

Nataly Netchaeva Mariz

**VIOLÊNCIA PRECOCE E
CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA: LIMITES E
POSSIBILIDADES DE
REPRESENTAÇÃO NO CORPO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
Programa de Pós-Graduação
em Psicologia Clínica

Rio de Janeiro
Março de 2010



Nataly Netchaeva Mariz

**VIOLÊNCIA PRECOCE E CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA: LIMITES E
POSSIBILIDADES DE REPRESENTAÇÃO NO CORPO**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-Rio como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof.^a Silvia Maria Abu-Jamra Zornig



Nataly Netchaeva Mariz

**Violência precoce e constituição psíquica:
limites e possibilidades de
representação no corpo**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Prof^ª. Sivia Maria Abu-Jamra Zornig
Orientadora
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Prof^ª. Lidia Levy de Alvarenga
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Prof^ª. Marta Rezende Cardoso
Instituto de Psicologia

Prof. Paulo Fernando Carneiro de Andrade
Coordenador Setorial de Pós-Graduação
e Pesquisa do Centro de Teologia
e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 05 de março de 2010

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização do autor, do orientador e da universidade.

Nataly Netchaeva Mariz

Graduou-se em Psicologia na UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro) em 2004. Concluiu a Especialização em Psicologia Clínica-Institucional: Modalidade Residência Hospital no Hospital Universitário Pedro Ernesto / UERJ em 2007. Atua na área de psicologia clínica, com ênfase em saúde mental e terapia de família.

Ficha Catalográfica

Mariz, Nataly Netchaeva

Violência precoce e constituição psíquica :
Limites e Possibilidades de representação no corpo
/ Nataly Netchaeva Mariz ; orientadora: Silvia Maria
Abu-Jamra Zornig. – 2010.
111 f. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado)–Pontifícia Universidade
Católica do Rio de Janeiro, Departamento de
Psicologia, Rio de Janeiro, 2010.
Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Corpo. 3. Violência
precoce. 4. Excesso. 5. Constituição psíquica. I.
Zornig, Silvia Maria Abu-Jamra. II. Pontifícia
Universidade Católica do Rio de Janeiro.
Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Agradecimentos

À Silvia Zornig, pela atenciosa e precisa orientação. Agradeço a aposta e o incentivo. Durante esses dois anos aprendi muito e espero poder ter outras oportunidades de aprendizado.

À Marta Rezende Cardoso, com quem iniciei meu percurso na clínica e na teoria psicanalítica. Sua supervisão dedicada propiciou a bagagem fundamental para a concepção dessa dissertação.

À Lidia Levy por aceitar o convite para participar da banca, seus trabalhos estimularam ainda mais meu interesse pelo campo da terapia de família.

À Maria do Carmo de Almeida Prado, com quem pude entrar em contato pela primeira vez com o instigante universo da terapia de família psicanalítica e que me deu o impulso inicial que me conduziu ao mestrado.

À CAPES e à PUC-Rio pelos auxílios concedidos, indispensáveis para a concepção desse trabalho.

Aos colegas de mestrados, em especial às minhas colegas da linha de pesquisa sobre casal e família: Marina, Rebecas (Goldschmidt e Nonato) e Marília, com quem pude construir uma relação fraterna que permitiu interessantes trocas.

À Cristina Parga, pela cuidadosa revisão.

Aos “amigos qualificados” do GAT que contribuíram para o enriquecimento da minha prática, sobretudo à Salette Barros pela supervisão que tanto ajuda no manejo desta “clínica itinerante”.

Ao Klaus Reis, pelo companheirismo, carinho, amor e compreensão.

À família e aos amigos que entenderam os momentos de ausência.

Resumo

Netchaeva Mariz, Nataly; Zornig, Silvia Maria Abu-Jamra. **Violência precoce e constituição psíquica: limites e possibilidades de representação no corpo.** Rio de Janeiro. 111p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O corpo tem sido alvo de observações psicanalíticas desde os primeiros trabalhos freudianos. Partindo dos impasses da clínica contemporânea, procuramos nesse estudo refletir sobre os limites da representação e as atuações no corpo como tentativa extrema de inscrição de vivências de violência. São as marcas corporais que entram em cena, tais como cortes, fraturas, queimaduras, entre outras cicatrizes que nos fazem pensar em intensos afetos que permanecem fora do circuito associativo. Estas características nos remetem à clínica das origens cujo enfoque está nas experiências anteriores à aquisição da linguagem. É contemplada a importância do outro na formação do psiquismo e na constituição de um corpo representado. Visamos entender de que maneira o contato corporal mãe-filho é responsável por reunir o corpo do bebê, propiciando condições favoráveis para que a psique possa realizar o trabalho de elaboração das funções e sensações corporais. Assim, traçamos uma distinção entre o corpo *representado* da histeria e o corpo *apresentado*, lugar do excesso, da pulsão desligada que se encontra fora do campo simbólico.

Palavras-chave

Corpo; violência precoce; excesso; constituição psíquica.

Abstract

Netchaeva Mariz, Nataly; Silvia Maria Abu-Jamra (Advisor). **Early violence and physical constitution: limits and possibilities of body representations.** Rio de Janeiro, 2010. 111p. MSc. Dissertation – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The body has been subject of psychoanalytic observation since Freud's early works. Based on the impasses of contemporary clinic, this study tries to reflect upon the limits of representation and the acting-out on the body as an extreme effort to inscribe experiences of violence. Body marks such as cuts, fractures, burns and other scars come into play suggesting intense feelings that remain outside the associative circuit. These characteristics seem related to early experiences and to a clinical practice that focus on sensations and perceptions prior to language acquisition. The importance of the Other in the constitution of the psyche and of a body representation is contemplated. The paper's main objective is to understand how the mother-infant body contact is responsible for giving the baby a sensation of body unification that, in turn, creates a favorable condition for the beginning of the psychical function of representation and elaboration of bodily sensations. Thus, a distinction is made between the hysteria's represented body and the body which is shown, site of excess, of the disconnected instinct that is outside the symbolic field.

Keywords

Body; early violence; libido excess and psychic constitution

Sumário

1. Introdução	8
2. Primórdios do psiquismo e corpo: da ótica pulsional à ética do cuidado	14
2.1 O corpo na histeria: um olhar sob a primeira tópica freudiana	15
2.2. Cuidados ambientais e constituição psíquica	25
2.3. Aulagnier: violência constitutiva x violência como excesso	35
3. Trauma e repetição	46
3.1. Confusão de línguas: o corpo como expressão	49
3.2. Muito além da elaboração	59
3.3. <i>Angst</i> – a angústia ou medo primitivo: o primado dos estados afetivos	67
4. O sofrimento na clínica: a dor, o inominável e o registro no corpo.	80
4.1. Memória corporal: a clínica do ato	82
4.2. Dor e corpo: marcas de violência precoce	93
5. Considerações Finais	102
6. Bibliografia	107

1.

Introdução

Na psicanálise, não é nova a discussão sobre os impasses encontrados na clínica quanto aos limites do analisável. Se Freud, por um lado, afirmava que a análise não era para todos, numa tentativa de delimitar um campo de atuação; por outro, no decorrer de sua obra, formulou importantes concepções que possibilitaram aos psicanalistas pós-freudianos traçar um caminho tanto teórico quanto clínico rico, nos permitindo refletir sobre os casos que, a princípio, seriam vistos como fora do campo da intervenção psicanalítica clássica.

Seguindo esses passos, ao nos voltarmos para clínica contemporânea constatamos a importância de levarmos em conta o que se apresenta para nós, psicanalistas, fora do âmbito da linguagem. Estamos nos referindo a quadros nos quais é o corpo que se apresenta em detrimento das palavras. Nosso interesse pela clínica com os pacientes chamados de difíceis, nos conduziu a buscar alguns autores que nos guiassem na reflexão sobre o que permanece fora do campo da elaboração psíquica, insistindo como inexorável repetição, valendo-se do corpo como forma de expressão.

Desse modo, primeiramente procuramos esclarecer de qual apresentação sintomática corporal estamos falando. Para isso, retomamos os primeiros trabalhos freudianos sobre a histeria, nos quais o autor se depara com uma sintomatologia corporal supostamente inexplicável e extremamente variada. É um corpo que parece contradizer a leis anatômicas. Para dar conta deste enigma, Freud se dedica, em pesquisas clínicas, particularmente à histeria. As constatações de que haveria um conflito psíquico de ordem sexual por traz de tais sintomas o levam a formular as noções de realidade psíquica e de fantasia. A partir de suas descobertas sobre a sexualidade infantil, Freud vai nos falar de um corpo simbolizado, erotizado, habitado por pulsões. Um corpo que não corresponde ao mesmo descrito pela anatomia, porquanto segue uma lógica que lhe é própria, isto é, há uma representação de corpo que lhe é característica.

Para que haja um corpo representado, é necessária a presença atenciosa de um adulto. Em geral é a mãe que ocupa esta função colocando-se disponível para bebê, traduzindo e significando suas primeiras experiências. Esta relação se baseia num contato corpo-a-corpo, com um ritmo e um tempo que lhe são próprios. O corpo é, como veremos, o primeiro meio de comunicação do sujeito ainda em constituição com o mundo que o cerca. Sob esse ponto de vista, a realidade é apreendida a partir dos efeitos do campo sensorial, dos efeitos da experiência somática.

Sobre esse ponto, acreditamos que Winnicott tem muito a contribuir quando chama a atenção para a relevância do ambiente acolhedor e disponível para que possa haver um amadurecimento emocional satisfatório. O autor dá destaque aos primórdios da constituição psíquica. Sobre a relação mãe-bebê ele afirma que, no princípio, a criança encontra-se num estado de dependência absoluta em relação à figura materna. A partir do contato com o outro que cuida, num ambiente facilitador, o bebê passa a construir gradualmente a noção de unidade e pode experimentar um sentimento de continuidade na sua existência. Os cuidados maternos também cumprem a função de proteção contra as ansiedades inimagináveis, presentes na experiência de desintegração.

Assim, refletindo com Winnicott sobre as conseqüências decorrentes das falhas da função maternante, entendemos que a vivência de descontinuidade dos cuidados ambientais, se recorrente, acaba fundamentando bases para um padrão de fragmentação do ser. Cremos que tal fato compromete o processo de integração psique/soma, de forma que “o bebê que não é reunido pela mãe sente-se espalhado”, fragmentado (DIAS, 2003: 209).

Avançando nesse tema, acreditamos que Aulagnier (1979, 1985) contribui para a discussão com a sua noção de pictograma, forma de representação do processo originário. Neste tipo de representação o corpo é suporte para o registro das experiências mais arcaicas. De acordo com esta autora, as primeiras trocas ocorrem tendo como palco a superfície corporal que acaba assumindo a função de mediação entre as duas psiques e entre a psique e o mundo. Desse modo ele, o corpo, torna-se o primeiro espaço de relação do adulto com o recém-nascido. No ponto de vista mãe sustentado por Aulagnier (op. cit) cumpre uma dupla função de porta-voz:

antecipando as necessidades do bebê com palavras e introduzindo enunciados à ela delegados pelo outro. Ela enuncia algo *pelo* e *para* o bebê.

Assim levando em conta a perspectiva defendida pela autora, achamos interessante ressaltar que os cuidados maternos também implicam numa violência, pois há sempre uma antecipação que o adulto faz das necessidades da criança. São cuidados que vêm atravessados também pela história materna, pelo bebê que ela foi, a relação que manteve com seus pais e que mantém com o pai da criança. O inconsciente materno está presente no contato da mãe com o bebê. Suas histórias marcam e representam o corpo do filho. Vamos procurar verificar como esse contato primordial abarca tanto um aspecto estruturante – na medida em que coloca a trabalho o aparelho psíquico – quanto um componente mortífero, desagregador, da ordem da violência secundária descrita por Aulagnier (op. cit). Estamos nos referindo aos aspectos que permanecem sem elaboração, são da ordem da pulsão de morte que retornam numa repetição inexorável via corpo.

Nesse sentido, num segundo momento desse trabalho nos voltamos às formulações de Ferenczi acerca do traumático e a distinção que este autor faz entre o trauma estruturante, fundante do psiquismo, e o trauma desestruturante, cujo diferencial é o excesso. O último está associado a um tipo de vivência que não chega a fazer um sentido, restando apenas a repetição traumática, enfatizada por Freud com o conceito de pulsão de morte. Vamos procurar fazer um diálogo entre Freud e Ferenczi no que se refere ao excesso, ao desmedido, que acaba por se manter fora da possibilidade de elaboração psíquica e retorna, na clínica, nos termos da compulsão à repetição.

A esse propósito, também achamos pertinente trazer para a discussão as reflexões freudianas acerca da angústia, procurando retornar aos afetos mais arcaicos que estariam presentes no indivíduo desde o nascimento. Podemos argumentar que o indivíduo humano na sua origem se encontra as voltas com afetos não se encontram sob signo da representação, são da ordem do transbordamento pulsional. São da ordem de uma *autointoxicação* (Zornig, 2008: 58), na medida em que ao ser privado do seu ambiente anterior – o útero, fonte de alimento e oxigênio – e estando ainda prematuro em suas funções, o bebê sente o excesso pulsional que o toma como “um

ataque interno que será reativado em toda angústia posterior”. Este é um período no qual ainda não houve aquisição da linguagem, de forma que prevalecem os afetos sem representação.

Para entendermos melhor esse campo do que chamaremos de inominável, interessa-nos contrapor de um lado a violência como excesso – que não encontra espaço de simbolização, permanecendo aquém da linguagem – e a violência constitutiva, que provoca uma reorganização, fundamental para a estruturação do psiquismo. Se a violência mortífera é da ordem do desmedido, deixando marcas profundas na constituição psíquica, vamos procurar entender o lugar do corpo como suporte destas experiências que, como marcas, se mantêm exteriores ao psiquismo.

Com esse objetivo, num terceiro momento lançamos mão de rápidas vinhetas clínicas para pensarmos como os sintomas corporais se apresentam nos chamados casos-limite. Acompanhados de autores brasileiros atuais, vamos procurar destrinchar a ideia de que na clínica contemporânea encontramos marcas corporais cuja função é de registro do que permaneceu fora do campo da representação psíquica. São sensações sem palavras, vivências que não entram no circuito do aparelho psíquico, pois não puderam ser simbolizadas. Seguindo esse propósito, achamos pertinente trabalhar com a noção de *memória corporal* desenvolvida por Fontes (2002). Essa autora leva em conta a relação do bebê com a mãe (e com seu corpo), procurando chamar nossa atenção para os traços mnêmicos que se apresentam na clínica por meio de posturas corporais ou sensações, tais como cheiros, sabores ou imagens que podem surgir durante os atendimentos. Esses traços funcionam como registro de vivências precoces, ocorridas antes da aquisição da linguagem.

