incidem. Curiosamente, não são origens internas ao organismo, químicas, por exemplo, mas sim origens que poderíamos qualificar de externas, as quais fazem o corpo ou partes dele sofrerem um processo excitatório.

Nesse sentido a excitação que exige trabalho psíquico ou satisfação auto-erótica teria origem interna ou externa? Se a pulsão é a relação entre o psíquico e o somático, sob a forma de exigência, mas não tem em sua natureza, no que lhe é próprio, características dessa fonte, estas vindo a ela agregar-se conferindo-lhe matizes qualitativos, o que seria, afinal de contas a pulsão?

Definida como exigência de trabalho imposta ao psiquismo, a pulsão sexual não tem para com a fonte a relação de uma simples extensão. Parece depender também das excitações vindas de fora, porém

também das pulsões de contemplação e de crueldade. Freud assinala em “Três Ensaios de Teoria Sexual” que as pulsões parciais não são de natureza primária, isto é, provavelmente podem ser decompostas em unidades ainda menores, o que é coerente com o que vínhamos trabalhando até então.

Elia (1995) resgata um trecho suprimido em 1915, na terceira edição de “Três Ensaios de Teoria Sexual”, o qual elucidaria bastante essa problemática:

**“Além de uma ‘pulsão’ não sexual em si mesma, proveniente de fontes motoras de impulso, se distingue nelas [nas pulsões parciais] a contribuição de um órgão que recebe estímulos (pele, membrana mucosa, órgão dos sentidos). Este último deve ser designado aqui como zona erógena: o órgão cuja excitação confere à pulsão um caráter sexual.” (Freud, 1905, p.153)<sup>9</sup>**

Este trecho, suprimido, detém em si o ponto de amarra de várias questões indicadas neste texto. Está clara aí a distinção entre o impulso motor, o qual ressaltávamos no início deste capítulo, e a excitabilidade. Está nítido que a zona erógena tal qual a zona hysterógena é uma zona tornada erógena, coerentemente com a primeira e a segunda fontes da sexualidade, a saber, a satisfação experimentada com conexão com outros processos orgânicos e por um apropriado estímulo periférico das zonas erógenas. O impulso motor, responsável pelo caráter ativo da pulsão, é que tem a impelência de uma exigência. Desde a origem entre impulso e ação, devido a completa dependência do bebê humano que esteve sob a ação de alguém que lhe cuidasse, houve um psiquismo se constituindo. O

que antes era impulso motor e capacidade de excitabilidade, sofreu, a partir das sensações vividas grafadas por um diferencial prazer-desprazer a agregação de traços mnêmicos. Isto é, sem perder o seu caráter ativo, o impulso motor passa a representar a exigência não só de ação mas de um trabalho psíquico.

A exigência da pulsão é uma força constante. Sua plasticidade reside no investimento desta ou de outra parte do corpo. Deste modo, o caráter de fonte da zona erógena provém do componente de impulso motor conjugado com a existência da propriedade do corpo de reter excitações, constante também enquanto propriedade. Propriedade do corpo, não aprisiona a pulsão em uma região fixa, mas estará sempre em alguma parte do corpo. Pressupõe, contudo, algo que venha fazer valer essas propriedade, isto é, excitar determinada região corporal, erogeneizá-la.

Essa plasticidade da erogeneidade do corpo contudo nos força a um passo adiante. Pois se é possível após o estabelecimento da primazia do genital, o recalçamento recaindo sobre os genitais, vir uma outra parte do corpo assumir suas características de erogeneidade, a determinação da zona erógena dependerá de todo um processo complexo e dinâmico no qual entram em jogo as redes de representações do psiquismo. Ora, não é o genital que é recalçado, não é a parte do corpo que sofre recalque, é a parte ideativa do desejo sexual ligado à genitalidade. E é a via representacional que dará os trilhos para a paralisia de uma perna, ou para uma dispnéia, por exemplo. No caso de Elizabeth Von R., em "Estudos sobre a Histeria" (Freud, 1905), por exemplo, trata-se de uma

sobredeterminação simbólica, engendrando sintomas que conjugados, produzem as dores e a dificuldade de caminhar da paciente. Freud pressupõe que houve um primeiro acometimento de dor na perna exclusivamente orgânico, sem participação psíquica, relacionado ao fato de a paciente caminhar no chão frio com os pés descalços à noite, para cuidar do pai doente. Mas na sua reedição como sintoma histérico, todo um enlace representacional foi descoberto por Freud. Por exemplo, o conflito entre cuidar do pai e encontrar-se com o rapaz por quem se interessava, se acirrou quando, após sair para uma reunião social e nela demorar-se para privar da companhia desse rapaz, encontrou ao regressar à casa o estado de saúde do pai agravado. Era sobre a perna direita que apoiava as bandagens quando fazia o curativo do pai. Era essa também a primeira perna a ser atingida mais gravemente pelas dores na conversão. Freud diz serem as pernas nesse caso zonas histerógenas. Em "Fragmento de Análise de um Caso de Histeria" (Freud, 1905-A), o "Caso Dora", vemos na formação do sintoma da dispnéia um processo semelhante:

**Teve -a [a dispnéia] pela primeira vez após ter se cansado em uma excursão pela montanha, durante a qual provavelmente sentiu em alguma medida uma falta de ar real. A isto se somou a idéia de que ao pai estava proibido subir montanhas, pois não podia cansar-se por causa de sua hipopnéia; depois, a lembrança de quanto havia se cansado à noite com a mãe (não lhe teria feito mal?); ademais, a preocupação de que ela mesma se cansara demais com a masturbação, que igualmente levava ao orgasmo com algo de dispnéia, e, por último, o retorno recrudescido desta dispnéia como sintoma." (Freud, 1905-A, p. 71)<sup>10</sup>**

A conexão de uma atenção voltada para uma parte do corpo devido a algo sentido, ouvido, falado, visto e pensado em relação a esta é que abrirá a via para a consecução do sintoma corporal, no qual desejo e defesa contra o desejo estão representados. Portanto, a erogeneização de uma zona corporal depende dos processos psíquicos. Desse modo também, a pulsão não está presa nesta ou noutra parte, e sim investirá esta ou outra parte, que terá modificações de sensibilidade, e o fará em conexão com os processos psíquicos. Este investimento corporal é assim por eles guiado, articulado ao nível representacional, mas não é idêntico a ele. Ele existe corporalmente. No caso da histeria é o ponto terminal e ligado à representação de um desejo sexual.

Interessante justapor a questão de ser a pulsão apenas quantitativa ganhando variedade qualitativa da variedade de fontes, de zonas erógenas com a questão da qualidade do afeto. Este é tratado por Freud como consciente, efeito da descarga, ou como energia (quota de afeto) circulante no aparelho, que investe as representações, mesmo inconscientes. Não há para Freud recalque do afeto, mas tão só e exclusivamente recalque do componente ideativo da pulsão. Como pode então referir-se a “sentimentos inconscientes”? Laplanche (1987) propõe uma solução, embasada em Freud, que em verdade parece ser a única possível: o afeto, representante da pulsão, é quantitativo, seu caráter qualitativo provém das representações/Em suas palavras :

**“Teoricamente, deve-se admitir que aquilo que especifica qualitativamente o afeto, que o torna isto ou aquilo (alegria, receio, ciúme, etc.) são representações, cenas, montagens (aquilo a que se dá o nome de ‘fantasias’) em que a energia está**



comprometida e lhe confere justamente essa tonalidade particular" ( p. 67)

Assim poderíamos pensar que a pulsão, que se faz representar no psiquismo por idéia e afeto (energia), seria a conjugação de um impulso motor tendente à descarga (energia) e as representações, as quais provêm da erogeneização do corpo, articuladas numa rede que obedece a determinadas leis de funcionamento. O aparelho se põe a funcionar movido por esse impulso. Pulsão, então implicaria idéia e afeto, ou, a bem dizer, a relação entre ambas. A zona erógena, portanto, depende também da rede representacional.

Vejamos agora o caso da hipocondria. Em 1914 a erogeneidade, até então propriedade possível de toda a superfície corporal, estende-se aos órgãos internos. Isso acarreta o que em 1938 é expresso por Freud como todo o corpo sendo erógeno. Na hipocondria a libido investe um órgão, provocando sensações por vezes dolorosas, e principalmente uma alteração na sensibilidade, o que é aproximado por Freud à excitação dos órgãos genitais. Essas sensações têm o poder de concentrar sobre o órgão que as sedia a atenção da pessoa que as sente.

**"Denominemos agora a atividade pela qual um lugar do corpo envia à vida anímica estímulos de excitação sexual, sua *erogeneidade*; e assim além disso reparamos que, pelas elucidações da teoria sexual estamos familiarizados já há muito com a concepção de que alguns outros lugares do corpo - as *zonas erógenas* - podem ser sub-rogados dos genitais e se comportar de forma análoga a eles, iremos aventurar aqui só mais um passo. Podemos decidir-nos a considerar a erogeneidade como uma propriedade geral de todos os órgãos, e isso nos autoriza então a falar de seu aumento ou diminuição**

em uma determinada parte do corpo. A cada uma destas alterações da erogeneidade no interior dos órgãos poderia ser-lhe paralela uma alteração do investimento libidinal do eu.” (Freud, 1914, p. 81)<sup>11</sup>

Na hipocondria, tal qual na doença orgânica, há uma retração da libido que investia os objetos para o órgão afetado. A diferença entre ambas reside no fato de que na hipocondria há as sensações dolorosas sem que o órgão esteja doente. Sendo assim, essa retração da libido decorre de um investimento da libido sobre o órgão, de uma erogeneização do órgão em questão, à qual corresponde um funcionamento psíquico. O que seria exatamente esse investimento libidinal do órgão? Dissemos no capítulo anterior que a hipocondria é a terceira neurose atual proposta por Freud, ao lado da neurastenia e da neurose de angústia. Seria a contrapartida somática da psicose. Qual o caráter somático da hipocondria? Freud refere-se a alterações químicas provocadas pelo investimento libidinal, as quais ainda não é possível explicar. Contudo, se as alterações químicas são *provocadas* pelo investimento libidinal, elas não são idênticas a esse investimento.