Knobloch (1998) complementa essa reflexão argumentando que para Freud o aparelho psíquico é fundamentalmente um aparelho de memória. Nesse contexto ela traz a ideia de duas “memórias” que se apresentam na clínica. A primeira diz respeito ao aspecto memorável, isto é, uma memória ligada. É um tipo de memória que se encontra em forma de representação no aparelho psíquico e é responsável pela construção da lembrança. Por outro lado, a segunda se refere ao aspecto “imemorável”, ao que é imutável, ao que se repete, mantendo-se na esfera da não-ligação e, por isso, não faz parte da cadeia associativa. Nesse sentido, verificamos que

se trata de marcas ou sequelas de experiências cuja representação não foi possível. Trata-se de uma memória atemporal, que se mantém ativa e permanece como um presente contínuo (MALDONATO & CARDOSO, 2009).

Referimos-nos a casos nos quais não há espaço para o pensar, já que aquilo que é vivenciado não se integra à cadeia associativa, o que permitiria o estabelecimento de um sentido. A memória agida e não relembrada, diz respeito à uma “não-memória” ou uma “recusa da memória”, diferente do esquecimento. Não há possibilidade de rememoração, mas sim de uma apresentação do mesmo que se perpetua num tempo eternamente presente, sem possibilidade de modificação.

Esta é uma dor que se apresenta na clínica na forma de marcas no corpo. Ao tomarmos esse caminho, somos confrontados de não podemos pensar na dor sem considerarmos a importância da alteridade nesse processo. Na base de sua emergência se encontra a ausência do outro como aquele que significa a experiência do infante (FERNANDES, 2002). Estamos no campo do transbordamento, do que escapa à elaboração psíquica.

Desse modo, não devemos confundir o *corpo representado* da histeria, lugar de simbolização e o *corpo do transbordamento* do qual nos fala Fernandes (2002). A partir dessa autora, vamos procurar reafirmar que, no que tange a clínica dos casos-limite, estamos diante de outra configuração sintomática, distinta da sintomatologia florida da histérica. Este é o campo do inominável, da dor que se apresenta no corpo. Trata-se da repetição atuada em busca da inscrição psíquica. Este que dói é o *corpo do transbordamento*, lugar do excesso, da pulsão desligada que encontra-se fora do campo simbólico.

Tendo em vista que o corpo é testemunha de um tempo precoce, buscamos com essa dissertação penetrar no universo das origens da formação psíquica e sua relação com a alteridade. Vamos procurar demonstrar o lugar central ocupado pelos cuidados maternos que tem a superfície corporal como palco. É um período no qual é importante que a criança possa sentir-se segura. Assim, os cuidados maternos cumprem a função de continente que envolve o infante num envoltório cheio de mensagens, fundamentais para a constituição de uma superfície fantasmática. Pretendemos explicar como o contato corporal é responsável por reunir o corpo do

bebê, propiciando condições favoráveis para que a psique possa realizar o trabalho de elaboração das funções e sensações corporais.

Ao longo dessa reflexão, nos dedicaremos ao estudo da clínica dos primórdios, buscando entender o lugar do corpo como o primeiro registro dos afetos que tomam o infante. Procuramos ressaltar que antes mesmo da aquisição da linguagem, o corpo está lá, como testemunha do que ainda não tem palavras. Nesse sentido, traçamos um paralelo entre aquilo que permanece sem elaboração psíquica – se repetindo em busca de representação – e o corpo como espaço de inscrição das experiências mais arcaicas.

Ao longo dessa dissertação, além de retomarmos alguns teóricos clássicos da psicanálise não deixaremos de mencionar trazer autores contemporâneos que trabalham com a primeira infância, indicando caminhos que consideram a importância do corpo na formação do psiquismo. Os estudos dos primórdios da constituição psíquica, campo relativamente recente na psicanálise, emerge a partir dos horrores vividos na segunda guerra mundial. Sabemos que no período pós-guerra cresce o interesse pela clínica dos primórdios, de forma que surgem pesquisas sobre o processo de constituição psíquica e os possíveis desdobramentos de uma vivência de violência precoce.

Levando em consideração esses estudos, trabalharemos ao longo da dissertação a partir do pressuposto que, na psicanálise contemporânea, podemos pensar em duas vertentes da clínica que se complementam: a *clínica do conteúdo* – perspectiva que se baseia no trabalho com a palavra, buscando o sentido que se encontra por trás do sintoma – e a *clínica do continente* na qual a dimensão do sensível ganha relevo (ZORNIG 2008a).

Acreditamos que com o interesse despertado pela clínica com bebês, novas questões teóricas são lançadas e nos auxiliam no manejo dos pacientes chamados de difíceis, que desafiam o método psicanalítico tradicional. Desse modo, podemos afirmar que esses casos nos convocam a pensar para além da clínica clássica, cujo enfoque residia na interpretação. Seus sintomas se apresentam em ato, no corpo e aquém da linguagem.

2.

Primórdios do psiquismo e corpo: da ótica pulsional à ética do cuidado

O homem é um corpo. O corpo dá a ele a possibilidade de ser *um indivíduo*. É a substância corporal que dá ao ser humano a possibilidade de ser uma individualidade. (SAFRA, 2004: 54 [grifo do autor])

Como psicanalistas, trabalhamos com um corpo atravessado pela linguagem, constituído na intersubjetividade. Este corpo se inscreve para além de uma fisiologia objetiva, implicando numa anatomia constituída a partir do cenário fantasmático de cada um. Forjado na relação com a alteridade — representada, num primeiro momento, pela mãe — o corpo é nomeado e erogeneizado através dos primeiros cuidados que lhe são oferecidos. Dessa forma, ele não pode ser pensado separado do psíquico, e o conceito de pulsão, desenvolvido e reformulado por Freud ao longo de todo seu percurso teórico, expressa essa inseparabilidade.

Quando tratamos de violência – entendida como uma vivência traumática – a relação corpo/psíquico se complexifica. Da sintomatologia encenada pela histérica, descrita nos primeiros trabalhos freudianos, ao corpo palco da violência desmedida, percebemos uma clara distinção, visto que no segundo caso esse corpo encontra-se atacado, muitas vezes ameaçado em sua integridade tanto psíquica quanto física. Estamos no campo do transbordamento, do excesso que compromete a simbolização. Sob esse aspecto a violência é simbolicida, impossibilitando a elaboração subjetiva.

Alguns autores pós-freudianos (Aulagnier 1979,1985; Laplanche 1988) sustentam que a constituição psíquica pressupõe uma violência, na medida em que a mãe que cuida, também é a mãe que erotiza o corpo de seu bebê, trazendo conteúdos inconscientes que lhe são próprios para aquela relação. Trata-se de significantes enigmáticos inconscientes que se apresentam nesse contato da mãe com seu filho. Por outro lado, autores que seguem uma perspectiva da chamada *clínica do continente* (Winnicott 1949,1960,1962; Ferenczi, 1927,1932), apontam a importância de um ambiente facilitador que proporciona as bases necessárias para que um sujeito possa se constituir.

Os autores que seguem esse ponto de vista chamam atenção para a importância das relações precoces, sobretudo quando se trata da função de contenção das vivências fragmentadas do início da vida da criança. A contenção ou o *holding* em conjunto com um meio acolhedor e seguro é fundamental para que haja o amadurecimento emocional satisfatório. Com o intuito de dialogar com as duas vertentes, procuramos problematizar a violência como excesso. De acordo com esse ponto de vista, trata-se de duas formas de violência distintas: uma que constitui e estrutura o psiquismo do infante e, a outra, uma violência desestruturante. Quando abordamos a violência como excesso, estamos no campo pulsional, dos afetos sem simbolização, do que transborda, indo além da possibilidade de inscrição psíquica, permanecendo ao nível da repetição do mesmo (compulsão à repetição descrita por Freud) e das encenações no corpo.

Cabe, contudo, iniciar essa reflexão a partir das primeiras teorizações freudianas acerca dos sintomas corporais das histéricas, que abriram um vasto campo de estudos para a teoria psicanalítica. As noções defendidas por Freud ainda no contexto da primeira tópica são bases fundamentais para refletirmos sobre o corpo na psicanálise. Em seguida nos voltaremos para a problemática dos cuidados maternos e sua importância na constituição subjetiva, complementando algumas formulações freudianas referentes a relação psique / soma.

2.1

O corpo na histeria: um olhar sob a primeira tópica freudiana

Sabemos que, desde os primórdios de sua clínica com as histéricas, Freud (1886, 1893) já se interessava pela questão do corpo. A capacidade atribuída a essas pacientes de simular diferentes doenças orgânicas nervosas justificava-se pelo fato de seus sintomas contradizerem as regras anatômicas. De fato, outro processo estava em jogo. Como o próprio Freud (1986: 16) coloca em um de seus primeiros trabalhos sobre o tema, “nenhuma sintomatologia definida pode ser atribuída à histeria, simplesmente porque nela pode ocorrer *qualquer* combinação de sintomas”. Mas,

apesar de sua sintomatologia ser “extremamente multiforme” (op. cit), não havia como negar que nesse quadro imperava uma lei e uma ordem bem particular.

Desse modo, desde os primeiros textos psicológicos Freud dá destaque aos sinais somáticos encenados pelas histéricas e interpretados à sua maneira. Seus sintomas são, no entendimento deste autor, independentes da anatomia do sistema nervoso. Como ele ressalta: “[...] *nas suas paralisias e em outras manifestações, a histeria se comporta como se a anatomia não existisse, ou como se não tivesse conhecimento desta* [...] Ela toma os órgãos pelo sentido comum, popular [...]” (1893: 97 [grifo do autor]). Como veremos, no que diz respeito à sintomatologia da histeria, estamos diante do corpo que representa um conflito, colocando em cena seu mal estar. Ao não levar em conta as leis da anatomia, o sintoma histérico segue a lógica da linguagem popular. O órgão afetado vincula-se a uma representação carregada de afeto. Assim, no quadro histérico testemunhamos um corpo simbolizado que comporta uma intensa carga associativa. A esse propósito, Freud afirma que:

[...] em todos os casos da paralisia histérica verificamos que *o órgão paralisado ou a função abolida estão envolvidos numa associação subconsciente que é revestida de uma grande carga de afeto, e pode ser demonstrado que o braço tem seus movimentos liberados tão logo essa quantidade de afeto seja eliminada*. Por conseguinte, a concepção do braço existe no substrato material, mas não está acessível às associações e impulsos conscientes, porque a totalidade de sua afinidade associativa está, por assim dizer, impregnada de uma associação subconsciente com a lembrança do evento, do trauma, que produziu a paralisia. (1893: 100 [grifo do autor]).

Em *Estudos sobre a histeria* – obra escrita em parceria com Breuer – Freud sustenta a tese de que o trauma e seu conteúdo sexual são os responsáveis pelo quadro clínico da histeria. Com efeito, o neurótico em sua infância teria vivido uma sedução sexual real exercida por um adulto e esta, em seu caráter traumático, teria sido recalçada e transformada num núcleo patogênico. Estamos num momento da teoria freudiana em que ainda não havia sido postulada a sexualidade infantil, um importante divisor de águas das formulações sobre a sexualidade (GARCIA-ROZA, 1998). O autor defende, então, a existência de uma sedução real, elaborando, a partir disso, a noção do trauma em dois tempos: o primeiro referindo-se à cena traumática

vivida pela criança, sem que ela se dê conta de seu caráter sexual; o segundo tempo referente ao período da puberdade, quando a primeira cena é ressignificada a partir de uma nova vivência, não necessariamente sexual, mas que evocaria a primeira por meio de um traço associativo. Dentro dessa perspectiva, a lembrança da primeira cena teria um caráter traumatogênico, de maneira que as histéricas sofreriam de reminiscências, à medida que não seria o passado em si traumático, mas a lembrança deste no contexto do cenário atual.

Sobre esse assunto, Knobloch (1998) aponta que a psicanálise se consolida no campo da representação, do sentido, cuja técnica de interpretação tem por finalidade traduzir o que está inscrito no psiquismo. Nesse contexto, no que tange a primeira tópica freudiana, nos encontramos sob a égide da significação, da história inserida numa temporalidade e que emerge por meio do processo de análise, tornando conscientes os conteúdos recalcados. Seguindo essa autora, verificamos que, se primeiramente Freud acreditava que a chave para a cura das neuroses estaria na rememoração – na medida em que defendia que a etiologia do sintoma histórico estaria ligada a um trauma vivido – será por meio das recordações que a cura poderá advir. Mais tarde o autor reformula a teoria do trauma enfatizando a noção de fantasia.

Na opinião de Figueiredo (2001), o pensamento de Freud foi se modificando no decorrer de suas elaborações sobre a histeria, o que acabou por distanciá-lo de Breuer e das formulações desenvolvidas em seus primeiros trabalhos sobre o tema. Como consequência, houve um esvaziamento da problemática das cisões e do trauma. As fantasias e o recalco passaram a ser o foco de seu interesse. Figueiredo (op. cit: 224) acredita que ao “esvaziar” a questão do traumático, Freud procurava de alguma maneira “atenuar a força da posição passiva do sujeito nos momentos mais decisivos e fundantes da constituição psíquica”; ou seja, ao privilegiar o pulsional em detrimento do traumático, ele teria feito a opção pelo pólo masculino do psiquismo, visto que, quando se trata de pulsão, é o caráter ativo que está em jogo. Sob esse aspecto, acaba abdicando do caminho que o levaria ao estudo dos momentos fundantes da constituição psíquica, privilegiando o mecanismo do recalco e da fantasia.

De fato, na primeira tópica, Freud privilegia a noção de corpo na histeria, cuja anatomia puramente fantasmática se encena através dos múltiplos sintomas corporais. A esse propósito, Fernandes (2003: 34-35) sustenta que a histeria, no princípio da obra freudiana, representa um modelo de excelência. A autora, em sua pesquisa, procura diferenciar os sintomas corporais histéricos dos sintomas psicossomáticos. Com esse propósito, chama atenção para o fato de haver uma distinção entre o fenômeno de conversão – presente na histeria – e o fenômeno de somatização, ressaltando que constituem diferentes processos de simbolização. No primeiro caso, trata-se de um corpo que “narra o que *mostra*, como nas imagens visuais ou no sonho”. Não estamos falando de um corpo doente, mas um corpo que serve de substrato material para uma narração visual. A imagem, nesse contexto, testemunha um sofrimento que se insere no plano fantasmático. Cabe, contudo, esclarecer que ao seguir essa perspectiva não entendemos o corpo separado do psiquismo, mas ao contrário, procuramos privilegiar a dimensão corporal como cenário representado da problemática histérica. Apoiamo-nos na ideia, indicada por Freud, de um conflito psíquico que produz um recalçamento. O sintoma histérico é, assim, portador de um significado inconsciente, e o fenômeno da conversão encontra-se no cerne desse processo¹.

Ao nos voltarmos para Freud, verificamos que o autor define a conversão como um modo de defesa típico da histeria, remontando à tentativa de resolver o conflito psíquico em termos de sintomas somáticos ou sensitivos. O autor esclarece que neste caso o afeto mostra-se desligado da representação recalçada, cuja significação simbólica procura permanecer oculta. Como ele nos mostra em seu texto sobre *As Neuropsicoses de defesa* (1894), há uma tentativa de suprimir ideias sexuais que são incompatíveis com o ego. O autor acredita que, nas mulheres com sintomas histéricos, existe um esforço defensivo para excluir as representações causadoras de conflito, tornando-as inócuas como se nada tivesse se passado. Por outro lado, neste texto Freud procura deixar claro que essa exclusão não é possível, na medida em que os traços de memória e o afeto ligado àquela ideia permanecem no sujeito. A ideia,

¹ Voltaremos à distinção entre corpo simbolizado e o corpo que escapa à elaboração psíquica, ou corpo do transbordamento, no quarto capítulo desta dissertação.

assim, se mantém viva junto com a soma de excitação a ela vinculada. Para o autor, o que ocorre na histeria é um processo no qual “a ideia incompatível é tornada inócua pelas transformações da soma de excitação em alguma coisa somática” (FREUD, 1894: 61). Este, portanto, é o processo de conversão.

Podemos observar que a psicanálise, em seus primórdios, enfatiza a perspectiva de um *corpo-escritura* (FERNANDES, 2003) para traduzir os sintomas histéricos. Estes, apesar de multiformes, seguem uma lei e uma ordem que lhe são próprios, resultado do conflito psíquico. Segundo a autora, é evidente o valor simbólico dos sintomas histéricos. Partindo da hipótese de que o corpo é o palco onde se encena a trama da relação do psíquico com o somático, ela sustenta que Freud, ao tratar do quadro da histeria, percebe como o sofrimento psíquico se revela por meio da encenação. Como já afirmamos, são mecanismos retratam a lógica de uma anatomia fantasmática: "o corpo adquire um valor simbólico quando sua realidade biológica é colocada em um sistema significante" (FERNANDES, 2003: 41). Este é um corpo pulsional, resultado de investimentos afetivos.

Já em 1905, nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, Freud apresenta uma concepção mais elaborada da sintomatologia histérica, defendendo que esta seria nada mais do que um substituto de desejos investidos de afeto que, por meio do processo de recalçamento, têm sua descarga negada. Desse modo, através do mecanismo da conversão, a descarga se realizaria no corpo. O autor postula que a origem das psiconeuroses estaria diretamente vinculada à pulsão sexual, de maneira que “os sintomas são a atividade sexual dos doentes” (2002[1905]: 42).

É importante frisar que nesse trabalho Freud conceitua mais detalhadamente a pulsão sexual, defendendo a pulsão como reguladora da vida psíquica. Ela é, com efeito, “um estímulo *para* o psíquico” (GARCIA-ROZA, 2000: 84). Entendendo a pulsão como “um representante psíquico de uma fonte endossomática de estimulação” (FREUD, 2002 [1905]: 46), o autor delimita esse conceito, localizando-o na fronteira entre o psíquico e o somático, na qual opera como uma exigência de trabalho à vida psíquica. Deve-se notar, entretanto, que neste momento de sua teoria, ao falar de pulsão em geral, Freud está se referindo à pulsão sexual em contraposição à noção de pulsão de autoconservação.

Sobre a temática da pulsão, interessa-nos mencionar que, embora o termo pulsão tenha sido empregado inúmeras vezes ao longo da obra freudiana, verificamos a partir de Garcia-Roza (2000: 82), que há certa indefinição sobre este conceito nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Não ficaria claro se ela é psíquica ou não-psíquica. Segundo este autor, em alguns momentos Freud se refere à pulsão como um estímulo constante cuja origem é corporal em contraposição aos estímulos do mundo externo, que não são constantes. Por outro lado, há trechos nos quais Freud usa o termo referindo-se ao representante psíquico dos estímulos corporais, de maneira que a pulsão, nesse sentido, seria psíquica. Para além desta indefinição, convém ressaltar que o próprio Freud define a pulsão como um conceito-limite entre o psíquico e o corporal, cuja função residiria na articulação entre anímico e o somático. Entretanto, é curioso que, apesar do corpo encontrar-se no centro da construção teórica freudiana (FERNANDES, 2003), este autor não teria se detido especificamente na problemática da organização corporal. Como sustenta Garcia-Roza (2000: 98-99):

É curioso que em nenhum momento Freud afirme que a origem da pulsão é “o corpo”, isto é, uma totalidade organizada, mas sim que a pulsão tem sua origem num “processo somático”, numa “parte do corpo”, num “órgão”, etc., não importando qual a relação que as várias “partes” mantêm entre si ou com a totalidade do organismo. A ordem e a inteligibilidade desse corpo não importam, elas não são pertinentes quando se trata de produzir uma inteligibilidade para as pulsões. Com isto Freud não pretende desqualificar o discurso biológico sobre o corpo, mas apenas colocá-lo entre parênteses ao construir o discurso psicanalítico

A esse respeito, no interior do discurso psicanalítico a pulsão, como conceito-limite, ocupa a região do silêncio, referindo-se ao corpo, apesar de não ser o corpo em si; “está além da linguagem mas a pressupõe” (GARCIA-ROZA, 2003:9). Ela escapa à representação, na medida em que não se encontra no registro da distinção consciente-inconsciente, está fora do espaço de representação, “não se fazendo presente no psiquismo a não ser por seus representantes psíquicos: a *Vorstellung* [representação, ideia] e o *Affekt* [afeto]” (op. cit, 2000: 97). Enquanto o afeto responde pela intensidade da energia pulsional, a representação pode ser entendida como um “complexo de imagens”. Se num processo defensivo a representação pode ser recalçada, o mesmo não ocorre com o afeto. Este pode ser entendido como pura

intensidade e comporta três destinos: a transformação do afeto, como ocorre na histeria de conversão; o deslocamento do afeto, presente nas ideias obsessivas; e a troca de afetos, presente na neurose de angústia e na melancolia. Freud apenas indica esses três mecanismos na carta que escreve Fliess em maio de 1894, não se aprofundando nessa questão. Entretanto, o que buscamos mostrar é como a pulsão, em sua intensidade, não pode ser objeto da consciência a não ser por meio de seu representante, assim como não se encontra no interior do inconsciente a não ser pela representação. Essa indicação é de grande valia no que diz respeito àquilo que permanece fora de possibilidade de representação. Questão que voltaremos a abordar mais detalhadamente no segundo capítulo dessa dissertação.

Com efeito, observamos que na primeira tópica Freud dá ênfase à clínica da neurose e aos seus mecanismos de defesa que incluem a possibilidade de representação da pulsão. Estamos no campo da simbolização e da possibilidade de elaboração do sofrimento psíquico. O autor trabalha com a noção de conflito psíquico e das defesas que o sujeito lança mão para dar conta de seu mal estar. O sintoma corporal histérico é, de fato, uma forma de representação de seu conflito que inclui a descarga pulsional. Nesse caso, há um prazer envolvido na profusão de sintomas que testemunhamos na histeria.

Retomando a discussão sobre a pulsão na obra freudiana, nos voltamos a Dias (2003), autora brasileira winnicottiana. Ela sustenta que o conceito de pulsão em Freud resolve a difícil tarefa de articular o corpo e o psiquismo. Partindo da definição da pulsão como representante psíquico de forças somáticas, ela entende que a concepção freudiana permanece atada ao modelo físico do psiquismo. De fato, é o dualismo pulsional que põe em movimento o psiquismo. A autora também sustenta que a discussão sobre a metapsicologia freudiana permanece no âmbito das forças ou investimentos libidinais, referindo-se a Laplanche e Pontalis para reforçar que não seria possível, para Freud, falar sobre os processos psíquicos sem incluir a economia de investimentos.

Seguindo as indicações da autora, verificamos com Laplanche e Pontalis (2001) que o uso do termo *Trieb* em alemão remete mais ao caráter irreprimível da pulsão do que a uma fixação da meta ou do objeto. Segundo os autores afirmam, esse

termo só passa a ser utilizado por Freud a partir de 1905, tendo sua origem na noção energética formulada pelo autor anteriormente. Será nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* que a pulsão fará sua entrada e que se apresentará a distinção – fundamental em sua obra a partir de então – entre fonte, objeto e meta da pulsão. A fonte, cuja natureza é somática, pode nos confundir quanto à diferenciação fundamental que Freud faz da pulsão em relação ao instinto. Cabe, assim, pontuar que nesse trabalho o autor se detém em desqualificar a possível identificação entre ambos (GARCIA-ROZA, 2000, 2003). Raros foram os trechos nos quais Freud teria realmente se referido ao instinto sem empregá-lo como sinônimo de pulsão. Esta confusão pode ser atribuída à tradução inglesa das obras completas, que optou pelo uso do termo *instinct* para designar a palavra *Trieb* utilizada por Freud (op. cit).

Dentro dessa perspectiva, observamos como na primeira teoria pulsional a sexualidade é ponto central na argumentação freudiana. Baseando-se no estudo da perversão e da sexualidade infantil o autor sustenta que a pulsão, diferentemente do instinto, não tem uma meta ou um objetivo específico: estes variam segundo a história pessoal de cada um. As metas são múltiplas e dependem de fontes somáticas, estas também múltiplas, podendo assumir uma função predominante, como é o caso das zonas erógenas. Não há nenhuma parte específica do corpo que carrega a exclusividade do que é sexual, de forma que qualquer parte pode ser uma zona erógena. A pulsão sexual é, então, resultado de inúmeras pulsões parciais.

Outro aspecto importante refere-se ao fato de Freud (1905) procurar deixar claro que a sexualidade infantil encontra-se no registro do autoerotismo. É “perverso-polimorfa”, e a sua meta é a satisfação atingida por meio de objetos diversos. A pulsão se satisfaz, nesse contexto, primeiramente no próprio corpo – seu objeto é uma parte deste.

A noção de autoerotismo nos auxilia a pensar o período precoce de desenvolvimento. Trata-se de uma etapa na qual o corpo funciona como apoio da pulsão, é fonte e objeto desta. Sobre esse ponto, Fontes (2002: 32) chama atenção para a “função de contato” que o autoerotismo comporta, referindo-se primeiramente ao sono, para posteriormente incluir o gesto, a voz, o rosto, ou seja, as diversas dimensões conhecidas pela psicanálise. Segundo a autora aponta, no desenvolvimento

normal haveria um abandono do objeto nutriente externo, o que permite o engendramento autoerótico das formas sexuais. Há um prazer de órgão envolvido nesse processo, de forma que a substituição do objeto alimentar induz a sexualidade “como capacidade de dar lugar a um outro”. Sob esse ponto de vista, Fontes (op. cit) acredita que a sexualidade autoerótica tem um aspecto criativo que abarca possibilidades de renovação. Trata-se, assim, de um corpo em vias de simbolização. Por meio da voz materna, de seu toque, de suas palavras, o corpo é representado. Como veremos a seguir, o corpo será o primeiro espaço de comunicação do infante com o mundo, e é por meio deste que ocorrem as primeiras interações mãe-bebê.

Mas ainda em Freud encontramos algumas indicações sobre o lugar central que os cuidados maternos ocupam no processo de constituição do sujeito. Nesse contexto, a noção de apoio, apesar de pouco abordada no decorrer de sua obra, é importante para pensarmos esta relação. Se o bebê tem no seio sua primeira fonte de satisfação, a amamentação associa-se não apenas ao fato de saciar a fome, mas também de obter prazer por meio do contato da mucosa da boca com o seio. Esta é a base do autoerotismo infantil:

Aquilo que o recém-nascido busca com seu comportamento auto-erótico não é a satisfação de uma necessidade, mas sim repetir a experiência de satisfação que teve ao sugar pela primeira vez o seio materno. Só que nessa primeira experiência a sensação prazerosa resultante do contato dos lábios com o bico do seio estava ligada à ingestão do alimento, sendo impossível distinguirmos naquele momento o que era devido ao prazer do sugar e o que era devido à satisfação da necessidade de nutrição. É somente quando o prazer do sugar adquire independência da função nutrição – o que caracteriza o sugar auto-erótico – que podemos falar propriamente em pulsão sexual. O polegar que a criança suga compulsivamente nada tem a ver, diretamente, com a satisfação da necessidade de alimento. O que está em jogo é o sugar sensual ou o prazer do órgão. A partir do auto-erotismo, as manifestações da pulsão sexual são facilmente verificáveis, já que os comportamentos pelos quais ela se manifesta são claramente distintos daqueles chamados a atender às necessidades vitais. Até então, isto é, até o surgimento do auto-erotismo, as pulsões se *apoiavam* nas funções biológicas, desfazendo aos poucos esse apoio e tornando-se autônomas. (GARCIA-ROZA, 2000: 106-107)

Assim, desde os primórdios, a criança encontra-se atravessada pela sexualidade, que tem no seu corpo a possibilidade de satisfação. A pulsão se apoiaria primeiramente na satisfação das necessidades vitais, para logo se desviar das funções

biológicas e buscar o prazer. O objetivo principal da pulsão passa a ser, então, reviver essa primeira experiência de satisfação para sempre perdida. Esse prazer no contato do bebê com o outro adulto é, como veremos, essencial para o estabelecimento de um corpo fantasiado, representado psiquicamente.