A aproximação entre hipocondria e retraimento narcísico da libido também é encontrada no artigo metapsicológico “O Inconsciente” (Freud, 1915-A). Ali Freud refere-se a casos de psicose envolvendo preocupações hipocondríacas. Em “Complemento Metapsicológico à Doutrina dos Sonhos”, há também uma observação bastante interessante sobre o sono enquanto um estado narcísico:

“Compreensível, do mesmo modo, torna-se a capacidade diagnóstica do sonho, universalmente reconhecida e julgada enigmática: no sono, padecimentos corporais incipientes são sentidos muitas vezes e com maior nitidez do que na vigília, e todas as sensações corporais atuais se apresentam agigantadas. Esta amplificação é de natureza hipocondríaca, e tem por premissa que todo investimento psíquico se retirou do mundo exterior para o próprio eu; de tal modo, possibilita o conhecimento antecipado de alterações somáticas que na vida de vigília passariam inadvertidas ainda durante algum tempo.”

(Freud, 1917-A, p. 222 - grifos nossos)<sup>12</sup>

Curiosamente, parece-nos haver uma equivalência entre hipocondria e amplificação das sensações somáticas. A erogeneização parece depender, de certo modo, da atenção voltada para determinado órgão. Estamos aqui entendendo por atenção a consciência, tomada separadamente do pré-consciente, como sistema cuja permeabilidade exige que não seja capaz de memória, de deixar registro, e que tem a função também de camada protetora, tal qual desenvolve Freud em 1920./

/ Pensamos que há algumas conseqüências para se pensar as relações existentes entre as neuroses atuais e as psiconeuroses. Em outro lugar (1917) diz Freud que, tal qual a doença orgânica, uma neurose atual pode anteceder o surgimento de uma psiconeurose, e ainda na “Introdução ao Narcisismo” (1914) refere-se à histeria como superestrutura da neurose de angústia. Dada tal intimidade entre as duas categorias de neurose, a relação entre ambas está longe de ser de exclusão. Tampouco podemos incorrer na simplificação de relegar as neuroses atuais a um plano corporal exterior à psicanálise, um plano orgânico./A alteração química sim, o investimento libidinal não. Pois é claríssimo que no caso da

hipocondria trata-se de uma erogeneziação dos órgãos, de libido. Interessa portanto à psicanálise as alterações na distribuição da libido, as quais implicam no envio de sensações de excitação à vida anímica.

Comparando hipocondria e histeria, poderíamos aproximá-las na medida em que em ambas há o investimento libidinal em determinada parte do corpo, isto é, determinada parte do corpo é erogenezada. Contudo, a analogia aí se detém. Os processos psíquicos são bastante distintos. Na histeria teríamos que destacar o recalçamento com a conseqüente amnésia da idéia recalçada e a formação de sintomas por um processo de substituição simbólica. Na hipocondria teríamos, tal qual em outra neurose atual, a neurose de angústia, teríamos a angústia hipocondríaca. A atenção sobre a parte do corpo afetada está presente na histeria, porém apenas em uma etapa que antecede a feitura do sintoma, como nos casos que tomamos como exemplo. Uma vez estabelecido o sintoma histérico parece haver mesmo certa indiferença por ele, o que chega a ser o oposto na hipocondria.

## **PARTE II - CORPO E IRREPRESENTABILIDADE**

### **1- EXTERIORIDADE E IRREPRESENTABILIDADE**

Dissemos no nosso segundo capítulo que ao se realizar um trabalho conseqüente não se poderia descartar a teorização das neuroses atuais, não como autonomia nosográfica, mas como questão a ser discutida. Relacionamos isso ao conceito de pulsão. Na seção anterior procuramos discutir o que seria a participação do corpo na confecção dos sintomas psíquicos. Vimos que nas psiconeuroses ( e na psicose) há um substrato somático, o qual se apresenta sob o conceito de zona erógena enquanto fonte da pulsão que exige um trabalho ao psiquismo, mas também como ponto terminal desses processos, relacionado ao pólo motor. Mesmo o sintoma histérico que tem um caráter de representação, condensação de desejo e defesa, apresenta esse ponto terminal de descarga corporal, seja pela conversão, como paralisia motora ou ataque histérico, por exemplo. Na neurose obsessiva essa descarga é muitas vezes motora. Derivam os processos psíquicos, tão mentais no obsessivo, em ações, geralmente de fazer e desfazer um feito, ou de modo mais condensado, como satisfações substitutivas, em rituais.

Mesmo na histeria, Freud se refere a modificações de inervações para produzirem tais sintomas. Por isso não é nada tão espantoso que Freud diga que na hipocondria a amplificação das sensações somáticas implica em alterações químicas. A erogeneização de uma parte do corpo acarreta modificações corporais. Desse modo, o corpo é modificado pelo

psiquismo, já que a erogeneização depende, como vimos da constelação e da dinâmica representacionais. Contudo, essas alterações, bem como qualquer alteração ocorrida por excitação sexual, não pertencem ao campo de estudo da psicanálise. Nem a química, nem a fisiologia. O que é do campo do estudo da psicanálise é a articulação dessas alterações somáticas ao psiquismo, quando a ele se apresentam, seja como zona erógena, ou como dor, etc. Nesse sentido, o corpo na psicanálise dista léguas do corpo da medicina: ele chega ao psicanalista através do sujeito, na dimensão de sua articulação com o psiquismo, e não como objeto de estudo e experimentação direta, que afinal de contas não deixa mesmo aí de ser um constructo.

Definimos a pulsão como um conceito, idêntico à relação mesma entre o psíquico e o somático, relação esta de exigência de trabalho. Procuramos decompor a pulsão, recorrendo a rastros deixados sobretudo em "Três Ensaio de Teoria Sexual" (Freud, 1905), onde esse conceito está muito próximo ao de excitação sexual, e recorreremos também ao resgate feito por Elia (1995) de um trecho suprimido por Freud na terceira edição desse texto (1915), trecho este que se mostrou bastante elucidativo, propiciador mesmo de uma coerência maior de alguns aspectos da teoria freudiana. Vimos que a pulsão seria oriunda de um impulso motor, portanto tendente à descarga, conjugado com a capacidade do corpo de receber excitações. Isso tornou coerentes as exemplificações de Freud de fontes externas da sexualidade infantil, fontes de excitação sexual. Tornou coerente também o fato de a pulsão ser invariante, impulso exigindo trabalho por força da necessidade de descarga, provindo a sua variedade da diversidade de fontes. Tornou coerente ainda a

facilidade de deslocamento de uma zona erógena a outra, como na hipocondria ou no sintoma histérico, onde alguma região do corpo assume as características de excitabilidade dos genitais, e tal sucede em dependência do sistema representacional. Isto é, o corpo é o ponto de partida, mas já é um corpo modificado pela existência de um psiquismo, pois entre impulso e ato, esteve sempre na origem uma relação de dependência radical, e as representações se constituíram nessas condições, a partir de um diferencial prazer-desprazer. Isso deixa patente não só a tão falada inexistência de um objeto adequado pré-fixado, como também a ausência de uma ação específica pré-determinada.

Contudo, em que pese o tamanho da dimensão representacional existente no sintoma ou na zona erógena, ela não lhe é idêntica, do mesmo modo que não o é ao impulso motor. A dimensão representacional o engendra, está articulada a ele, mas não está nele. Caso contrário não falaríamos de complacência somática, por exemplo, indicando estar o corpo ao serviço do psiquismo. Do mesmo modo que não estamos falando de neurônios e trocas sinápticas quando nos referimos ao funcionamento do inconsciente. Foi por libertar-se dos grilhões da medicina que Freud pôde avançar seu método de investigação-tratamento, fazendo uso do constructo teórico, do conceito fundamental de pulsão. A questão é que o que é do corpo, inclusive as sensações, será apreendido psiquicamente por uma rede de representações regidas por uma lógica, a lógica do inconsciente.

O título "Algumas conseqüências Psíquicas da Diferença Anatômica Entre os Sexos" (Freud, 1925) é bastante elucidativo do que

acabamos de tentar explicitar. A anatomia genital, que já é uma apreensão da ciência médica, será apreendida pelo psiquismo enquanto diferença, tal qual na medicina, mas não de dois órgãos sexuais, e sim da presença e ausência de um: o pênis. Vemos aí claramente que há uma apreensão psíquica do corporal, regida por todo um sistema simbólico que desrespeita a concretude do corpo, embora nela se apóie.

A importância da possibilidade de decomposição da pulsão em unidades menores não provém apenas, embora apenas isso já a justificasse, da coerência que confere aos pontos que destacamos. Provém também do fato de trazer mais uma fundamentação da pulsão de morte, teorizada posteriormente por Freud. Pois a pulsão de morte não é uma pulsão sexual, erógena, mas é pulsão. Por quê? Lembremo-nos que o impulso muscular motor é acrescido de uma erogeneização para se tornar libido. Pois bem: o caráter de força constante, de impacto contínuo ao psiquismo está presente na pulsão de morte, sendo de certa forma a impelência de exteriorização essa característica comum a ambas as classes de pulsão. No caso da libido a exteriorização se dá através do trabalho psíquico, e este decorre da condição do aparelho de reter através da distribuição da energia para por fim escoá-la. A pulsão de morte seria sempre satisfeita por exteriorização direta se não houvesse o aparelho psíquico. Contudo, é devido à ausência de objetos e ações adequadas que o psiquismo necessariamente se constitui. Nesse caso, não teríamos pulsão de morte ou libido, mas tão somente instinto.

Diferencia-se a pulsão de morte da libido precisamente por não se vincular às representações articuladas, enquanto sistema. É muda,



silenciosa, mas implacável. Impulso de destruição porquanto não é passível de elaboração através do trabalho psíquico. Vem portanto exigir um trabalho que não pode ser feito. É anterior ao estabelecimento do Princípio do Prazer, o qual pressupõe a vinculação da excitação que rompeu a camada protetora e teve teor traumático. A compulsão à repetição, motor clínico de sua teorização por Freud, fica explicada não por uma satisfação inconsciente (prazer em um sistema e desprazer no outro), mas pela tentativa, nunca plenamente bem sucedida de vincular a energia, de secundarizá-la (Freud, 1920).

Vejamos isso com mais vagar. Guillaumin (1992) trabalha a não-representabilidade na psicanálise, pelo que pudemos depreender, como sendo aquilo cujo sentido não pode advir no discurso do sujeito. Deste modo define três formas disso se apresentar na teoria freudiana. A primeira nos interessa particularmente neste momento por ser uma teoria basicamente econômica da irrepresentabilidade, expressa nos primeiros escritos freudianos. Tanto na teorização presente em "Estudos Sobre a Histeria" (Freud, 1895), como no "Projeto de Psicologia" (Freud, 1895-A), o irrepresentável é um núcleo traumático de excitação, de traços irrepresentáveis por sua comunicação com as demais representações existentes no momento da ocorrência do trauma ser impossibilitada. O escoamento do quantum não se dá pelas vias comuns. Destacamos aqui o caráter de corpo estranho, de exterioridade do traumático enquanto proveniente do exterior do sistema de representações funcionante.

Em "Estudos Sobre a Histeria" trata-se de uma cena, uma situação ou um pensamento cuja carga excitatória atinge o psiquismo, e dada a sua

incompatibilidade com o eu ou impossibilidade de descarga é dele alijado constituindo-se em um grupo psíquico separado. Privado do comércio com as demais representações, o núcleo traumático não se desgasta energeticamente, e encontra descarga pela via do sintoma. Eis aí uma teoria simples da economia psíquica.

Já no "Projeto de Psicologia" a complexidade se faz presente. Longe de ambicionar aqui expô-la, retomaremos alguns pontos, pontos esses resgatados por Freud em 1920. Garcia-Roza (1991) defende que a questão econômica nele presente mais se relaciona com a intensidade do que com a quantidade propriamente dita, embora ressalve o quanto Freud é impreciso no uso dos termos. Mas a idéia de intensidade é certamente mais fiel ao projeto freudiano. Carlos Paes e Barros propôs em suas aulas a seguinte fórmula:

$$I = Q / C$$

onde temos:

I = intensidade; Q = quantidade; C = estrutura

Frente às magnitudes de excitação provenientes do interior do corpo, o psiquismo só pode lhes reduzir a intensidade, distribuindo-as, fragmentando-as pelos neurônios. Quanto maior a rede de distribuição de vias facilitadas, menores e mais toleráveis os níveis de intensidade. A questão não é a quantidade pura e simples, mas sua relação com a capacidade de distribuição estruturada. O modo do psiquismo suportar as

quantidades é, portanto, reter e escoar para então chegar à ação específica, uma vez que o bebê não dispõe de ações próprias eficazes.

O "Projeto de Psicologia", que escapou do fogo que Freud quis atear-lhe, é de certo modo um projeto fracassado. O exemplo dado da jovem Emma sustenta-se no atrelamento à maturação biológica, embora seja uma peça preciosa da teoria do trauma que só se constitui a posteriori, enquanto ressignificação. Não acedendo na infância ao significado sexual do atentado sofrido em uma confeitaria, o núcleo de representações se mantém isolado. Só na puberdade é que a conexão se faz através de outras representações (interesse sexual, loja, roupas), as quais ressignificam a cena infantil, constituindo-a então como traumática e geradora de sintomas. A dificuldade é, nesse modelo, explicar o porquê da necessidade da manutenção da inacessibilidade da cena infantil.

Quando a realidade psíquica ganha toda a sua dimensão na teoria freudiana, a idéia de uma cena traumática ocorrida, como que se impondo do exterior para o psiquismo, se esmaece. A irrepresentabilidade, de acordo com Guillaumin (1992) - é essa sua segunda forma de se apresentar - , se relacionará ao que denomina "germes de representação": histórias, mitos e fantasias legados pela família ou pela humanidade, anteriores à história pessoal, desconhecidos pelo sujeito. Será dada a conhecer pelos afetos manifestos, cuja conexão com esses germes de representação de que se originam é inacessível. A ressignificação destes últimos se dá ao longo da história do sujeito, reedição da fantasia, e por ela mesma exigida. Isso é aproximado pelo autor com o recalque

originário, de certo modo exterior ao aparelho e pólo de atração para as demais representações, desse modo guiando sua estruturação.

Desde seus primórdios, sempre houve na teoria psicanalítica um núcleo inacessível, seja como concentrado de excitação ou como representação incapaz de consciência. A explicação filogenética das profantasias, mantida até o fim, não contempla o aspecto econômico. Quando Freud afirma que há a tarefa preliminar ao estabelecimento do Princípio do Prazer de vincular a energia às representações, por elas distribuindo-a e assim reduzindo a intensidade, todo um caminho se abre. A partir da neurose traumática, a qual se deveu uma invasão de excitação que o aparelho psíquico não comportava, estabelece seu modelo de constituição psíquica. A pulsão tem origem no corpo, diferentemente do estímulo, que é externo a esse corpo. Contudo, a pulsão, enquanto exigência, está para o psiquismo na posição de uma exterioridade, e este último nos seus primórdios não tem condições de escoá-la como o fará depois através de uma estrutura representacional. A pulsão tem, assim, o impacto de uma invasão de excitação, provinda do corpo, mas do exterior do aparelho, o que lhe confere um caráter traumático. O aparelho psíquico mobiliza então sua energia, procurando cercar a energia traumática de representações que devem estar carregadas para que as vias de facilitação dêem acesso à sua distribuição. Contudo, nem toda energia pode ser vinculada e escoada. Assim se apresenta a teoria econômica da pulsão de morte.

A conceituação de idéia e afeto é básica para toda a teoria freudiana. A zona erógena conjuga, como vimos, um impulso muscular

com a excitabilidade ativada de determinada parte do corpo, a qual depende da ação externa de um objeto que deixará a sua marca mnêmica. É portanto possibilitadora da vinculação de idéia e afeto, tão logo o eu, que se constitui dos restos dos laços objetais, se ofereça como objeto de investimento libidinal.

Freud postula a existência de uma moção de destruição, economicamente expressa em uma energia não vinculada. Essa pulsão teria o caráter conservador que faria tender o organismo para um retorno ao inanimado. Contudo esse propósito é perturbado pela existência de Eros, que agrega as representações vinculando a energia, e cujo objetivo é complexificar a vida e conservá-la. Em "O Eu e o Isso" (Freud, 1923) destacamos um trecho bastante interessante para a nossa discussão.

Referindo-se ao dualismo e à fusão das pulsões eróticas e destruidoras, diz Freud:

**"Como conseqüência da união dos organismos elementares unicelulares em seres vivos policelulares, haver-se-ia conseguido neutralizar a pulsão de morte das células isoladas e desviar para o mundo exterior, pela mediação de um órgão particular, as moções destrutivas. Este órgão seria a musculatura, e a pulsão de morte se exteriorizaria agora - provavelmente só em parte - como *pulsão de destruição* dirigida ao mundo exterior e a outros seres vivos."**(Freud, 1923, p. 42, grifos nossos)<sup>13</sup>

Se em 1923 Eros é um desvio da tendência à morte, algo que se acrescenta a essa tendência, é pertinente estabelecer com essa formulação

um paralelo à que Freud suprimira na terceira edição de "Três Ensaios de Teoria Sexual" (Freud, 1905) : a agregação de uma excitação experimentada [sob a ação de um objeto externo que deixará uma marca mnêmica ] a uma pulsão, que não é em si mesma sexual, proveniente de fontes do aparelho muscular, mas que desse modo erogeniza-se.