É interessante frisar que nos *Três ensaios sobre a sexualidade* – assim como em *Interpretação dos sonhos*, publicado cinco anos antes – fica clara a virada teórica que marca a obra freudiana a partir da superação da teoria da sedução. O autor já havia questionado se realmente haveria uma sedução real perpetrada pelos pais, dando lugar à noção de realidade psíquica e sustentando que ainda na infância encontraríamos uma sexualidade própria deste período. Entram em cena as noções de fantasias e de sexualidade infantil, que passam a ser fundamentais no processo psicanalítico.

Nesse contexto, o estatuto da fantasia na obra freudiana passa a ocupar um lugar privilegiado. Apesar de seu emprego ser extenso na psicanálise, a fantasia é comumente descrita como uma formação de compromisso, cuja estrutura é comparável ao sonho. É um mecanismo que acima de tudo implica numa elaboração psíquica, encontrando-se em estreita relação com o inconsciente. Se nos *Estudos sobre a histeria* os autores fazem referência à importância da fantasia na histeria, essa noção ganha diversos níveis no decorrer da teoria da freudiana que abarcam o consciente, sublimação e inconsciente (LAPLANCHE & PONTALIS, 2001). No que se refere ao nosso trabalho, interessa-nos pensar esse termo em sua relação com o processo de elaboração psíquica e simbolização. Entendemos que a fantasia exige um amadurecimento egoico e a capacidade de figurar as vivências. É apenas a partir dos primeiros cuidados que erotizam o corpo do bebê que emerge a possibilidade de um corpo fantasiado. Antes dessa conquista, como veremos adiante, outros mecanismos estão em jogo.

Retomando os *Três ensaios* gostaríamos de chamar a atenção para o destaque dado por Freud à noção de zona erógena. Ao defendê-la como fonte da pulsão, o autor ressalta a importância da pulsão, chamando atenção para sua apresentação no corpo. Definida pelo autor como “uma parte da pele ou da mucosa em que certos tipos de estimulação provocam uma sensação prazerosa de determinada qualidade”, a

noção de zona erógena nos conduz pela sexualidade autoerótica infantil e permite que nos aprofundemos no universo da relação mãe-bebê. Se por um lado, a mãe responde às necessidades vitais de seu filho, por outro, ela erotiza seu corpo, despertando nele a pulsão sexual. Verificamos, então, que Freud não abandona absolutamente a teoria da sedução, deslocando esse aspecto para a relação dual mãe-bebê:

O trato da criança com a pessoa que a assiste é, para ela, uma fonte incessante de excitação e satisfação sexuais vindas de zonas erógenas, ainda mais que essa pessoa – usualmente a mãe – contempla a criança com os sentimentos derivados de sua própria vida sexual: ela a acaricia, beija, embala, e é perfeitamente claro que a trata como o substituto de um objeto sexual plenamente legítimo [...] com todas as suas expressões de ternura, ela está despertando a pulsão sexual de seu filho e preparando a intensidade posterior desta. (FREUD, 2002 [1905]: 100).

Com efeito, o corpo descrito por Freud no interior da primeira tópica é erotizado, povoado por fantasias e banhado de pulsões. É um corpo fruto da relação com o outro e só se constitui na intersubjetividade. Partindo desse ponto de vista, defendemos a importância de se refletir os primórdios da constituição psíquica e dos cuidados maternos na constituição subjetiva. Voltamo-nos, então, neste momento, para essa discussão, problematizando inicialmente o nascimento, para posteriormente desenvolvermos a questão da violência sofrida nos primórdios da constituição psíquica e suas implicações no corpo.

2.2.

Cuidados ambientais e constituição psíquica

Partindo da solidão essencial, o ser humano entra no mundo na condição de exilado surpreendido, acolhido no abraço e no olhar de alguém para que um lugar se estabeleça e um iniciar-se possa acontecer. (SAFRA, 2004: 24)

Nos primórdios da formação subjetiva a mãe tem um papel fundamental, pois o bebê humano, em seu desamparo primordial, necessita ao nascer dos cuidados de um adulto. Ao nos voltarmos para Winnicott e suas elaborações sobre a constituição psíquica, observamos que, apesar do autor não privilegiar a questão pulsional, com

suas formulações acerca dos cuidados maternos primários ele nos auxilia a refletir sobre a relevância do ambiente nos primeiros anos da vida de uma criança. Autor original, pioneiro no estudo da primeira infância, postula a existência de uma *não-integração primária* (2000 [1945]: 223) natural no início da vida. Será a partir do contato com o outro que cuida, num ambiente facilitador, que gradualmente o bebê passaria a construir a noção de unidade. O autor destaca a questão da alteridade ao sublinhar que é a partir dos cuidados do outro adulto, em geral a mãe, que um sujeito integrado poderá advir. O outro com seu olhar, com sua disponibilidade para atender as necessidades prementes do bebê, fornece as condições para que a criança possa experimentar um sentimento de continuidade na sua existência.

Chamando atenção para as condições necessárias para a experiência de ser, Winnicott aponta que haveria uma tendência à integração favorecida por dois fatores: o aspecto instintivo, que tende a aglutinar a personalidade a partir de dentro, e a “silenciosa experiência de estar sendo cuidado fisicamente” (op. cit: 224-225). Essa vivência é oferecida por uma adaptação ativa da mãe – ou algum adulto que ocupa esta função – às necessidades do bebê.

Segundo esse ponto de vista, o amadurecimento emocional do sujeito tem como condição primordial a relação mãe-bebê. De fato, Winnicott sustenta que num primeiro momento o recém-nascido encontra-se em posição de dependência absoluta dos cuidados maternos, não havendo uma separação entre este e sua mãe. Nessa fase, a criança ainda não pode perceber que há um outro indivíduo dela separado que responde às suas necessidades. Ela se adapta ativamente ao bebê permitindo que este pense que está criando o objeto externo que ela lhe apresenta, momento de ilusão no qual o bebê acredita onipotentemente que controla o meio à sua volta. A ilusão de onipotência é fundamental para seu posterior amadurecimento emocional, e será a base do tipo de relação de objeto que o sujeito vai construir. Cabe ainda ressaltar que, nessa fase, a criança encontra-se apenas na posição de receber os cuidados, como bem apontam Davis & Wallbridge (1982: 50):

Nessa etapa, o bebê não tem meios de saber nada a respeito do cuidado materno, que é, em grande parte, uma questão de profilaxia. Não pode obter controle sobre o que é

bem ou mal feito, mas está apenas em posição de obter proveito ou sofrer perturbações.

A percepção da maternagem que é oferecida à criança só será alcançada posteriormente, na passagem da dependência absoluta para a dependência relativa, por volta dos cinco ou seis meses. Para que ocorra esse processo são necessárias três realizações: a integração, a personalização e o início das relações objetais.

A primeira é conquistada gradualmente pelo sujeito ao longo de seu processo de amadurecimento. Se primeiramente sua personalidade ainda não está integrada, será a partir de um ambiente favorável, oferecido pela mãe suficientemente boa, que gradualmente uma vivência de unidade vai se construindo. É necessário, assim, um suporte ambiental confiável para que o ego ainda imaturo do bebê possa caminhar rumo à experiência de unidade. A mãe vê seu filho como inteiro e, é por meio de seu apoio, através do seu olhar, de sua presença, que a criança pode oscilar entre períodos de integração e não-integração.

Inicialmente o bebê parece não se importar com essa oscilação, desde que haja um movimento persistente rumo à integração. Apenas momentaneamente o bebê tem a experiência de unidade, perdendo esse estado em seguida, e mais à frente voltando a sentir-se inteiro. Esse processo tem como fundamento uma linha de continuidade que implica em oscilações entre esses dois estados. Sob esse aspecto, se o bebê sente que o mundo à sua volta é confiável, ele torna-se capaz de aceitar o apoio ambiental como algo dado, podendo ter, durante algum tempo, experiências de não integração sem que isso se torne uma ameaça à sua continuidade pessoal (DAVIS & WALLBRIDGE, 1982).

Winnicott (1983[1962]) defende a importância desse movimento rumo à integração, destacando que as bases da saúde mental do sujeito são construídas na primeira infância. Sob essa ótica, a constituição psíquica do indivíduo adulto é produto de vários estágios vividos ao longo de seu amadurecimento emocional.

Ao abordar esse processo rumo à experiência de unidade, o autor menciona a função de proteção contra ansiedades inimagináveis exercida pelos cuidados maternos. Para ele a vivência de desintegração é fruto da ausência de um continente ambiental, que acaba por deixar o sujeito à mercê das angústias impensáveis. As

falhas de maternagem acarretam consequências para a criança, pois sua continuidade existencial é cortada, levando a uma reação por parte do indivíduo em formação. Quando a vivência de descontinuidade é algo recorrente – como ocorre em ambientes violentos – fundamentam-se as bases para um padrão de fragmentação do ser. O amadurecimento emocional ficaria, assim, sobrecarregado “no sentido da patologia” (WINNICOTT, 1983[1962]: 59).

As ansiedades experimentadas na fase que Winnicott chama de “estágios iniciais de relacionamento paterno-infantil” dizem respeito à ameaça de aniquilamento, na medida em que a “alternativa a ser é reagir”, e isto interrompe o ser e o aniquila (1983 [1960]: 47). Ser e aniquilamento serão, então, as alternativas possíveis para o sujeito nesta fase de desenvolvimento emocional. Quando as coisas não vão bem, o bebê torna-se consciente de que reage a uma irritação, o que produz uma ruptura na continuidade de ser, enfraquecendo o ego. Essas irrupções estão associadas a sofrimentos de qualidade psicótica. A vivência em situações extremas faz com que o bebê só exista “na base da continuidade de reações a irritações e da recuperação de tais reações” (op. cit: 51), o que contrasta com a continuidade do ser, concebida como a força do ego por Winnicott. Podemos pensar que este padrão de reação permanece durante a vida adulta, levando o sujeito a constantes atuações, tal como observamos na nossa clínica, por exemplo, nos *actings* violentos dos pacientes *borderline*. Reagir passa a ser um padrão de relação em detrimento com o sentir com, da possibilidade de ser.

Em 1962, Winnicott retoma a noção de aniquilamento, colocando ainda mais em relevo a noção de ansiedade inimaginável sofrida pelo bebê quando não há cuidado materno suficientemente bom. Nesse momento o autor, quando os cuidados maternos primários falham, a criança não seria capaz de começar a maturação do ego ou, caso consiga, o desenvolvimento do ego se dará de forma distorcida em certos aspectos vitalmente importantes. Nesse contexto, o bebê entendido como imaturo está, nas palavras do autor,

[...] continuamente a pique de sofrer uma ansiedade inimaginável [...] evitada por esta função vitalmente importante da mãe neste estágio, sua capacidade de se pôr no lugar do bebê e saber o que ele necessita no cuidado geral do seu corpo e, por

consequência, de sua pessoa. O amor, neste estágio pode apenas ser demonstrado em termos de cuidados corporais (WINNICOTT, 1983 [1962]: 56).

Segundo nos aponta Dias (2003), Winnicott entende que no início a psique não se está unida ao corpo. Essa unidade só se forma *se tudo correr bem no processo de amadurecimento*. Sob essa ótica, inicialmente o corpo e a psique estão indiferenciados e apenas aos poucos vai se constituindo a diferenciação entre ambos. Concomitantemente, há uma tendência à integração, que vai agir no sentido de reuni-los. Porém, como ressalta a autora, não há garantias de que a psique e o *soma* vão operar como uma unidade, porquanto é “uma conquista que pode – ou não – ser alcançada e que, tendo sido alcançada, pode ser perdida, mesmo na saúde” (DIAS, 2003: 209). Essa coesão corpo / mente só é possível quando há um outro que, com sua disponibilidade, sustenta o bebê. Conjuntamente aos cuidados surge um olhar, são introduzidas palavras que dão sentido à vivência da criança. O ego, assim, baseia-se primeiramente em um ego corporal. Apenas através desse primeiro suporte o *self* do bebê começaria a se integrar com o corpo e suas funções. Trata-se de um *alojamento da psique no corpo* (DIAS, 2003), de maneira que “o bebê que não é reunido pela mãe sente-se espalhado”, fragmentado. Encontramos, assim, uma oposição: por um lado despersonalização, que diz respeito a uma vivência de fragmentação e estranhamento em relação ao corpo; e, por outro, o processo de personalização. No segundo caso não há uma conquista possível pelo processo de amadurecimento emocional e que tem um adulto suficientemente disponível como personagem fundamental.

A partir de Winnicott, entendemos como a criança precisa sentir-se segura por meio dos cuidados maternos. São estes que vão reunir seu corpo, propiciando condições favoráveis para que a psique possa realizar o trabalho de elaboração das funções e sensações corporais. Trata-se de poder conter aquilo que é vivido pelo bebê como fragmentado, possibilitando que ele possa ser, em detrimento a reagir. Sem este continente, a criança está sob risco de ser tomada pelas ansiedades inimagináveis. Por meio desse processo de integração, o corpo vai se tornando *soma* (op. cit), de forma que se constrói uma íntima relação entre o *soma* e a psique: esta “passa a habitar no

corpo, tornando-se sua morada” e proporcionando uma experiência de unidade. Como nos aponta Winnicott:

[...] uma proteção do ego suficientemente boa pela mãe (em relação a ansiedades inimagináveis) possibilita ao novo ser humano construir uma personalidade padrão da continuidade existencial. Todas as falhas que poderiam engendrar a ansiedade inimaginável acarretam uma reação da criança, e esta reação corta a continuidade existencial. Se há recorrência da reação desse tipo de modo persistente, se instaura um padrão de fragmentação do ser. (WINNICOTT, 1983 [1962]: 59)

A desintegração – caracterizada pelo autor como uma produção ativa que funciona como uma defesa contra a ansiedade inimaginável – seria, assim, consequência de uma falta de segurança no estágio de dependência absoluta. Trata-se de uma produção ativa do caos pelo bebê, cuja vantagem está em não ser uma produção ambiental, encontrando-se dentro do espaço de onipotência do indivíduo. Se a integração está vinculada à função ambiental de segurança, a desintegração é uma resposta reativa do sujeito frente ao ambiente vivido como invasor. A produção de caos funciona como uma defesa, mas não deixa de causar cicatrizes subjetivas.