Ainda a respeito da exteriorização da pulsão de destruição, diz Freud em "Mais Além do Princípio do Prazer" (1920) :

"Desde sempre reconhecemos um componente sádico na pulsão sexual; segundo sabemos, pode tornar-se autônomo e governar, na qualidade de perversão, toda a aspiração sexual da pessoa. E ainda se destaca, como pulsão parcial dominante, em uma das que chamei de 'organizações pré-genitais'. Como poderíamos derivar do Eros conservador da vida a pulsão sádica, que aponta para a danificação do objeto? Não cabe supor que esse sadismo seja em verdade uma pulsão de morte alijada do eu pelo esforço e influência da libido narcísica, de modo que só sai à luz no objeto? Depois entra a serviço da função sexual; no estágio de organização oral da libido, a posse amorosa coincide ainda com a aniquilação do objeto; mais tarde a pulsão sádica se separa e adquire por fim, na etapa do primado genital regido pela meta da reprodução, a função de dominar o objeto sexual na medida em que o exige a execução do ato procriador. E ainda se poderia dizer que o sadismo forçado a sair {*herausdrängen*} do eu mostrou o caminho para os componentes libidinais da pulsão sexual, que, de posse dele, se esforçam em buscar {*nachdrängen*} o objeto." (p.52-53<sup>14</sup>)

Para possibilitar a vida policelular há que haver um órgão de exteriorização da pulsão de morte, órgão este que é a musculatura. Ora, ao que parece, essa impelência de exteriorização é parte integrante da pulsão sexual. Sistematizando, poderíamos dizer que:

1. a impossibilidade no início da vida de exercer a ação específica leva o psiquismo a criar meios de reter a energia a qual não está apto a escoar por seus próprios meios, através da distribuição da energia pelas representações, reduzindo assim sua intensidade a níveis toleráveis
2. essas representações são provenientes das sensações propiciadas por objetos grafadas em um diferencial prazer-desprazer
3. o estabelecimento do Princípio do Prazer depende da vinculação da energia às redes representacionais, o qual é uma derivação, um desvio, da tendência de levar a uma descarga total, a uma exteriorização total
4. contudo, através do trabalho psíquico, conduz à descarga, fazendo tender a um quantum mínimo suficiente para manter o investimento na cadeia representacional
5. o psiquismo situa-se entre a moção pulsional e sua exteriorização, a qual se relaciona com o pólo motor. Há sempre uma saída corporal, de exteriorização, mesmo na libido
6. ambas as pulsões encontram-se geralmente mescladas em maior ou menor grau, tanto quando orientadas para fora, chegando ao objeto, como no que não é passível de exteriorização e que no interior permanece
7. poderíamos aproximar Eros a uma tendência de distribuição da energia pela rede representacional, estabelecendo mais e mais conexões, em uma compulsão à associação
8. e a pulsão de morte a uma tendência à descarga direta e total, à exteriorização através da musculatura (pólo motor)

9. ambas as tendências não são completamente atingidas, por serem interdependentes. Tanto Eros depende da exteriorização da pulsão destrutiva para ir ao encontro do objeto externo, como a pulsão de morte depende da libido narcísica para ser defletida para fora.

## 2- IRREPRESENTABILIDADE E FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO

Se revisitarmos nosso segundo capítulo, lá encontraremos a idéia de que o fenômeno psicossomático carece de sentido, diferindo do sintoma por não possuir o caráter de representação. É lá que afirmamos ainda a sua relação com a pulsão de morte. A dificuldade não reside em chegar a essa conclusão: muitos já o fizeram, e até mesmo de uma leitura atenta do texto freudiano é possível derivá-la. Difícil é caminhar desse ponto em diante mantendo a observância do método psicanalítico. Se a teoria econômica é um sustentáculo fundamental, entretanto em nada garante uma derivação clínica. À contrapartida econômica há que se agregar a superestrutura tópica e dinâmica, sem o que não pode haver utilidade clínica. De nossa parte, tentaremos construir aqui, se não nos faltar o engenho e a arte, não mais que indicativos de uma explicação metapsicológica. Úteis, esperamos, em sua derivação ética da práxis que é a psicanálise.

Ainda com Guillaumin, vamos à terceira forma em que a irrepresentabilidade se apresenta, na segunda tópica freudiana. Segundo



este autor nesse modelo o centro da cena é o eu, nas relações que faz com a realidade externa e o que chama de suas dependências, que seriam o supereu e o isso. As tensões agora se darão em uma relação de interioridade e exterioridade para com o eu. Desse ponto de vista o isso {Es} não existe psiquicamente, só aparecendo onde o eu lhe designa um fundo de si, lugar esse de exterioridade.

O eu é o isso modificado pelo mundo externo, sendo adscritas a ele tanto a função da percepção como o pólo motor (Freud, 1923). A satisfação das exigências pulsionais não é alcançada no início da vida pela ação do eu, o qual ainda é fraco em seu surgimento. Disso decorre que a tendência de levar à descarga a excitação não pode ser cumprida, para tal dependendo da ação de objetos externos. O eu surge da organização dos traços oriundos dessas relações objetais, incorporando os objetos que não reconhece como exteriores. É bastante próximo ao eu do "Projeto de Psicologia" (Freud, 1895), proveniente da secundarização conseqüente à impossibilidade de uma descarga imediata. Atrai para si a libido, disputando-a com os objetos, constituindo-se a partir dos traços por eles deixados em si. Com o fortalecimento do eu a pulsão destruidora é exteriorizada, abrindo o caminho seguido pela libido até os objetos, os quais serão reencontrados no exterior, diferindo das suas representações, provenientes do tempo em que eram parte do eu. Já estabelecido, ao oferecer-se como objeto da libido, o eu promove uma dessexualização de Eros, já que impede a exteriorização necessária para o fim sexual. O eu só pode administrar a libido, é somente esta pulsão que se apresenta como problema para o eu, diante do qual tem lá seus recursos. Com relação à pulsão de morte nada pode fazer. Desse modo, no movimento regressivo

de incorporação do objeto pode promover a defusão pulsional, como no caso da melancolia. Já na exteriorização que visa o objeto se dá a agregação das moções eróticas às agressivas.

Retomando Guillaumin, o supereu figura para o eu o estranho, externo, tornado eu e sobre o eu retornando para lhe falar de uma dependência anaclítica originária. Relacionado do Complexo Paterno, guarda a dupla inserção de ser proveniente do primeiro laço objetal que é uma identificação com o pai (Cf. Freud, 1921), e de ser o herdeiro do Complexo de Édipo. Contém assim uma dupla inflexão: "Assim como o pai deves ser", vertente do ideal, e "Assim como o pai não deves ser", vertente da interdição (Cf. Freud, 1923).

A dependência anaclítica a que se refere Guillaumin é a posição de total dependência a um outro, que resulta nos primeiros laços objetais. Mas o supereu é também de uma violenta formação reativa contra estes (Cf. Freud, 1923). O caso é que, sendo os impulsos do isso {*Es*} impedidos de uma descarga direta devido à mediação da secundarização que constitui o eu, o componente de destruição será defletido para fora, como vimos, mas em parte restará, fundido com a libido, no eu, como masoquismo, e no supereu, como sadismo dirigido ao eu (Cf. Freud, 1926).

／ A relação de destruição, ou antes, de necessidade de castigo, entre o eu e o supereu decorre da inexistência de um meio para esse escoamento no início da vida, meio este que será a nova ação psíquica chamada eu. É sua função reter (distribuir) e escoar, e jamais escoar ou exteriorizar tudo,

mantendo-se investido. Razão pela qual, além de contentar dois poderosos senhores, isso {*Es*} e mundo externo, deve contentar também a um terceiro não menos imperioso: o supereu (Cf. Freud, 1923).

A máxima freudiana de que as pessoas que se conduzem da forma mais correta e moral são aquelas cujo supereu é mais implacável, pode ser explicada de duas formas: por ser o supereu implacável tem o poder de coerção, levando o eu, através do recalque do desejo incompatível e da inibição de ações que o relancem no conflito, a se conduzir de acordo com o ideal; ou, por o eu procurar se conduzir de acordo com o ideal elevado, recalca as idéias de desejos incompatíveis, inibe as ações que levariam à sua consecução, deixando a satisfação destas sob a forma de sintomas, e não atendendo plenamente às exigências do isso, exigências essas de exteriorização, de ação que não se dá. Dirige então o isso suas cargas de exteriorização ao supereu, que as voltará contra o eu. O supereu conhece portanto, melhor que o eu, o significado dos sintomas, dos desejos que o eu quer ignorar, por meio do recalque e da inibição. Por essa última explicação, a existência do eu implicaria na existência do supereu, uma vez que este é o representante acusador da impossibilidade de o eu exteriorizar plenamente as moções pulsionais, impossibilidade esta que é em si mesma condição de surgimento do eu. De certa forma, o temor à castração (motor do recalque) que vem ressignificar o temor da perda do objeto encontra fundamento no fato de o eu não poder jamais satisfazer o isso, por não existirem já pré-determinadas as ações e os objetos que levariam essa satisfação a cabo. Estes estarão por se constituir a partir de uma relação de dependência originária.

A camada mais exterior do psiquismo, o eu, tem a função da motilidade e da percepção (sistema percepto-consciente). Guardada a (profícua) discussão sobre as percepções inconscientes, pensamos poder trabalhar aqui com o conceito de atenção, de consciência como camada protetora ao nos referirmos ao sistema percepto-consciente. A atenção, percepção do mundo externo mas das forças internas também, está a serviço de satisfazer as exigências que o isso faz ao eu. A exteriorização depende de um processo psíquico complexo que tem na origem a exigência do isso, exigência de trabalho vinculada a uma zona crógena enquanto fonte, e que visa acionar o pólo motor, o órgão de exteriorização que é a musculatura, cujo acesso se dá através do eu.

O afeto, entendido como consciente, corresponde a uma descarga do quantum de excitação aliada às representações que lhe conferem um matiz qualitativo. No caso da angústia o que se dá é uma desvinculação de idéia e afeto, em uma pura descarga de excitação. A primeira teoria da angústia explicava sua gênese de duas formas: 1) a transformação direta de libido em angústia por falta de um fiador psíquico para a tensão sexual insatisfeita, na neurose de angústia; 2) como derivada do recalque que despoja a idéia recalçada de sua quota de afeto, deixando esse quantum livre para a descarga direta, nas psiconeuroses.

A reformulação da teoria pulsional conduziu Freud a uma revisão de sua teoria da angústia, que é exposta em "Inibição, Sintoma e Angústia" (Freud, 1926). Não mais conseqüente ao recalque, a angústia passa a ser nesse modelo teórico o motor que levará ao acionamento do recalque. O eu é a única sede da angústia, dela sofrendor. Sendo a

angústia descrita como um estado de desprazer, uma descarga corporal com tensão motora, e a percepção dessa descarga (Freud, 1933), e sendo a percepção e a motilidade funções do eu, fica mais evidente tal formulação.

Em consequência disso, a idéia de uma transformação direta (e química) de libido em angústia, independentemente do funcionamento psíquico, sendo nesse caso uma angústia *tóxica*, sacrifica a coerência teórica, tornando-se insustentável.

A angústia é um estado de expectativa, de preparação para o perigo. Economicamente, é o acionamento da sensação de desprazer específica, que descrevemos anteriormente, que mobilizará o eu para o ato de recalcar. Tem, portanto, o valor de índice para que se dê o reconhecimento de um perigo para o eu, que lançará mão de seus recursos defensivos. Freud distingue ainda desse estado de preparação, angústia-sinal, o desenvolvimento da angústia, o qual seria a invasão propriamente dita da excitação desvinculada no eu, por ele denominada angústia automática. Esta em verdade se opõe à angústia sinal, indica não terem sido acionados os sistemas defensivos, isto, é equivalente à reedição da invasão experimentada no trauma. Teria origem no estado de desamparo biológico do bebê, sendo sua contrapartida sob a forma de desamparo psíquico (Freud, 1926).

Freud distingue ainda três categorias de angústia, correspondentes à relação do eu com seus três senhores: angústia real / mundo externo, angústia neurótica / isso {*Es*}, e angústia moral / supereu. Parec-nos que

essa distinção se esfumaça quando levamos em conta as relações entre essas instâncias. Fazemos um pequeno recuo na estruturação do psiquismo. Na origem temos um estado de desamparo, decorrente da ausência de possibilidade de execução de ações específicas que aliviem a tensão. Uma angústia relaciona sempre uma exigência pulsional, do isso, à impossibilidade de desgarregá-la que, por falta de recursos de vinculação, ou por temor à castração, levará ao incremento dessa tensão a níveis muito altos, que representam ameaça para o eu. O temor à castração é tido pelo eu, na dissolução do Complexo de Édipo, como perigo real. Atestam para o eu a sua realidade primeiramente todas as experiências de desamparo do bebê em que o objeto esteve ausente, e mesmo recorrendo à alucinação, tal ausência foi verificada justamente pelo aumento da tensão ao invés de seu alívio. As experiências de perda do objeto, de sua destacabilidade do corpo, darão credibilidade à ameaça de castração, sendo elas precursoras do medo da perda do pênis, e por esse medo ressignificadas. É nesse sentido que diz Freud ser possível uma analogia entre bolo fecal/pênis e reto/vagina. Essa ressignificação só se dará quando a essas condições for acrescida a percepção da diferença sexual, a ausência de pênis na mulher. No caso da menina, o temor à castração não será a ameaça de perder o pênis, já que não o possui, mas o temor da perda do amor. A ausência do pênis, constatada a diferença sexual, será precursora do Édipo, dirigindo-se a menina ao pai por todas as suas frustrações serem subsumidas pelo fato de não possuir um pênis e pela esperança de obtê-lo do pai. Vemos aí a famosa equivalência seio-fezes-pênis- bebê.

De certa forma, a angústia provém de uma realidade: o desamparo inicial. Dele decorre a falta de vazão para as moções do isso, a dependência e a visibilidade da dependência de algo exterior que venha satisfazê-las, e a existência de um supereu que acusa o eu dessa impossibilidade de vazão total. O recalque, proveniente das ameaças paternas interditoras do incesto edipiano, se origina da subsunção dessa impossibilidade de vazão total a uma lei organizadora, preservando assim sob a forma de um ideal, lançado adiante do eu, o narcisismo infantil no qual eu e objeto eram um só, mas que era desconfirmado a cada situação de desamparo experimentada. Tornando-se mais coerente com o ideal, o eu recalca a idéia incompatível, perdendo seu poderio sobre ela. Esta retorna sob a forma de sintoma, representando contudo também a defesa contra ela. Corpo estranho, tomado como externo pelo eu, relançaria a situação de conflito, se o eu não inibisse as suas ações para evitá-la. O eu agora busca tornar-se coerente com o sintoma, desfazendo seu caráter de estranheza. Esse amalgamento do eu será o ganho secundário do sintoma, satisfazendo o masoquismo do eu. Frente a qualquer coisa que relance o conflito, o equilíbrio se desfaz. Poderá o eu, nesses casos, acionar o recalque, perdendo mais terreno para o isso, inibir as suas ações, ou submergir em um estado de angústia. Frequentemente, esse último parece anteceder as demais reações. É nesse sentido que pensamos em uma estase da libido até que esse rearranjo se dê. Vale lembrar que está sempre em questão uma precariedade do sintoma enquanto resolutivo do conflito, pois o eu deve lançar mão das inibições para evitar um novo recalque, o que mostra que o primeiro recalque não foi suficiente.

Propomo-nos aqui discutir como teoria geral como pode se dar o surgimento de uma somatização: mediante uma situação de desarranjo psíquico, tal qual a angústia, e em geral, a acompanhando.

Pensamos que a somatização pode se dar, em sua emergência, juntamente com a angústia, como um efeito de descarga corporal continuada. O desamparo psíquico torna-se aqui, de certa forma desamparo biológico, no sentido em que há sempre uma saída corporal para os processos psíquicos. Como vimos, mesmo nos fenômenos de erogeneização, há uma alteração corporal, alteração de sensibilidade, ou amplificação das sensações somáticas que se relaciona à atenção dispensada à uma parte do corpo. Não se trata na somatização de uma atenção: não é o órgão atingido visado pelo psiquismo, o caminho até ele não é percorrido por trilhas representacionais. Trata-se de uma descarga de excitação, de alto impacto, desvinculada da rede representacional, resultado de um desarranjo, e pode ocorrer mesmo no curso de uma análise, quando a dissolução dos sintomas deixa o eu frente a frente com o desejo, e uma nova situação que evoque essas moções, já não pode, ao menos em um primeiro momento, contar com o recurso do recalque.

Tal é o caso clínico narrado por Freud (1933), exposto no nosso segundo capítulo. A paciente, liberta de seus sintomas, retorna à situação editora de conflitos, à sua atividade profissional. Não conseguindo ter a competência dos demais colegas de profissão que nela permaneceram, através de pequenos acidentes, subtrai-se dessa situação de sofrimento evitando-a. Advertida de sua participação nos acidentes, já não dispõe deles como recurso, ficando à mercê do conflito. Isso desencadeia uma



série de somatizações, as quais só cessam quando desiste de enfrentar a situação que relança a tensão. Ou seja, inibindo o eu, fica poupada da tensão.

Poderíamos pensar que a somatização objetiva a evitação do conflito, tal qual parece ser no caso acima descrito. Contudo, é precipitada tal conclusão. O rearranjo obtido a partir dos fenômenos psicossomáticos parece-nos secundário, e não uma satisfação primária. Freud já nos advertira em vários lugares de como um dano orgânico tem o poder de rearranjar o psiquismo. Em 1914 explica nos termos da teoria da libido o desinteresse pelas coisas e pessoas que não se relacionem diretamente com uma dor física sofrida. Em "Mais Além do Princípio do Prazer" (Freud, 1920), procurando desenvolver uma teoria sobre o desencadeamento da neurose traumática nos termos de uma forte comoção de excitação para a qual o psiquismo não estava preparado, afirma que quando tais acidentes ocorrem chegando a produzir algum ferimento físico, dificilmente chega a desenvolver-se uma neurose traumática por este ter o poder reunir sobre o eu um grande incremento de libido, ajudando na vinculação da excitação. Em 1917 refere-se à apropriação pela neurose de doenças orgânicas, passando estas últimas a satisfazer o enredo fantasístico, que esperava uma ocasião para manifestar-se. Devido a essa atribuição neurótica à doença, adverte Freud, por vezes torna-se muito difícil o tratamento da doença, haja visto o papel que passa a cumprir. Em 1926, referindo-se ao masoquismo do eu, afirma que uma doença orgânica, entre outros infortúnios, pode vir a preencher uma certa quantidade de sofrimento imposto pelo sentimento

inconsciente de culpa, o que pode fazer os sintomas neuróticos perderem sua função, sendo portanto abandonados.

São assim vários os destinos psíquicos de uma doença orgânica. O lugar que essa doença vai ocupar, o ganho que ela vai trazer, as atribuições que vai sofrer, só podem ser deslindados no contexto clínico. É possível um uso histérico de uma somatização, é possível também o desencadeamento de um surto, ou uma preocupação hipocondríaca, e até mesmo um quadro melancólico. Longe de querer esgotar o assunto, parece-nos que após a sua primeira emergência, uma via de descarga corporal pode ser estabelecida. Tal qual a angústia, que teria seu protótipo na invasão de excitação em um psiquismo ainda em estruturação, a reedição, já sem a emergência de angústia, de um fenômeno psicossomático pode ter tomado como protótipo seu primeiro desencadeamento. Mas são difíceis tais conclusões, prendem-se às características das doenças em si, e da dinâmica de cada paciente. Sem a referência ao dispositivo analítico, mais do que isso não nos atrevemos a avançar.