Como indica o autor, nos estágios iniciais de amadurecimento egóico prevalecem as ansiedades vinculadas à ameaça de aniquilamento. Emergindo como consequência da reação da criança ao meio, desenvolve-se sob condições favoráveis uma continuidade de existência que permitiria ao próprio bebê absorver as modificações ambientais e as irritações provocadas pelo meio. Mas quando os cuidados maternos primários falham, a criança, para Winnicott, não seria capaz de começar a maturação do ego – ou, caso isso ocorra, seu desenvolvimento emocional fica comprometido em certos aspectos vitalmente importantes. Nesse contexto, o bebê entendido como imaturo estaria, nas palavras do autor, “continuamente a pique de sofrer uma ansiedade inimaginável” (1983 [1962]: 56), esta só podendo ser contida pelos cuidados maternos executados principalmente no corpo da criança.

Seguindo esse ponto de vista, nos remetemos a um caso atendido em domicílio por uma equipe de acompanhamento terapêutico². A paciente, que já havia passado dos quarenta anos, apresentava constantemente explosões violentas com os profissionais que com ela trabalhavam, assim como com seus empregados domésticos. Tinha como sintoma marcante uma coceira intermitente que piorava quando o namorado não podia eventualmente dormir com ela. O que mais nos chamava atenção é que tal coceira só podia ser aliviada quando a enfermeira passava uma pomada para assaduras de bebê. Questionávamos que função tinha esse ritual para ela, que tinha nós, os acompanhantes, como testemunhas? Nosso olhar, nossas palavras e os cuidados da enfermeira teriam como função simbolizar aquele corpo, que apresentava o mal estar da paciente de forma tão radical?

É importante complementar que no período das coceiras a paciente apresentava inúmeras quedas, que tiveram como consequência algumas fraturas que a impediram de andar. Desse modo, ela precisava ser amparada para se movimentar e só podia sair de casa com a ajuda de uma cadeira de rodas. Outro fato marcante era o pedido que a paciente fazia a cada novo membro da equipe de acompanhamento. Queria ajuda para morrer e ficava muito decepcionada quando tentávamos trabalhar essa questão com ela. Havia algo de insustentável em sua existência. Qual poderia ser, então, o nosso lugar enquanto acompanhantes e testemunhas de seu sofrimento?

Como afirma Dias (2003: 209-210):

O cuidado materno correspondente a essa tarefa de alojamento da psique no corpo é o manejo (*handling*). O manejar faz parte do segurar total (*holding*), mas refere se especificamente ao segurar físico. No segurar-manejar devem ser incluídas todas as experiências sensoriais necessárias: ser envolvido, por todos os lados, num abraço vivo que tem temperatura e ritmo e que faz o bebê sentir tanto o corpo da mãe como seu próprio corpo [...] as inúmeras sensações táteis ao ser manejado de todas as formas, banhado, acariciado, afagado, cheirado, etc. [...] a resposta ativa e concreta para os estados excitados, tanto no que se refere à busca de algo quanto à satisfação instintual e motora. Todas essas experiências permitem ao bebê habitar, mesmo que momentaneamente, no corpo, favorecendo a associação psicossomática e

² Acompanhamento Terapêutico é uma clínica relativamente recente que se instaura no Brasil como um dos braços da desinstituição dos pacientes psiquiátricos promovida pelo movimento de Reforma Psiquiátrica. Atualmente vem sendo empregada como uma alternativa às longas internações e como possibilidade de manutenção do tratamento em casos graves de neurose, psicose e no variado espectro de apresentações dos estados limites como as toxicomanias, por exemplo.

contribuindo para o sentido de “real” – de realidade de si mesmo – oposto a “irreal”: o fato de estar vivo e existir vai ganhando consistência”

Havia, assim, algo de inconsistente na existência da paciente descrita. Algo que nos remetia ao imperativo da pulsão de morte e a falhas graves na constituição psíquica. Sobre esse ponto de vista, vale ressaltar que, apesar de Winnicott reconhecer que as pulsões provenientes do id são fundamentais na adaptação do bebê à realidade, ele sustenta que não há uso possível da experiência baseada nestas pulsões até que se conquiste um certo grau de amadurecimento egóico, quando há uma *pessoa que vivencia* (DAVIS & WALLBRIDGE, 1982).

Nesse contexto, concordamos com o autor quando ele afirma que, sem um ambiente suficientemente bom, o bebê sofre com angústias inimagináveis. Essa afirmação abre caminho para pensarmos como as falhas nos cuidados ambientais trazem consequências para o amadurecimento egóico, comprometendo a capacidade do indivíduo de lidar com as agonias mais primitivas. É a mãe, com sua disponibilidade, que propicia um suporte para que o bebê não fique à mercê das ansiedades impensáveis. Este tipo de ansiedade pode se apresentar em termos da angústia de despedaçamento, como uma vivência de cair para sempre, também através da não relação com o corpo, uma desorientação e/ou um isolamento completo por falta de comunicação (DAVIS & WALLBRIDGE, 1982: 61).

Verificamos, assim, como para Winnicott não existe bebê sem a presença materna. É a partir da identificação da mãe com o seu bebê que os cuidados podem ser oferecidos, de forma que “as mães de um modo ou de outro se identificam com o bebê que está crescendo dentro delas, e deste modo podem atingir a percepção muito sensível do que necessita o bebê” (1983 [1960]: 52).

Dias (2003) ressalta, ainda, que Winnicott critica os teóricos que não conseguem conceber um processo de amadurecimento onde a criança, desde o início da vida, é capaz de ter experiências. A qualidade destas, entretanto, depende do encontro com um ambiente facilitador. Nesse aspecto, apesar desse autor não priorizar a dimensão pulsional dos cuidados maternos, ele traz uma preciosa contribuição para pensarmos a primeira infância e as implicações nesse período de vivência de violência. Como nos indica Zornig (2008a: 332), Winnicott afirma ser

necessário o surgimento do ego para o usufruto das pulsões, dando relevo à problemática da corporeidade na clínica, “onde o sensível e o vivido são unidades de base, envelopes proto-narrativos que permitem ao bebê usufruir de experiência de prazer / desprazer, desde que tenha *a sustentação afetiva dos cuidados parentais* [grifo nosso]”. Sob esse aspecto, a vivência de trauma na perspectiva winnicottiana refere-se a uma descontinuidade temporal e à presença de rupturas nas relações precoces, o que acaba por impelir a criança a reagir ao meio externo em detrimento do sentir-com. Desse modo, como ressalta a autora, quando se trata da clínica da primeira infância, os sintomas que se apresentam no corpo são “uma forma de expressão da angústia em seu estado bruto, econômico – angústia de aniquilamento e não de castração” (op. cit).

A esse propósito, diversos autores contemporâneos, dentre os quais podemos citar Golse (2002), voltam-se para um estudo mais focado na infância. Segundo o autor, a partir da Segunda Guerra Mundial – e de todo o horror que envolveu esse período histórico – emerge um novo olhar sobre o bebê. Este deixa de ser denominado de lactante, aquele que apenas se alimenta, para ter “direito” a uma vida psíquica, isto é, para ser visto como um ser que sofre, que pode ter depressões e perturbações mentais, entre outros transtornos. O bebê passa a ser considerado como mais ativo, capaz de se engajar na relação com o outro não apenas por meio de seu olhar, mas também através de seu comportamento, de suas mímicas, de seus sinais corporais, influenciando o adulto que se ocupa dele. Com o interesse que se desenvolve a partir da clínica com bebês, novas questões teóricas são lançadas e nos auxiliam no manejo dos pacientes chamados de difíceis, que desafiam o método psicanalítico tradicional. Cremos que esses casos nos convocam a pensar para além da palavra, na medida em que nos apresentam o sintoma no ato, no corpo e aquém da linguagem.

Ao nos voltarmos ao ainda recente campo de práticas e discursos sobre o bebê, presenciamos uma preocupação com a sua constituição psíquica e com o modo como este vai se inscrever em uma narrativa, já que, ao chegar ao mundo, a criança se depara com uma linguagem, com um pensamento, com uma história que a precede (GOLSE, 2002). Ao observarmos que o bebê tem a necessidade de uma história

relacional que inclui aspectos relativos às vivências de seus pais – individualmente e como casal – de sua família, de seu grupo social e cultural, verificamos a importância de se considerar as experiências precoces no que se refere à nossa clínica com pacientes adultos. Seguindo essa perspectiva, sustentamos que a história é *co-construída* (op. cit) pela criança e os adultos que estão à sua volta. Sob essa ótica podemos afirmar que as vivências mais precoces também deixam cicatrizes, que permanecem na idade adulta.

Nesse sentido, Golse (2002: 125) ressalta que a criança que teve dificuldades perinatais pode vir a ter uma série de distúrbios que só poderão ser detectados muito tempo depois:

Vínculos estão enraizados em patologias dessa época e, por meio desses problemas de vínculo, os distúrbios podem evoluir de forma bastante profunda e durável [...] As crianças que tiveram problemas ou dificuldades importantes no período perinatal frequentemente terão muitas dificuldades em gerir as emoções e, principalmente, sua agressividade.

Essa constatação acaba por conduzir alguns autores a pensar que as raízes precoces de algumas formas de patologia poderiam ser encontradas nas vivências desse período. Para Golse (2002), os bebês nos ensinam uma série de coisas, dentre elas que jamais morre em nós o bebê que fomos. O autor nos lembra que todos precisam de uma história para se constituir. As noções de envelope psíquico, dos elos primitivos, entre outras, possibilitam constatar como mesmo após a saída da primeira infância encontramos uma vivacidade dos níveis de funcionamento mais arcaico. Para Golse (2002: 127) “as raízes da violência deverão ser procuradas na perinatalidade e não somente nas dificuldades afetivas ou socioeconômicas ulteriores”.

Deve-se, então, levar em conta que os bebês são formados por uma história não é apenas biológica ou genética, mas relacional. Como ressalta Kaës (2005), teórico francês de referência no campo da terapia familiar psicanalítica, o sujeito se constitui na intersubjetividade, por meio dos investimentos e ideais que são depositados sobre ele. Com efeito, quando um novo membro da família vem ao mundo, trata-se de uma dupla filiação: a materna e a paterna. Segundo o autor, cada aparelho psíquico se insere numa rede de traços, impressões, marcas, vestígios, emblemas, signos e

significantes herdados pelo sujeito, fruto da história de seus antepassados. Como veremos, os significantes parentais, introduzidos primeiramente pela mãe, serão a base fundamental para a formação do psiquismo.

2.3.

Aulagnier: violência constitutiva x violência como excesso

A clínica psicanalítica, originalmente, dedicou-se ao estudo da neurose, sobretudo a histeria. A teoria, desenvolvida a partir do atendimento psicanalítico individual, deu destaque à noção de conflito psíquico. Sob esse aspecto, o sintoma – como uma solução de compromisso entre a censura e a satisfação pulsional – se apresenta na clínica por meio da linguagem, tratando-se de uma representação do conflito intrapsíquico. Essa perspectiva se baseia no trabalho com a palavra, buscando o sentido que se encontra por trás do sintoma. A assim chamada *clínica do conteúdo* (ZORNIG, 2008a) tem a neurose como paradigma. Por outro lado, a partir das pesquisas voltadas para a primeira infância, observamos a importância de um outro para a constituição psíquica que, como vimos com Winnicott, proporciona um ambiente favorável ao amadurecimento emocional. No que tange a *clínica do continente* (op. cit), a dimensão do sensível ganha relevo.

Partindo da abordagem que privilegia a dimensão do sensível na clínica, observamos que nos primórdios da formação do psiquismo o corpo tem um papel fundamental. Suporte das experiências subjetivas, é palco das primeiras comunicações eu-mundo representadas pela relação mãe-bebê. Ao pensarmos em corporeidade, somos lançados a esse encontro originário, porquanto o bebê humano, em sua prematuridade, tem premente necessidade de cuidados de um adulto. Ao nascer, a criança está imersa no mundo das sensações. O corpo corresponde a maneira mais originária de inscrição psíquica. É a forma mais arcaica de representação. Creemos que nos primeiros anos de vida o corpo tem um papel central para a formação psíquica, pois é a partir do encontro das vivências corporais do bebê com o que chega

a ele através dos cuidados maternos que seu psiquismo pode se constituir. De fato, trata-se de um psiquismo corpóreo, constituído por meio deste encontro primordial.

A esse propósito, seguindo os caminhos indicados pelos teóricos da *clínica do conteúdo*, entendemos que o psiquismo se constitui na interação com um outro adulto disponível para oferecer o suporte (*holding*) necessário para o desenvolvimento da criança. Primeiramente esse suporte é dado através dos cuidados corporais, que funcionam como proteção diante das ansiedades inimagináveis apontadas por nós anteriormente. Elas estão presentes num momento no qual a criança ainda não conquistou a integração do eu. São ansiedades ligadas à ameaça de aniquilamento, vivenciadas pelo bebê devido ao seu estado de fragmentação inicial. Tal como Winnicott ressaltou ao longo de sua obra, acreditamos que cuidados maternos propiciam uma vivência de integração do eu, de forma que a relação dual eu-bebê é constituinte da subjetividade humana. Como nos aponta Fernandes:

No início da vida do bebê, são as sensações corporais que ocupam o primeiro plano. Aquelas sensações que causam desprazer vão constituir a demanda e, quando o bebê chora, está, à sua maneira, exprimindo uma queixa. A mãe responde a esse apelo apaziguando as sensações corporais desagradáveis. Para que ela possa escutar o corpo do bebê e interpretar os sinais de um corpo que não pertence mais ao seu, ela precisa dar provas de uma capacidade de investir libidinalmente esse corpo. [...] Ora, esse investimento supõe que ela é capaz de experimentar um prazer ao ter contato com o corpo da criança e ao nomear para ela as partes, as funções e as sensações desse corpo. Esse investimento supõe que a mãe é capaz de transformar esse "corpo das sensações" em um "corpo falado" (FERNANDES, 2003: 89).

De fato, no início de sua vida, o infante ainda não está preparado para lidar com as grandes quantidades de excitação das quais está à mercê, necessitando de alguém que se ocupe dele para que estas possam ser contidas. Desse modo, o meio familiar, representado nesse período pela mãe, torna-se o principal decodificador dos estados do corpo. Esta é uma fase na qual os sinais somáticos têm impacto determinante no tempo da infância. A mãe, por conseguinte, tem como principal função cuidar do corpo, decifrando as manifestações de bem-estar ou mal-estar corporal e permanecendo atenta às mensagens corporais enviadas pela criança. A esse propósito acreditamos que os cuidados maternos têm uma função primordial, na

medida em que respondem pela metabolização, pela organização e elaboração daquilo que vem do bebê.