### 3- FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO X CONVERSÃO HISTÉRICA

Para a medicina a ausência de lesão localizável levava a histeria a ser banida da patologia, e de qualquer lugar de respeitabilidade. Curiosamente é o fato da concretude do dano físico que faz da

somatização um problema teórico, e por vezes, também como consequência disso, um problema para a clínica psicanalítica. As paralisias decorrentes de lesões neurológicas eram paradigmáticas para a histeria; já a conversão histérica o é para o fenômeno psicossomático. O caráter representacional do sintoma histérico, cuja apreensão é fundante da psicanálise, parece por vezes ofuscar a dimensão corporal básica da teoria freudiana, transmutando tudo para o país das idéias. Ora, pulsão é a relação entre o psíquico e o somático, e o funcionamento psíquico trabalha com a tensão entre afeto e representação, ou melhor, entre o afeto e a capacidade da estrutura representacional em comportá-lo conduzindo para uma descarga que se dá através do pólo motor.

Desenvolvemos neste capítulo a idéia de que a erogeneização de uma região corporal depende de uma série de processos psíquicos, e que de alguma forma relaciona-se com a atenção em conexão com esses processos ser ao menos voltada para essa parte do corpo. Dissemos também que o corpo, ao ser tornado erógeno, sofre modificações concretas. Essas modificações, tanto na histeria como na hipocondria, relacionam-se com o que Freud chama de alterações de sensibilidade, correspondentes à excitação da zona corporal em questão. Não são, contudo, necessariamente, correspondentes ao que a medicina poderia reconhecer com as doenças que parecem ser. Isso deve ao fato de que a complacência somática é guiada pela rede representacional. Assim, o caminho para a paralisia de uma perna não obedece ao de uma lesão neurológica, mas sim o da conexão da representação da perna com as outras representações que se relacionam com a idéia recalçada.

Quando dizemos que o sintoma histérico representa o conflito, queremos dizer que o corpo está a serviço de um processo psíquico de condensação na representação da parte atingida, a qual guiará a descarga corporal, produzindo os efeitos conhecidos de uma conversão. As alterações somáticas (contratura, tosse, enjôo, mudança de sensibilidade) presentes na conversão são apreendidas com esse valor representacional. São também causadas por ele, enquanto erogeneização.

No fenômeno psicossomático a trilha representacional que conduz a uma região corporal está ausente. Não passa por uma representação do órgão atingido. Tal qual a angústia, é efeito de pura descarga, invasão de excitação, a qual não é fragmentada entre as representações para a diminuição da intensidade. Se é um efeito de descarga direta de excitação não vinculada, ao que parece, des fusão pulsional ao modelo freudiano do ataque epilético (Freud, 1923), não visa outro objetivo senão a descarga. Contudo, uma vez instalada, e percebida psiquicamente em seus efeitos somáticos, chamada a sua atenção sobre ela, vai engendrar o rearranjo psíquico tal qual qualquer doença orgânica. Desse modo queremos dizer que o uso psíquico da doença é secundário, uma elaboração posterior. Seu fim primário é de descarga.

Destacamos anteriormente a importância do pólo motor, do componente da pulsão sexual que seriam as fontes do impulso motor da musculatura. Vimos que relativamente à pulsão de destruição é o sistema muscular que tem a função de exteriorização. Entendemos então que a pulsão de vida ou de morte tem uma impelência à exteriorização através de uma descarga corporal motora. Sabemos, contudo, que a constituição

psíquica oriunda de uma dependência e de um desamparo incapacita o bebê humano de realizá-la como ação específica. Esta vem de fora no início da vida, e por essa razão o psiquismo se constituirá como um aparelho que através da estrutura representacional, retém e escoia a excitação. Nem sempre chega à descarga corporal por meio da ação.

Essa descarga relaciona-se então com toda a constelação representacional. No caso da histeria, como nas demais neuroses, a relação é com o arranjo associativo das representações. No caso do fenômeno psicossomático, a relação é com o que, ante esse arranjo, resta como quantum não vinculável, que não passa por ele, mas que dele sempre resta, geralmente de algum modo fundido com a libido, na relação sado-masoquista entre supereu e eu. O eu consegue, pela inibição, um amalgamento ao sintoma para fugir do conflito, dar um destino à pulsão destruidora que nele permanece, através de sua fusão com a libido em um arranjo masoquista. No caso do arranjo masoquista do eu estar desfeito, ou não ser tão pleno assim, desfundidas estarão em algum grau pulsão de vida e pulsão de morte, e a descarga corporal é direta e de alta intensidade, tanto na angústia como na somatização.

## NOTAS DO CAPÍTULO III

1... "la 'pulsión' nos aparece como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático"

2 "La *norma* resultó ser el fruto de la represión de ciertas pulsiones parciales y ciertos componentes de las disposiciones {constitucionales} infantiles, y de la subordinación de los restantes bajo el primado de las zonas genitales y al servicio de la función de la reproducción; las *perversiones* correspondían a perturbaciones de esta síntesis por obra del desarrollo hiperpotente, como compulsivo, de algunas de estas pulsiones parciales; y en cuanto a la *neurosis*, la reconduje a una represión excesiva de las aspiraciones libidinosas. Ahora bien: como casi todas las pulsiones perversas de la disposición infantil eran, según podía comprobarse, fuerzas formadoras de síntomas el casode la neurosis, pero en esta se encontraban en el estado de represión {desalojo}, pude caracterizar la neurosis como el 'negativo' de la perversión."

3 "En el caso de las inclinaciones perversas que reclaman valor {Bedeutung} sexual para la cavidad bucal y la abertura anal, el papel de la zona erógena es visible sin más. En todo respecto se comporta como una parte del aparato genital. En el caso de la histeria, estos lugares del cuerpo y los tractos de mucosa que arrancan de ellos se convierten en la sede de nuevas sensaciones y alteraciones de inervación - y aun de procesos comparables a la erección -, en un todo similares a las de los genitales verdaderos bajo las excitaciones de los procesos sexuales normales."

4 "Entre las psiconeurosis, es en la histeria donde resalta más nitidamente la significación de las zonas erógenas como aparatos colaterales y subrogados de los genitales; pero ello no implica afirmar que deban subestimarse en las otras formas de enfermedad. En estas (neurosis obsesiva, paranoia) es solamente menos notoria, pues la formación de síntoma se cumple en regiones del aparato anímico más alejadas de los diversos centros que gobiernan al cuerpo. En la neurosis obsesiva, lo más llamativo es la importancia de los impulsos, que crean nuevas metas sexuales y parecen independientes de las zonas erógenas."

5 "Pero el pene posee también una significación anal erótica independiente del interés sexual infantil. En efecto, el nexo entre el pene y el tudo de mucosa llenado y excitado por él encuentra ya su prototipo en la fase pregenital, sádico-anal. El bolo fecal (...) es por así decir el primer pene, y la mucosa excitada es la del recto."

6 "Cuando el interés por la caca retrocede de manera normal, la analogía orgánica aquí expuesta hace que aquel se transfiera al pene. Si luego en la investigación sexual se averigua que el hijo ha nacido del intestino, él pasará a ser el principal heredero del erotismo anal, pero el predecesor del hijo había sido el pene, tanto en este como en aquel sentido."

7 "Por eso plantean [los estímulos pulsionales] exigencias mucho más elevadas al sistema nervioso y lo mueven a actividades complejas, encadenadas entre sí, que modifican el mundo exterior lo suficiente para que satisfaga la fuente interior de estímulo. Y sobre todo, lo obligan a renunciar a su propósito ideal de mantener alejados los estímulos, puesto que producen un *aflujo continuado e inevitable* de estos."

8 "a) como calco de una satisfacción vivenciada a raíz de otros procesos orgánicos; b) por una apropiada estimulación periférica de zonas erógenas, y c) como expresión de algunas 'pulsiones' cuyo origen todavía no comprendemos bien (p. ej., la pulsión de ver y la pulsión de la crueldad."

9 "Además de una 'pulsión' no sexual en sí misma, proveniente de fuentes motrices de impulso, se distingue en ellas [en las pulsiones parciales] la contribución de un órgano que recibe estímulos (piel, mucosa, órgano de los sentidos). Este último debe designarse aquí como *zona erógena*: el órgano cuya excitación confiere a la pulsión carácter sexual."

10 "La tuvo [a dispnéa] por la primera vez tras haberse fatigado en una escurción por la montaña, durante la cual probablemente sintió en alguna medida una falta de aliento real. A esto se sumó la idea de que el padre tenía prohibido trepar montañas, pues no podía fatigarse a causa de su hipopnéa; después, el recuerdo de cuánto se había esforzado por la noche con la mamá (no le habría hecho daño?); además, la preocupación de que ella misma se hubiera esforzado en demasía por la masturbación, que igualmente llevaba al orgasmo con algo de disnea, y, por último, el retorno reforzado de esta disnea como síntoma."

11 "Llamemos a la actividad por la cual un lugar del cuerpo envía a la vida anímica estímulos de excitación sexual, su *erogénidad*; y así además reparamos en que, por las elucidaciones de la teoría sexual, estamos familiarizados hace mucho con la concepción de que algunos otros lugares del cuerpo - las zonas *erógenas* - podían subrogar a los genitales y comportarse de manera análoga a ellos, sólo hemos de aventurar aquí un paso más. Podemos decidimos a considerar la *erogénidad* como una propiedad general de todos los órganos, y ello nos autoriza a hablar de su aumento o su disminución en una determinada parte del cuerpo. A cada una de estas alteraciones de la *erogénidad* en el interior de los órganos podría serle paralela una alteración de la investidura libidinal dentro del yo."

12 "Comprensible, de igual modo, se vuelve la capacidad 'diagnóstica' del sueño, universalmente reconocida y juzgada enigmática: en el sueño, padecimientos corporales incipientes se sienten muchas veces antes y con mayor nitidez que en la vigilia, y todas las sensaciones corporales actuales se presentan agigantadas. Este aumento es de naturaleza hipocondríaca, y tiene por premisa que toda investidurapsíquica se retiró del mundo exterior sobre el yo propio; de tal modo, posibilita el conocimiento anticipado de alteraciones corporales que en la vida de vigilia pasarán inadvertidas todavía durante algún tiempo."

13 "Como consecuencia de la unión de los organismos elementales unicelulares en seres vivos pluricelulares, se habría conseguido neutralizar la pulsión de muerte de las células singulares y desviar hacia el mundo exterior, por la mediación de un órgano particular, las mociones destructivas. Este órgano sería la musculatura, y la pulsión de muerte se exteriorizaría ahora - probablemente sólo en parte - como *pulsión de destrucción* dirigida al mundo exterior y a otros seres vivos."

14 "Desde siempre hemos reconocido un componente sádico en la pulsión sexual; según sabemos, puede volverse autónomo y gobernar, en calidad de perversión, la aspiración sexual íntegra de la persona. Y aun se destaca, como pulsión parcial dominante, en una de las que he llamado '*organizaciones pregenitales*'. Ahora bien, cómo podríamos derivar del Eros conservador de la vida la pulsión sádica, que apunta a dañar el objeto? No cabe suponer que ese sadismo es en verdad una pulsión de muerte apartada del yo por el esfuerzo y la influencia de la libido narcisista, de modo que sale a la luz sólo en el objeto? Después entra al servicio de la función sexual; en el estadio de organización oral de la libido, el apoderamiento amoroso coincide todavía con la aniquilación del objeto; más tarde la pulsión sádica se separa y cobra a la postre, en la etapa del primado genital regido por el fin de la reproducción, la función de dominar al objeto sexual en la medida en que lo exige la ejecución del acto genésico. Y aun podría decirse que el sadismo esforzado a salir (*herausdrängen*) del yo ha enseñado el camino a los componentes libidinosos de la pulsión sexual, que, en pos de él, se esfuerzan en dar caza (*nachdrängen*) al objeto."

## CAPÍTULO IV

### POSSIBILIDADES... (à guisa de conclusão)

O compromisso maior da teoria psicanalítica é a clínica. Definimos, em nosso primeiro capítulo, a psicanálise como sendo um saber oriundo do dispositivo analítico, método de investigação-tratamento, o qual sempre guarda, mesmo na sua mais alta abstração, a sua marca de origem metodológica. Partindo dessa definição, conduzimos nossa investigação através de discussões teóricas que visavam estabelecer alguns indicativos para a direção clínica no atendimentos de pessoas que sofressem de somatizações.

Esta dissertação foi motivada por questões clínicas, pelo contraste entre teorizações consolidadas e a verdade que se afigurou para nós quando tivemos a possibilidade de nos colocarmos em uma posição de escuta. Como não poderia deixar de ser, à clínica retornamos agora, sem grandes pretensões, para pontuar alguns aspectos que consideramos de valia para quem nesse terreno quiser se aventurar.

/ Gostaríamos de destacar a importância de não se confundir irrepresentabilidade, constitutiva do aparelho psíquico, com incapacidade de representar, ausência de formações do inconsciente. Importante também não confundir atribuições representacionais e ganhos com a doença (ambos estarão sempre presentes) com algum sentido oculto que esta possua. Lembro-me de uma paciente, claramente histérica em seu funcionamento, que atribuía o surgimento de sua artrite reumatóide, uma



doença auto-imune, à briga com a sua filha de criação, que acarretou sua solidão. Esse caso clínico, apresentado, vinha corroborar de forma quase matemática teorias que relacionam a somatização a um luto mal elaborado, à uma perda de objeto precoce e traumática, que faria dessa paciente uma pessoa incapaz de estabelecer vínculos objetivos. Pois bem, no decorrer desse tratamento, verificou-se, sem que isso fosse o objeto da investigação, que o surgimento da doença antecedeu a tal ruptura de relações. A doença caiu, por assim dizer, no circo armado das fantasias da paciente. Contudo, sua piora variava de acordo com as situações de sofrimento psíquico.

Outra paciente, claramente obsessiva, representava-se como 'aquela que trabalhava para os outros', inclusive no plano transferencial. Após o falecimento abrupto do irmão mais velho, que ocupava um lugar paterno, sofreu uma crise que a levou a uma internação psiquiátrica. Passou então a tomar uma série de medicamentos para todo o tipo de doença, sem qualquer prescrição médica, o que desencadeou um edema de glote que pôs em risco a sua vida. Depois disso desenvolveu uma preocupação quase que hipocondríaca com toda e qualquer coisa que viesse a ingerir, perguntando à sua médica se podia ou não fazê-lo. Tendo sucedido ao irmão que por sua vez sucedera ao pai (ambos falecidos) ao lugar de arrimo de família, passou a alimentar o sonho de que os seus patrões na clínica em que trabalhava percebessem que estaria melhor aproveitada trabalhando na enfermaria do que na esterilização. Traçava cada vez mais e mais etapas intermediárias para o cumprimento desse sonho, reiterando sua impossibilidade. O trabalho na esterilização era por ela realizado com perfeição, não estando ninguém capacitado a substituí-la a contento. Mas

era prejudicial à sua saúde, tanto ao reumatismo como à alergia. Eis aí uma doença orgânica cujo tratamento fica bastante dificultado. Essa paciente jamais sentia raiva, só dor física. Silenciava-se durante as sessões, desculpando-se por eu perder meu tempo, e falava da dor no braço. Era dessa dor que podia falar. A aposta na produção de sentido possibilitou que falasse de outras dores, raivas, etc.

Uma paciente sofredora de lúpus eritematoso sistêmico vivia sob o temor de morrer a qualquer instante, o que estava longe de acontecer, ao menos no que dependesse de sua doença. Não podia ouvir ruídos muitos intensos, nem saber de qualquer morte ou acidente. Quanto isso ocorria, tapava os ouvidos murmurando rapidamente; "não quero ouvir, não quero ouvir, não quero ouvir..." até que terminasse. Passara a infância em um asilo para tuberculosos, por sua mãe ter morrido dessa doença. A sombra da tuberculose (e da morte) a acompanhara portanto, ao longo de toda a infância. Lá havia um castigo que consistia em trancar as crianças em um quarto escuro. Quando era submetida a tal castigo, ouvia vozes fantasmagóricas, talvez de outras crianças, não se sabe, e para não ouvi-las tapava os ouvidos e falava do mesmo modo que atualmente. Quanto seu lúpus surgiu, foi inicialmente diagnosticado como hanseníase. Seu temor de morrer, por qualquer causa que fosse, a impedia de sair na rua. Já se apresentava antes de adoecer, mas piorou significativamente depois de sua eclosão.

Não queremos aqui afirmar que o desencadeamento e a evolução dessas doenças se deveu a situações de conflito. Mas em certos casos, ao menos na época dos atendimentos, tal correlação era possível. É

importante também assinalar que a existência de uma somatização indica, tal qual a angústia, um estado de crise, de desarranjo, e requer tanta cautela como qualquer estado análogo.

Nossas investigações nos conduziram à idéia de que o fenômeno psicossomático difere do sintoma analítico, não portando sentido nem sendo ele mesmo representação. A psicanálise, que se constitui trabalhando no eixo da tensão entre o que é passível de ser simbolizado e o que escapa à simbolização, opera uma desconstrução do sistema representacional restituindo a dimensão desejante, o que se dá através de um retilhamento representacional que sucede a essa desarticulação.

Não é a análise o único meio em que essa desarticulação se dá. Qualquer evento de valor traumático mobilizará o arranjo existente, abalando o amalgamento do eu no ganho secundário que evita o novo recalque. Quando isto ocorre, há um efeito não simbólico decorrente da defusão pulsional. Classicamente, a angústia é um efeito esperado. Entretanto, tal como na angústia, que é corporal e tem sede no eu, uma somatização pode ser desencadeada, até que o recalque de "resolução" ao conflito. Esse efeito em verdade sempre ocorre, não sendo necessária uma desarticulação de grande porte para tal.

O que gostaria de sustentar é que o fenômeno psicossomático não ocorre onde deveria haver sintoma, pois sua natureza é não representacional. Não é pulsão de morte onde deveria haver representação. O aparelho psíquico trabalha com a exigência da pulsão e consiste em ser precário face a ela. É precário na submissão do quantum

excedente, restando este como acionador da compulsão à repetição que visa seu domínio. É precário no recalçamento, que falha e retorna como sintoma. É precário no sintoma, que não consome todo esse quantum, necessitando o eu do recurso do masoquismo do ganho secundário para fugir de um novo recalçamento que lhe acarretaria novas inibições.

Se nos detivéssemos na primeira tópica, poderíamos nos manter em uma posição ingênua de crer que nas psiconeuroses a moção pulsional é toda absorvida na dinâmica representacional. A compulsão à repetição encontrada na clínica desmentiu tal idéia. Ainda assim, na histeria, por exemplo, esse *(excedente de energia)* poderia passar inadvertido, se estivéssemos desavisados. No caso da somatização, contudo, ele é inegável, iniludível, fica evidenciado de tal forma que chega a ser formulado por alguns como problema para a psicanálise.

Assim, é verdadeiro que a somatização se dá na ausência de simbolização, mas precisamente onde para todo e qualquer sujeito esta é ausente, isto é, onde o aparelho psíquico denuncia sua natureza de precariedade frente às exigências pulsionais.