Abordando essa temática, Aulagnier (1985), tal como Freud, defende o atravessamento pulsional nessa relação dual. A autora sustenta que a criança advém da constituição do espaço psíquico materno, atravessado pelo desejo. O corpo, como mediador entre as duas psiques e entre a psique e o mundo, é o primeiro espaço de relação do adulto com o recém-nascido. Como já havia sido apontado por Freud nos *Três Ensaio*s, a mãe em seus cuidados erotiza o corpo da criança e será este corpo o palco da comunicação do bebê com o mundo que o cerca. Vale frisar que, nessa fase, o infante ainda não percebe o objeto como separado dele: o seio materno é percebido em termos de unidade boca-seio. Por conseguinte, “o próprio corpo e a realidade são representados como se formassem uma unidade, a realidade é igual aos seus efeitos sobre a organização somática” (DRUBSCKY, 2008: 74).

Por meio do seio materno, gradualmente o bebê terá acesso a um novo espaço da realidade. O seio, como primeira oferta dada à criança, é anterior à demanda, responde à antecipação que a mãe faz das necessidades do bebê. Como aponta Aulagnier (1985:109):

Uma vez reconhecida a exterioridade do seio, primeiro representante de um mundo separado, o indivíduo terá acesso a esse novo espaço de realidade em que os “sinais” captados pelos nossos sentidos informarão, aos dois suportes de toda relação, aquilo que eles percebem ou supõem de seus desejos recíprocos: esses sinais fazem parte, sobretudo, do fantasmável, do interpretável, do pensável. Por mais distintos que sejam, eles vão partilhar um mesmo caráter: a sua presença ou ausência exerce um poder de modificação sobre o meio, sobre o corpo e, principalmente, sobre o próprio estado psíquico.

A autora destaca que o encontro da boca com o seio diz respeito ao “primeiro gole do mundo”, de forma que nesse momento inaugural estão copresentes afeto, sentido e cultura. Eles são responsáveis, em suas palavras, “pelo gosto das primeiras gotas de leite que o *infans* toma” (AULAGNIER, 1979: 40). A autora aponta, também, que a oferta do seio não é apenas uma oferta do leite, pois vem acompanhada do alimento psíquico. A mãe, então, entende esta absorção como uma oferta de sentido que dará a seu bebê. Como a própria autora ressalta, o psiquismo

infantil só poderá entrar em ação tendo como prótese o psiquismo materno, que pode ser comparado à “prótese que representa o seio, enquanto extensão do próprio corpo, objeto cuja junção com a boca [...] objeto de prazer erógeno indispensável para o funcionamento psíquico” (op. cit: 39).

Para Freud, o seio seria o protótipo do objeto perdido, de forma que, a cada descoberta de um objeto de satisfação, haveria uma redescoberta do primeiro objeto perdido (Azevedo, 1999); assim, a mãe torna-se, através da oferta do seio, o primeiro “não-Eu” com o qual a criança tem contato, carregando a função fundamental de porta-voz, de mediador e enunciador para o bebê do ambiente que o cerca. Nesse sentido, Aulagnier (1979: 35) afirma que “de uma maneira pré-digerida e pré-modelada pela sua própria psique, ela transmite as injunções, as interdições deste discurso [ambiente] e indica os limites do possível e do lícito”.

Kaës (2005), ao colocar em relevo a questão da intersubjetividade na constituição psíquica, chama atenção para o conceito de porta-voz que Aulagnier desenvolve. Para ele, a autora, por meio deste conceito, descreve um espaço que é concomitantemente espaço psíquico, social e cultural no qual o Eu se constitui. É um *espaço falante* ofertado pela mãe, esta que é a porta-voz do seu *infans* (aquele que não fala, em latim). Para o autor, esta noção em Aulagnier comporta duas dimensões específicas: a fala da mãe, que antecipa as necessidades do bebê com palavras que “acompanham, comentam e predizem as atividades e os pensamentos supostos do *infans*” (KAËS, 2005:41); e os enunciados à ela delegados pelo outro, na medida em que ela não fala em seu nome, “mas é ela que fala e que interpreta essa fala” (op. cit). Assim, a mãe enuncia algo *pelo* e *para* o bebê.

Seguindo esse ponto de vista, ao nos reportarmos a um tempo no qual a unidade mãe-bebê ainda não se separou, verificamos a partir de Aulagnier (1985:108) que tudo que afeta a psique da criança responde ao postulado do autoengendramento, de maneira que “a psique atribui à atividade das zonas sensoriais o poder de engendrar as suas próprias vivências, seus próprios movimentos de investimento ou desinvestimento”. É o momento da formação do eu no qual a realidade coincide com os seus efeitos sobre o corpo: ela é autoengendradora pela atividade sensorial. Está em jogo, neste contexto, o processo originário.

Sobre esse ponto, é importante frisar que na abordagem proposta por Aulagnier (1979, 1985) o trabalho de representação segue três níveis, isto é, três processos de metabolização: o processo originário, o primário e o secundário. Para a autora, cada um destes corresponde a uma forma de funcionamento psíquico. São três escritas ou línguas que carregam leis sintáticas que lhe são próprias. Elas se sucedem temporalmente, mas não se excluem. As três escritas permanecem atuantes no psiquismo, cada uma no seu registro. Segundo nos esclarece Drubsky (2008), são diferentes os três tipos de representação vinculados a cada processo: a representação pictográfica, a fantasia e o enunciante. A primeira diz respeito ao pictograma, e responde ao modo mais arcaico de funcionamento psíquico que representa o encontro inaugural boca-seio. Este encontro se revela como a mais primitiva experiência de satisfação e mobiliza diversas funções corporais. Está na base da formação do psiquismo e sua inscrição ocorre ao nível somático. Como a própria autora define:

A escrita do originário só pode dar forma a essa *corporização figurativa* que propõe o pictograma, a única figuração que a psique pode forjar de seu próprio espaço, de suas próprias vivências afetivas, de suas próprias produções. O processo originário só conhece do mundo seus efeitos sobre o soma, da mesma forma que ele só conhece dessa vida somática as consequências da sua concordância natural e constante com esses movimentos de investimento e desinvestimento que marcam a vida psíquica (AULAGNIER, 1985: 128).

O tipo de atividade de representação presente no processo originário tem como intuito metabolizar as vivências afetivas. A representação pictográfica ocorre via afeto, a partir de uma ação do corpo, de maneira que “a única representação possível do mundo no originário é aquela que pode dar-se como reflexo especular do espaço corporal” (DRUBSKY, 2008: 75). Refere-se ao “fundo representativo” que vai permanecer ao longo da vida, porém sem que este seja acessível ao nível da consciência. Não devemos pensar nesse processo em termos de recalque, posto que esse mecanismo de defesa está no registro do processo secundário, cujas representações já comportam a fantasia e o enunciado. Trata-se de um tempo primordial, anterior à aquisição de um eu autorreflexivo.

O processo originário é a base da formação do psiquismo e seu registro ocorre por meio da metabolização que um outro faz de informações provenientes do mundo externo e que se apresentam a partir do corpo. Assim,

Os primeiros elementos do único “alfabeto” ou da única palheta que o originário pode utilizar são o produto da metabolização que a psique sofre com todas as primeiras informações que a atividade sensorial traz. Ao reagir a esses estímulos que acompanham o que se inscreve, desaparece e se modifica na cena do mundo. Mas esses estímulos que o mundo emite não se transformariam em *informações psíquicas* se alguém não tivesse o papel de emissor e de seletor desse subgrupo de estímulos que *nesse primeiro tempo de vida*, só podem ser metabolizados pela psique em reveladores de seus próprios movimentos de investimento e desinvestimento (AULAGNIER, 1985: 123).

Aulagnier (op. cit) sustenta, então, que o psiquismo se forma por meio do duplo encontro que abarca o corpo e as produções psíquicas maternas. A mãe, nesse momento, está às voltas com uma dupla função: ela precisa organizar e modificar seu próprio espaço psíquico para poder responder às exigências do psiquismo ainda em formação do bebê. O psiquismo materno – que já foi historiado e antecipado por sua própria mãe – tem a capacidade de decodificar os primeiros sinais de vida, mas sempre a partir do filtro de sua própria história, que comporta o bebê que ela foi. Mas é, sobretudo, por meio deste encontro primordial que se forja a primeira representação do sujeito sobre si mesmo, num tempo inaugural em que as únicas qualidades deste espaço são o prazer e o desprazer envolvidos. Este se opera, de fato, “entre a atividade psíquica e os elementos por ela metabolizáveis e que informam das “qualidades” do objeto-causa do afeto” (DRUBSCKY, 2008: 69). Nesse momento, o aparelho psíquico está às voltas somente com o que chega a ele por meio do corpo e das suas intensidades. Estamos no campo dos afetos e de seus efeitos corporais. O mundo é introduzido num novo organismo, a partir dos *efeitos somáticos* (AULAGNIER, 1985) que permanecerão, em algum nível, atuantes ao longo de toda a vida. Está em jogo a figuração mundo-corpo cujo registro pictográfico não cessa, mantendo-se em paralelo com o processo primário e secundário.

Sob esse ponto de vista, é por meio de uma situação de encontro que a atividade de representação poderá advir. O encontro primordial é entre recém-nascido e seu cuidador, que introduz palavras e sentidos para o que se apresenta no campo

corporal como pura sensação. Através do encontro com um outro, estas sensações podem ingressar no universo da representação. Há um adulto que antecipa o que vem do bebê, que significa o que, num primeiro momento, está apenas no registro do pulsional. A esse propósito é importante deixar claro que, embora o processo de metabolização se faça presente na constituição psíquica, sempre há algo que escapa à elaboração. O que não passa pelo processo de metabolização acaba por se manter fora do psiquismo. Não havendo um representante psíquico, permanece fora do campo de elaboração.

Nesse contexto podemos argumentar que o campo do inominável pertence ao registro pictográfico, ao que se mantém fora do pensamento. O processo originário segue a lei do “tudo ou nada” (DRUBSCKY, op. cit), pois se encontra sob a égide das intensidades afetivas. Ou seja, num dado momento existe a possibilidade de ocorrer uma invasão súbita e desagregadora de um afeto que permanece incontrolável. Tal invasão pode jogar o sujeito no abismo da fusão e da morte, noção que nos permite refletir sobre os assim chamados casos-limite, tão citados na clínica atual.

Drubscky (2008:70) revela, ainda, que para Aulagnier “todos os processos psíquicos têm como tarefa a produção de representação” e a função desta atividade é “metabolizar um elemento heterogêneo à estrutura de cada sistema em um elemento homogêneo”. Nesse contexto, para que o processo de metabolização ocorra, é fundamental que a criança possa *estar em relação* através do encontro com outro cuidador. Primeiramente o bebê não tem como fazer uso da palavra, encontrando-se impossibilitado de contestar a fala da mãe, de maneira que há uma harmonia entre o desejo da mãe e a demanda do bebê. Desse modo, como veremos mais à frente, esse encontro também carrega um risco: o desejo muitas vezes inconfessável da mãe de procurar manter-se como uma “oferta contínua, necessária à vida do bebê” (DRUBSCKY, 2008: 83). A relação mãe-bebê comporta, assim, uma linha tênue que distingue o necessário do abusivo.

Antes, porém, de nos aprofundarmos nessa questão, faz-se necessário darmos destaque a noção de “Eu antecipado” formulada por Aulagnier. Essa noção se sustenta na argumentação de que o sujeito para se constituir necessita da criação de uma imagem. Haveria, como procuramos enfatizar, um pré-investimento não apenas

materno, mas do casal parental mesmo antes da chegada do bebê. Segundo nos indica Drubscky (op. cit: 72), na perspectiva defendida pela autora o eu só se constituiria por meio de uma dialética identificatória, visto que “toda história significativa se constrói a partir do nascimento de um corpo que precisa ser investido libidinalmente”. Dessa forma, o homem é fruto da antecipação que um outro faz de suas necessidades, que são expressas primeiramente no plano corporal. Seguindo essa direção, é interessante mencionar que Aulagnier tem uma afinidade com Lacan no que tange à questão da constituição do sujeito por meio da linguagem. O sujeito é fruto da linguagem que, nos primeiros anos de vida, é representada pelo meio familiar. Desse modo, na opinião da autora, o sujeito humano não teria como se isentar do confronto com uma realidade que acaba por se antecipar à sua possibilidade de resposta. Há um discurso, uma história, que simboliza as experiências sensoriais do bebê. Como Aulagnier (1985: 119) afirma:

O Eu não pode viver nem investir um corpo despossuído da história de sua existência. Uma primeira versão construída e conservada, esperando na psique materna, recebe esse corpo para unir-se a ele. A imagem do corpo da criança que se espera sempre faz parte do “Eu antecipado”, para quem é dirigido o discurso materno. Se o Eu antecipado já é um Eu historiado, que insere a criança imediatamente em um sistema de parentesco e, por meio dele em uma ordem temporal simbólica, a imagem corporal desse Eu, tal como o porta-voz a construiu, conserva a marca do seu desejo (o desejo materno).

A esse propósito cabe ressaltar uma particularidade do processo de antecipação: neste há sempre uma violência inerente, visto que estamos no campo das intensidades. A antecipação tem características de um excesso: de sentido, de excitação, de frustração, assim como excesso de gratificação ou de proteção. A criança é continuamente solicitada e esta demanda que lhe é endereçada vai além de sua possibilidade de resposta. Por outro lado, o que lhe é oferecido estaria aquém em relação à sua expectativa (Aulagnier,1979:35). Trata-se, contudo, de uma violência primária, constitutiva do psiquismo, na medida em que convoca o trabalho psíquico.

Assim, a autora destaca que:

Por mais elementar ou complexo que seja um organismo vivo, não podemos estudá-lo isolando-o desse meio que age sobre ele, e ao qual reage. Para que a vida somática

seja preservada, é preciso que o meio físico possa satisfazer as necessidades inevitáveis do soma. Para que se preserve a vida psíquica, é preciso que o meio psíquico respeite exigências, também inevitáveis, e que ele atue, também, nesse espaço de realidade com o qual o recém-nascido não tem contato direto. Na maioria dos casos, é a mãe que se encarrega dessa dupla função e quem deverá, ao mesmo tempo, organizar e modificar o seu próprio espaço psíquico para responder a exigências da psique do bebê (AULAGNIER, 1985:123).