Nesse sentido, em termos de condução clínica de pacientes sofredores de tais fenômenos, cumpre ressaltar que não há, ao menos devido a isso, uma lacuna de simbolização que lhes seja própria. Evidentemente o discurso sobre a doença não revelará seu desejo recalçado que seria seu substrato, porque este de fato não o é. O discurso sobre a doença e a emergência de novos sentidos poderá ser eficaz tanto quanto qualquer outro que persiga a trilha associativa que conduz ao

recalcado, respeitando a regra fundamental, pois será através do desarranjo e rearranjo psíquico que em outra configuração advirá, uma configuração em que a necessidade de sofrimento, ou mais otimisticamente, de exteriorização, encontre vazão de outra forma, como em qualquer análise. Desse modo a doença poderá perder essa função, o que não implica necessariamente em sua remissão.

Supor uma incapacidade do somatizante em simbolizar ou estabelecer a transferência é justamente depor as únicas armas de que dispomos. A postura ética do explorador que deve chegar lá é a única aposta possível nesse terreno. É crer na existência de um sujeito, no inconsciente, sem se paralisar ante o que para todo humano é aterrador, que faz da psicanálise uma das três profissões impossíveis, mas que certamente tem verificados seus pontos de possibilidade.

*Fim.*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ASSOUN, P.-L. *Introdução à Epistemologia Freudiana*. Imago Editora Ltda, Rio de Janeiro, 1983.

BIRMAN, J. *Freud e a Experiência Psicanalítica*. Livrarias Taurus-Timbre Editores, Rio de Janeiro, 1989.

BIRMAN, J. *Ensaio de Teoria Psicanalítica*, Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1993.

BIRMAN, J. & NICÉAS, C. A. Constituição do Campo Transferencial e o Lugar da Interpretação Psicanalítica - Um Estudo Sobre o Pensamento de Freud. In: BIRMAN, J. & NICÉAS, C. A. (org.) *Transferência e Interpretação*. Editora Campus, Rio de Janeiro, 1982.

CHERTOK, L. & STENGERS, I. *O Coração e a Razão*. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1990.

ELIA, L. *Para Além da Sexualidade : a Psicose na Psicanálise*. Tese de doutorado defendida no Departamento de Psicologia da PUC-Rio, março de 1992.

ELIA, L. *Corpo e Sexualidade em Freud e Lacan*. Uapê, Rio de Janeiro, 1995.

FREUD, S. Charcot (1893) Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1992, Vol. 3.

\_\_\_\_\_ Manuscrito (1893), AE, Vol. 1.

\_\_\_\_\_ Algunas Consideraciones con Miras a un Estudio Comparativo de las Paralisias Motrices Orgánicas e Histéricas (1893-A), AE, Vol. 1.

\_\_\_\_\_ Carta 14 (1893-B), AE, Vol. 1.

\_\_\_\_\_ Manuscrito E (1894), AE, Vol. 1.

FREUD, S. & BREUER, J. Estudios Sobre la Histeria (1895), AE, Vol. 2

FREUD, S. Proyecto de Psicología (1895-A), AE, Vol. 1.

\_\_\_\_\_ Sobre la justificación de Separar de la Neurastenia un Determinado Síndrome en Calidad de "Neurosis de Angustia" (1895-B), AE, Vol. 3.

- \_\_\_\_\_ Crítica de la Neurosis de Angustia (1895-C), AE, Vol. 1
- \_\_\_\_\_ La Etiología de la Histeria (1896), AE, Vol.3.
- \_\_\_\_\_ La Herencia y la Etiología de las Neurosis (1896-A) AE, Vol. 3.
- \_\_\_\_\_ Carta 84 (1898) - Fragmentos de la Correspondencia con Fliess (1892-99), AE, Vol.1
- \_\_\_\_\_ La Interpretación de los Sueños (1900), AE, Vol. 4 e 5
- \_\_\_\_\_ Tres Ensayos de Teoría Sexual (1905), AE, Vol. 7.
- \_\_\_\_\_ Mi Tesis Sobre el Papel de la Sexualidad en la Etiología de las Neurosis (1906), AE, Vol. 7.
- \_\_\_\_\_ Sobre la Dinámica de la Tránsferencia (1912), AE, Vol. 12.
- \_\_\_\_\_ Consejos al Médicos sobre el Tratamiento Psicoanalítico (1912-A), AE, Vol. 12.
- \_\_\_\_\_ Introducción al Narcisismo (1914), AE, Vol. 14
- \_\_\_\_\_ Pulsiones y Destinos de Pulsión (1915), AE, Vol. 14
- \_\_\_\_\_ *Neuroses de Transferência : uma Síntese - Rascunho do 12º Ensaio Metapsicológico de 1915* . Ilse Grubrich -Simitis (org.), Imago Editora, Rio, 1987
- \_\_\_\_\_ Lo Inconciente (1915-A), AE, Vol. 14.
- \_\_\_\_\_ 24ª Conferencia. El Estado Neurótico Común (1917), AE, Vol.16.
- \_\_\_\_\_ Complemento Metapsicológico a la Doctrina de los Sueños (1917-A), AE, Vol. 14
- \_\_\_\_\_ Sobre la Trásposición de la Pulsión, en Particular del Erotismo Anal (1917-B), AE, Vol. 17
- \_\_\_\_\_ Dos Artículos de Enciclopedia: "Psicoanálisis" y "Teoría de la Libido" (1922), AE, Vol. 18
- \_\_\_\_\_ Más Allá del Principio del Placer (1920), AE, Vol. 18

- \_\_\_\_\_ *Psicología de las Masas y Análisis del Yo* (1921), AE, Vol. 18
- \_\_\_\_\_ *El Yo y el Ello* (1923), AE, Vol. 19.
- \_\_\_\_\_ *Breve Informe Sobre el Psicoanálisis* (1923-A), AE, Vol. 19
- \_\_\_\_\_ *El Problema Económico del Masoquismo* (1924), AE, Vol. 19
- \_\_\_\_\_ *Algunas Consecuencias Psíquicas de la Diferencia Anatómica Entre los Sexos* (1925), AE, Vol. 19.
- \_\_\_\_\_ *La Negación* (1925-A), AE, Vol. 19.
- \_\_\_\_\_ *Inhibición, Síntoma y Angustia* (1926), AE, Vol. 20
- \_\_\_\_\_ *31ª Conferencia: La Decomposición de la Personalidad Psíquica* (1933-A), AE, Vol. 22
- \_\_\_\_\_ *32ª Conferencia: Angustia y Vida Pulsional* (1933), AE, Vol. 22
- \_\_\_\_\_ *Construcciones en el Análisis* (1937), AE, Vol. 23.
- \_\_\_\_\_ *Esquema del Psicoanálisis* (1938), AE, Vol. 23.

GARCIA-ROZA, L. A. *Introdução à Metapsicologia Freudiana - Volume 1*. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1991.

GRODDECK. *Estudos Psicanalíticos Sobre Psicossomática*, Editora Perspectiva, São Paulo, 1992

GUILLAUMIN, J. Jugement de Non-Representabilité et Renoncement à la Maîtrise de la Pensée. *Revue Française de Psychanalyse*, Société Psychanalytique de Paris, Vol. 56, 1992, p.9-21.

LACAN, J. *O Seminário - Livro 11 - Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise*, Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1985.

LAPLANCHE, J. *Problemáticas I - A Angústia*, Martins Fontes, São Paulo, 1987.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.-B. *Vocabulário da Psicanálise*, Martins Fontes, São Paulo, 1985.



MARTY, P. *Les Mouvements Individuels de Vie et de Mort -Essai d'Économie Psychosomatique*, Paris, Petite Bibliothèque, Payot, 1976.

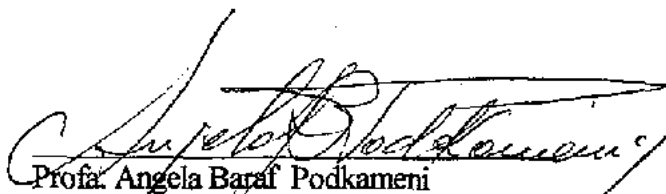
McDOUGALL, J. *Em Defesa de uma Certa Anormalidade*, Artes Médicas, Porto Alegre, 1983.

NASSIF, J. *Freud - L'inconscient*. Flammarion, Paris, 1992.

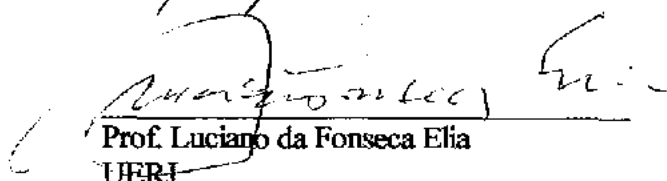
PRIBMAN, K. & GILL, M. *O Projeto de Freud: um Exame Crítico*, Editora Cultrix, São Paulo, 1976

SCHNEIDER, M. Affect et Langage dans les Premiers Écrits de Freud. *Topique Revue Freudienne*, Paris, Vol. 11-12, p. 71-146.

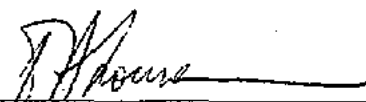
Tese apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-Rio pela aluna Nathalia Sabbagh Armony, intitulada "Sobre o corpo na psicanálise e a possibilidade de se pensar psicanaliticamente o fenômeno psicossomático", e aprovada pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes Professores:



Prof. Angela Baraf Podkameni  
Orientadora - PUC/Rio



Prof. Luciano da Fonseca Elia  
UERJ



Prof. Octávio Almeida de Souza  
PUC/Rio

Visto e permitida a impressão  
Rio de Janeiro, 9 de março de 1996.



Prof. Jurgen Heye  
Coordenador dos Programas de Pós-Graduação do Centro de  
Teologia e Ciências Humanas.