Essa preparação do psiquismo materno salientado pela autora responde pelo mecanismo da antecipação. Aulagnier (op. cit: 126) ressalta, ainda, o par formado pelo Eu antecipado e pela “mãe antecipada” que se encontra através da vivência corporal. O eu antecipado carrega consigo a história pessoal da mãe, havendo uma tensão imanente entre a imagem que ela constrói e a criança que vem a mundo. Acreditamos que essa noção complementa e enriquece a concepção winnicottiana dos cuidados maternos primários ao introduzir a dimensão do pulsional, daquilo que na relação mãe-bebê permanece como enigmático. A decodificação que a mãe faz dos sinais provenientes do recém-nascido é atravessada por suas vivências mais arcaicas, pelo bebê que ela foi. Essa criança, antecipada pela mãe, vem marcada pela relação que esta teve com seus objetos precoces, pelas suas questões edípicas, assim como pela sua relação com o pai da criança (ZORNIG, 2008a).

Com efeito, quando falamos de uma antecipação da mãe em relação ao seu bebê, entendemos que sempre há um desencontro entre o bebê idealizado e o bebê que nasce. Por outro lado, apesar do desencontro presente nessa relação, a idealização materna é fundamental para a constituição psíquica da criança. São os desejos parentais que fundam um novo sujeito.

Sob essa ótica a violência primária, pode ser entendida como um fator que impele, que impulsiona os processos psíquicos. O bebê, por sua vez, se presta como tela de projeção dos adultos, sentindo no seu corpo os afetos advindos do outro. Nesse momento mais arcaico não há palavras, prevalecendo a sensorialidade. Mergulhado no processo originário, para o recém-nascido o objeto só existe enquanto tal a partir dos efeitos sensoriais que causa. A violência primária que marca o discurso materno fornece sentido às vivências sensoriais do recém-nascido, e é o seu investimento pulsional que coloca o bebê no campo representativo e relacional (ZORNIG, 2008a). Tanto o prazer como o sofrimento se apresentam à psique em

termos de autoengendramento, visto que são os “efeitos dos sentidos” (Aulagnier, 1985) que fornecem à psique os sinais de existência de uma realidade externa a ela. A sensorialidade permite que se forme, por meio do encontro com os cuidados maternos, um sentido de corporeidade, de unidade. Partindo desse ponto de vista, a autora postula que haveria uma primeira representação de objetos ancorada nas vivências sensoriais do corpo, sustentando também a função de decifração das mensagens corporais do bebê que a mãe carrega.

Ao constatarmos a necessidade de uma violência primária para a constituição do psiquismo, ressaltamos, no entanto, que há tipos de violência que extrapolam a possibilidade de simbolização. Esse excesso é caracterizado como da ordem de uma violência secundária, uma violência desmedida e alienante. Aulagnier (1979: 36) procura diferenciar os dois tipos de violência. Se por um lado a primeira designaria aquilo que no campo psíquico se imporia a partir do exterior, a violência secundária abriria seu caminho apoiada na violência primária, apresentando-se, porém, de forma excessiva e desnecessária ao funcionamento do Eu.

A violência secundária tem como característica a indiferenciação; ela pressupõe a existência de um mesmo, de maneira que há um movimento de forte oposição à mudança de seus modelos (DRUBSCKY, 2008). É um tipo de violência que pode ser exercida tanto entre diferentes Eus como entre o Eu e o “*diktat* do discurso social” (AULANGIER, 1979: 36). Seu objetivo é impedir qualquer mudança. Segundo a autora, trata-se de uma violência extensa e convincente, chegando a ser ignorada tanto por quem a pratica, quanto por quem é sua vítima.

A autora ainda esclarece que a violência primária pode ser definida como uma ação psíquica que impõe ao outro, entre outras coisas um pensamento. Esta imposição tem por motivação o desejo daquele que impõe, mas que se apoia naquilo que para o outro é da ordem do necessário. Já no que se refere à violência secundária, temos o excesso como sua marca, procurando inviabilizar o movimento de mudança, natural da vida. Tal prática nos faz pensar no funcionamento psicótico, no qual a mudança é vivida como uma ameaça de fragmentação.

Como Zornig (2008a: 335) indica, “a violência está no âmbito do inconsciente materno”, de forma que tanto a violência quanto o trauma podem adquirir dois

sentidos: um estruturante e o outro mortífero. O primeiro, segundo afirma, se refere ao que há de pulsional nos cuidados maternos e ao confronto com o mundo infantil. O sentido mortífero diz respeito ao desmedido e ao excesso tanto de presença quanto de ausência.

3.

Trauma e repetição

Conforme procuramos demonstrar no decorrer do capítulo anterior, a subjetividade se constitui a partir da presença de um outro, de um adulto que investe no bebê colocando-se disponível para se ocupar dele. Ao longo da discussão observamos como a importância da alteridade para a formação psíquica não é recente na psicanálise. Ainda em Freud (1905, 1914, 1926) encontramos algumas indicações. Segundo este autor, o bebê humano nasceria desamparado, prematuro em seu desenvolvimento, tomado por pulsões com as quais ainda não consegue lidar (FREUD, 1926). Sob essa ótica, o outro adulto, por meio de seus cuidados, contém essa intensidade, cuja vivência para o bebê é de um ataque pulsional. Trata-se de um afeto sem representação. Neste contexto, não há uma preparação ou barreira que possibilite ao infante lidar com essa vivência. Estamos no campo do transbordamento, do excesso de força pulsional.

Seguindo essa perspectiva, procuramos dar destaque a questão da prematuridade do bebê humano. Esta prematuridade faz com que ele tenha premente necessidade de cuidados de um adulto. É a mãe que em geral exerce essa função, funcionando como o mediador que fornece ao bebê "modos de leitura do mundo". O desamparo original acaba por colocá-lo numa dependência absoluta do outro maternal que responderá às suas necessidades, sem o qual este bebê estaria "impotente para fazer cessar a tensão interna que sente" (FERNANDES, 2003: 87)

Nesse contexto, Winnicott, autor citado anteriormente, dá grande destaque ao longo de sua obra ao papel do ambiente no processo de constituição psíquica. Para ele, a mãe, como primeira representante de algo que é exterior ao bebê, se identifica com as necessidades de seu filho, respondendo às suas demandas. Seus cuidados – que se realizam no corpo – proporcionam gradativamente momentos de integração e momentos de não-integração. Essa oscilação é, para este autor, imprescindível para a formação do psiquismo e para a constituição do limite entre o interno e o externo. Aos poucos, a criança vai formando uma imagem de si baseada na relação que

estabelece com o outro. É por meio dessa relação primordial que o infante constrói uma experiência de unidade.

Desse modo, baseados nas perspectivas freudianas e winnicottianas, percebemos que a função de contenção das vivências afetivas é fundamental para o amadurecimento emocional. É por meio da sustentação materna que a criança poderá internalizar a mãe e se *automaternar*, transformando o continente ofertado em conteúdo psíquico (ZORNIG, 2008a).

Seguindo as indicações de Zornig (op. cit) sustentamos que, no que se refere à clínica dos primórdios, podemos seguir duas linhas de reflexão: a primeira prioriza a dimensão dos cuidados maternos e a experiência de continuidade destes como fator fundamental para o amadurecimento emocional; já a segunda tem como eixo central a ideia de uma antecipação materna violenta, mas estruturante do psiquismo do infante.

Aulagnier (1979, 1985), como principal representante desta vertente, ressalta a importância da função materna, porquanto a mãe metaboliza aquilo que vem do bebê. Segundo a autora o processo de metabolização é viabilizado por meio da antecipação materna, que se volta para aquilo que ela acredita serem as necessidades de seu filho. Sob essa ótica, a relação primária vem marcada pelas expectativas e pelo desejo materno, assim como vem atravessada pelos conteúdos psíquicos da mãe, implicando numa violência que invade, mas também funda o psiquismo. Observamos como por meio da dupla função de *porta-voz* a mãe coloca em palavras as vivências do bebê, assim como leva a ele a linguagem a qual ela mesma encontra-se submetida. Ela introduz o infante na cultura.

Por outro lado, ao nos remetermos à teoria winnicottiana que enfatiza a noção de um ambiente suficientemente bom, constatamos que este autor não se detém no aspecto pulsional da relação mãe-bebê, preferindo se concentrar na importância da continuidade dos cuidados ambientais. Contudo, suas indicações sobre as ansiedades inimagináveis nos abrem importantes caminhos para nos aprofundarmos na reflexão sobre a violência precoce. Apesar de defendermos os aspectos pulsionais na relação mãe-bebê, acreditamos que sua perspectiva nos auxilia na discussão acerca das falhas ambientais e dos seus desdobramentos no amadurecimento emocional.

Sobre esse ponto, cabe salientar que, no nosso entendimento, a capacidade de cuidar pressupõe que o adulto também possa ter sido cuidado anteriormente, nos primórdios de sua própria constituição psíquica. De fato, sustentamos que o cuidador encontra-se atravessado por suas próprias vivências pessoais, que influenciam a forma da relação adulto-criança.

Como procuramos demonstrar, não é nova a argumentação de que nos primórdios da constituição psíquica a mãe dá muito mais do que apenas alimento a seu bebê. Na verdade, ela responde pelo trabalho de nominação do corpo, que permite que a criança mais tarde possa concebê-lo como um espaço unificado (FERNANDES, 2003). Os seus cuidados são carregados de afeto e delineados tanto pela história pessoal materna quanto pela história familiar. As suas palavras são proferidas em conjunto com gestos, com desejos, com expectativas que são as bases fundantes para o amadurecimento emocional do 'eu'. Desse modo, a mãe através da dupla função de *porta-voz* simboliza e erotiza o corpo do bebê.

Seguindo essa perspectiva, percebemos como desde cedo a criança pequena encontra-se às voltas com uma série de afetos constituintes de seu aparelho psíquico e, quando bem acolhidos, fundamentais para o seu amadurecimento emocional. Neste momento no qual o corpo está ainda imerso no mundo das sensações, ele é o palco da relação primordial mãe-bebê e mediador entre as duas psiques.

Desse modo, a mãe não apenas cuida, mas também erotiza o corpo do seu bebê (FREUD 2002[1905]), de forma que há sempre um atravessamento pulsional desde os primeiros contatos do sujeito com o outro cuidador. Essa relação gera condições para que as vivências fragmentadas do bebê possam ser traduzidas e elaboradas, criando um sentido para aquilo que inicialmente se encontra no registro do sensorial, da linguagem não verbal, dos afetos na sua dimensão econômica. São palavras que metabolizam, cuidados que contêm aquilo que se encontra não integrado na experiência do infante cujo corpo é a forma príceps de expressão.

De fato, é o adulto, através da linguagem, que introduz a dimensão do sentido para as vivências fragmentadas do infante. É por meio das palavras do outro que traduz, interpreta e codifica aquilo que é da ordem da experiência do aqui-agora, que o sujeito em constituição poderá narrar sua história. Com efeito, não há subjetividade

sem um outro que a reconheça, sem um adulto que possa dar um lugar simbólico para o bebê que chega.

Nesse contexto, como desdobramento dessa questão, nos reportamos a Ferenczi, cujas formulações influenciaram diversos psicanalistas, dentre eles Winnicott. Ele traz uma rica contribuição para teoria e técnica psicanalítica e nos desperta interesse pela maneira como indica o lugar da linguagem na formação do psiquismo. Costa (1995: 11-12), ao comentar a obra de Ferenczi, aponta como ele se refere ao ‘eu’ como “um produto de decantação dos enunciados proferidos pelos adultos”. Assim, também em Ferenczi o adulto é o personagem central, cumprindo um papel fundamental para a constituição psíquica da criança. Todavia, como veremos, é marcante como na perspectiva ferencziana há uma notável diferença entre o mundo do adulto e o da criança.

3.1

Confusão de línguas: o corpo como expressão

“A criança só pode ter uma palavra quando intermediada pela relação com o adulto. Num primeiro tempo ela toma emprestadas as palavras ao adulto e simultaneamente é a este que ela dirigira sua palavra para obter uma confirmação. Este vaivém é a condição imprescindível para que a criança conquiste sua própria palavra. É portanto, por intermédio do adulto (suporte da introjeção) que a fala da criança pode ou não ter sua existência autorizada” (PINHEIRO, 1995: 74)

Ferenczi, autor sobre o qual no deteremos neste momento, foi um psicanalista húngaro, cujo trabalho clínico com casos difíceis o conduziu a diversas formulações a respeito dos pacientes considerados até então não-analisáveis. Como ocorreu com a maioria dos clínicos de sua época, seu percurso não se iniciou pela psicanálise. Ferenczi completou sua formação em Viena como médico, atuando como clínico, neurologista e no campo da medicina legal. Seu interesse não se restringia apenas às ciências médicas, estendendo-se também à literatura e às artes. Apesar de, num primeiro momento, os textos freudianos não terem lhe despertado maior interesse, por sugestão de um colega relê *A interpretação dos sonhos* que o leva a querer conhecer Freud pessoalmente e tornar-se um de seus discípulos mais próximos

A proximidade com Freud, no entanto, não impediu que houvesse pontos de discordância. Num período em que a psicanálise estava às voltas com os limites da clínica, Ferenczi se propõe a repensar o método psicanalítico para dar conta daquilo que escapa à simbolização. Dessa forma, abriu-se espaço para que novos caminhos pudessem ser trilhados no interior do processo analítico.

No decorrer da sua obra, Ferenczi busca fazer uma distinção entre o que chama de mundo adulto e mundo infantil. Para ele, a criança encontra-se no registro da ternura e o adulto no registro da paixão — esta tomada no sentido de uma perda de limites, de um comportamento desmesurado. A paixão, no contexto ferenciziano, retrata o exagero, que nos faz lembrar a psicose em termos de abuso e invasão do outro. Encontra-se sob a égide da genitalidade. Como bem coloca Pinheiro (1995: 72): Se a paixão quer dizer loucura, a partir do momento em que ela é própria do adulto, está ligada à genitalidade: uma maneira peculiar de erotizar o próprio corpo e o corpo da criança, que esta ainda não conhece.

A genitalidade adulta, atravessada pelo passional e marcada pelos conteúdos recalçados, invade a criança numa dimensão que ela ainda não está preparada para lidar. Ancorada no registro da ternura, ela busca o amor adulto protetor. Sua sexualidade carrega a dimensão autoerótica e não genital. Nesse sentido, sua demanda de amor é diferente do amor genital adulto.

Ferenczi (1932: 101) atribui às fantasias das crianças um caráter lúdico, “como desempenhar um papel materno em relação ao adulto”. O autor deixa claro que, por mais que o jogo possa assumir um aspecto erótico, ele se mantém no nível da ternura. O erotismo infantil encontra-se no domínio das brincadeiras sexuais. Dessa forma, o autor defende que:

Na realidade, elas [as crianças] não queriam, nem poderiam dispensar a ternura, sobretudo a ternura materna. Se no momento dessa fase da ternura, se impõe às crianças mais amor, ou um amor diferente do que elas desejam, isso pode acarretar as mesmas consequências patogênicas que a privação de amor [...] enxerto prematuro de formas de amor passional e recheado de sentimentos de culpa num ser ainda imaturo. A consequência só pode ser essa confusão de línguas [...] (FERENCZI, 1932: 103)

A confusão de línguas da qual nos fala o autor pode ser entendida como uma imposição da sexualidade adulta à criança de uma forma que ela ainda não é capaz de entender. Tem um caráter abusivo, na medida em que ela sente-se indefesa em relação àquilo que é vivido como uma força esmagadora da autoridade adulta. É violenta, levando-a a esquecer-se de si mesma num processo que é chamado pelo autor de “transe traumático” (op. cit: 102). Esse estado faz lembrar o sonho. Trata-se de choque psíquico acompanhado de uma divisão no psiquismo, de forma que o sujeito precisa abrir mão de uma parte de si para manter resguardado o estado de ternura. A fragmentação do psiquismo permite que algo do eu permaneça protegido. São partes incomunicáveis entre si, clivadas, que se comportam independentes uma da outra. Sob essa perspectiva, Ferenczi (1932:105) defende que

Se os choques se sucedem no decorrer do desenvolvimento, o número e a variedade de fragmentos clivados aumentam, e torna-se rapidamente difícil, sem cair na confusão, manter contato com esses fragmentos, que se comportam todos como personalidades distintas que não se conhecem umas às outras. Isso pode, em última instância, determinar o estado que não hesitamos em designar como atomização, se quisermos prosseguir com a imagem da fragmentação.

A atonização responde a uma forma de defesa psíquica que se difere dos mecanismos clássicos abordados por Freud na primeira tópica. Ferenczi, seguindo as indicações freudianas a partir da segunda tópica, aborda a problemática das cisões como formas primitivas de defesa.

Sobre esse tema, Fontes (2002: 42) nos aponta como Ferenczi considera, para além do deslocamento e do recalque, a possibilidade de haver outros mecanismos psíquicos que abarcam a fragmentação e a pulverização de formações psíquicas compostas. Trata-se de traumatismos que não conseguem se inscrever não se encontrando, assim, sob o registro do recalque. São vivências que estão “fora do espaço psíquico da representação pela impossibilidade de rememoração”. Essas experiências, para autora, se apresentam por meio de uma memória corporal que permanece como registro das sensações vividas no momento da situação traumática.

Knobloch (1998) também defende essa perspectiva, indicando como na nossa clínica nem tudo pode ser trabalhado por meio do recalque, na medida em que – se levarmos em conta os desafios encontrados nos chamados estados-limite –

constatamos que estes não seguem a mesma temporalidade encontrada nas neuroses clássicas. Se na primeira tópica freudiana o trabalho de análise tinha por objetivo ter acesso ao inconsciente fazendo aceder seus conteúdos ao nível consciente, com a segunda tópica há uma virada teórica em direção ao trauma e ao que fica fora da inscrição. Nesse contexto, entendemos que o mecanismo de clivagem responde por um não lugar no psiquismo, uma impossibilidade de representação

Para aprofundarmos esta questão, acreditamos que é interessante esclarecer melhor a particularidade desse mecanismo de divisão egóica. Nesse ponto, Figueiredo (2001: 223) faz uma importante distinção entre o processo de clivagem do eu e o recalque. Segundo o autor, estes são modos distintos de lidar com o intolerável. No primeiro caso, são criadas “barreiras verticais que mantêm lado a lado porções segregadas da realidade objetiva e da subjetividade”, com o objetivo de evitar o conflito psíquico. Já no processo de recalque, as barreiras que se formam são horizontais, de forma que partes da experiência são excluídas e há uma tentativa de mantê-las “soterradas”. Dessa forma, segundo o autor, há “uma estreita relação, de um lado, entre as cisões e as experiências traumáticas e, por outro, entre a repressão ou recalque e os impulsos ou fantasias conflituosas.

Essa distinção nos é valiosa na medida em que Figueiredo chama atenção para como, no caso da cisão ou clivagem, há partes do eu que ficam incomunicáveis, convivendo paralelamente no psiquismo, mas sem entrar em contato uma com a outra. Não há um conflito instaurado, como ocorre no caso das neuroses clássicas (vide histeria), mas uma evitação a todo custo do conflito, como forma de sobrevivência psíquica. As cisões são formas extremas de proteção que procuram, assim, impedir a instauração do conflito ou da tensão a ele associada. Dessa forma, percebemos que este tipo de defesa precede o recalque.

Nesse contexto, quando estamos no âmbito da violência extrema perpetrada pelo adulto sobre a criança, ela, ainda sob a marca da ternura, acaba por lançar mão do mecanismo de cisão como uma defesa. No que tange ao mecanismo de cisão, parte do psiquismo identifica-se com o agressor como uma forma de sobrevivência psíquica. A consequência é um amadurecimento prematuro. Novas faculdades psíquicas emergem como fruto desse choque. Em relação a esse ponto, Ferenczi

(1932) aproxima a vivência de violência com a angústia de morte, que obrigaria o sujeito a clivar-se, matando uma parte de si em prol da sobrevivência de outras partes do psiquismo. Na tentativa de manter a integridade psíquica, o sujeito amadurece prematuramente, desenvolvendo novas faculdades. Como Ferenczi (1932: 104) coloca:

Uma aflição extrema e, sobretudo, a angústia da morte, parecem ter o poder de despertar e ativar de súbito disposições latentes, ainda não investidas, e que aguardam tranquilamente sua maturação. A criança que sofreu uma agressão sexual pode, de súbito, sob pressão da urgência traumática, manifestar todas as emoções de um adulto maduro [...], faculdades virtualmente pré-formadas nela. Nesse caso, pode-se falar simplesmente, para opô-la à regressão de que falamos de hábito, de *progressão traumática* (patológica) ou de prematuração (patológica). Pensa-se nos frutos que ficam maduros e saborosos depressa demais, quando o bico de um pássaro os fere, e na maturidade apressada de um fruto bichado.

Algo do mundo adulto é antecipado, invadindo o mundo da criança e obrigando-a a amadurecer precocemente. Sob esse aspecto, sabemos que para sobreviver, a criança precisa construir meios para entender o mundo à sua volta, buscando dar sentido ao que vem de fora por meio de instrumentos oferecidos pelo adulto. Desta maneira, o que a criança busca no adulto é alguém em quem possa confiar, um outro que signifique suas vivências. Quando este, por sua vez, abusa de sua confiança, a criança para não perder seu amor, identifica-se com o seu agressor, numa tentativa de ficar menos passiva perante a violência sofrida.

Vale ressaltar, contudo, que Ferenczi tem uma concepção muito própria da violência, defendendo que é o desmentido, o não reconhecimento daquela vivência, que dá o caráter traumático à situação violenta. Assim, a violência ocorre quando o adulto nega o ocorrido, inviabilizando a possibilidade de sua elaboração. Sobre esse assunto, Costa (1995) defende que em situações nas quais ocorre o desmentido, a criança seria inviabilizada de pensar no que se passou, o que impediria o processo de simbolização. Desse modo, qualquer possibilidade de contestação ou revolta acabam por se transformar em submissão ou sintomas corporais.

Apesar de Ferenczi se referir diretamente à situação de abuso sexual, entendemos que a noção de violência em sua obra abarca outras formas de abuso ou excesso. O autor defende que não apenas no plano emocional, mas também no

intelectual pode haver um amadurecimento prematuro. Sobre esse ponto ele destaca um mecanismo que chama de *terrorismo do sofrimento* (FERENCZI, 1932:105). Este tipo de mecanismo ocorre quando se coloca a criança no lugar daquele que deve resolver os conflitos familiares, fazendo com que ela carregue o fardo dos outros membros da família. Por trás desse processo está o desejo do adulto de reviver o que o autor chama de “a paz desaparecida e a ternura que daí decorre”. O desejo de poder estar no mundo infantil, que acaba não levando em conta a real necessidade daquela criança.

Nesse sentido, o trauma ferencziano se refere à falta de capacidade do adulto em reconhecer o vivido da criança como fato. Avançando nessa direção, o traumático é definido como uma “redescrição forçada do outro”, cuja imposição de sentido inviabilizaria a possibilidade de construção de qualquer outro sentido além do que foi imposto. Assim, o trauma só existe a partir de “uma interpretação do acontecido que impede sua redescrição” (COSTA, 1995: 14). Se pensarmos em termos de uma violência precoce, quando a criança ainda não conquistou integralmente o recurso de elaboração psíquica, não há palavras que lhe permitem simbolizar o que se passou. O registro fica inscrito em seu corpo, sendo vedado seu acesso por meio de rememoração. Se o trauma é, pois, decorrente do desmentido do adulto, ele comporta em si o caráter de interdição não apenas do significado que o infante poderia atribuir à sua vivência, mas também da possibilidade de ambiguidade, da construção de sentidos múltiplos (PINHEIRO, 1995). Nestes casos o recurso utilizado não é o recalque da situação traumática, mas a clivagem como forma de negação do ocorrido. Não há como se pensar sobre o que se passou.

Sob essa ótica, o trauma – dividido na obra ferencziana em estruturante e desestruturante – retrata a distância entre o mundo adulto e o mundo infantil. O campo do traumático pressupõe, então, um fator exógeno que impõe uma mudança no psiquismo. É um “acontecimento capaz de mobilizar o aparelho psíquico” (PINHEIRO, 1995: 65), provocando uma reestruturação. Diferente de Freud, que enfoca a dimensão intrapsíquica do conflito, Ferenczi chama atenção para o interpsíquico, para o que vem do outro e que mobiliza o psiquismo do infante.

Seguindo esse ponto de vista, alguns aspectos cotidianos da educação de uma criança podem ser considerados traumáticos na medida em que ela precisa se submeter a algo que lhe é imposto pelo ambiente e cujo propósito ainda não entende. A educação, apesar de ser vista pelo autor como um fator traumático, encontra-se num registro constitutivo do psiquismo infantil. Incide de forma a reestruturar o aparelho psíquico, propiciando modificações e todo o seu desenvolvimento.

Por outro lado, ao abordamos o trauma desestruturante, estamos lidando com um acontecimento que deixa a criança totalmente desamparada, sob efeito de uma profunda aflição. É um evento que não pode ser metabolizado pelo psiquismo. Uma vivência que não pode ser integrada, com consequências dramáticas para o sujeito. Ela não apenas comporta o fator surpresa como coloca em risco todo o processo identificatório do sujeito (PINHEIRO, 1995). Não há abertura para a reorganização interna, mas sim “uma verdadeira mutilação ao nível do ego” (op. cit: 66), implicando numa confusão, na medida em que há um adulto que desmente o que se passou com a criança, inviabilizando qualquer possibilidade de simbolização do vivido. É a partir daquilo que incide como uma negação do acontecimento por parte do adulto que podemos falar de um trauma desestruturante. Contudo, apesar do desmentido adulto, o corpo da criança carregará consigo sua história. Ele testemunha aquilo que escapou à linguagem, mas se manteve presente no registro sensorial, na forma de manifestações corporais.

Nesse contexto, o trauma desestruturante provoca uma série de manifestações corporais que expressam uma agonia intensa localizada no campo do impensável. Aproxima-se da vivência de morte, da completa desintegração, e acreditamos que tem o corpo como sua principal forma de comunicação. Vale lembrar que, ao tratarmos de um tipo de trauma que ocorre num período precoce de desenvolvimento psíquico, encontramos-nos diante da prevalência dos diversos sintomas somáticos como forma de expressão dos afetos. Desse modo, no campo do trauma desestruturante as expressões corporais se distinguem das manifestações históricas, pois que permanecem fora do campo da representação. Não estão no campo do recalçamento, mas da cisão.

Figueiredo (2001), ao se referir à questão do trauma em Ferenczi, compara o desmentido a uma desautorização, por parte do adulto, de um episódio vivido pela criança. Nesse contexto, coloca que

A vítima, portanto, não só é atravessada por afetos intensos, produzidos pelo contato com a “língua adulta” – a da paixão sexualizada – e desproporcionais à sua capacidade de assimilação e simbolização, como tem essa experiência afetiva desmentida e desautorizada pelos adultos, em especial pelo agressor (: 227)

Retomando a obra freudiana depois de *Além do princípio do prazer*, Figueiredo (op. cit) aponta como encontramos em Freud a noção de desmentido como uma recusa (*Verleugnung*) – ou desautorização, como o autor prefere falar. Vinculado ao mecanismo de cisão do eu (*Ichspaltung*), esta recusa se refere a uma defesa radical e primitiva que visa preservar a integridade do eu, instalando uma “duplicidade no aparelho mental”. A desautorização defendida pelo autor está no registro de um evento cuja autoria não é legitimada. De fato, trata-se de

[...] *negar a autorização* para que algo se inscreva no campo da experiência de alguém e para que alguém se converta em sujeito (autor) de uma determinada experiência [...] a realidade do acontecimento traumático não é totalmente ignorada [...] o que se passa é que ela não recebe autorização para se transformar em experiência em um campo subjetivo relativamente unificado. Assim, o episódio traumatizante desautorizado não impõe uma transformação radical no conjunto da experiência (que tende a permanecer intacto), mas passa a existir em uma área separada, paralela e incomunicável (FIGUEIREDO, 2001: 226)

Ao falarmos dos primórdios da constituição psíquica, tratamos de uma clínica anterior ao recalçamento, pois entendemos que esse mecanismo implica num dado grau de organização psíquica que a criança pequena ainda não conquistou. Num período precoce de amadurecimento emocional, o infante necessita de um outro que signifique suas vivências. Se o adulto desmente o que se passou, o sujeito em constituição se vê interdito no seu processo de elaboração. É um ataque à simbolização e, por isso, diz respeito ao trauma desestruturante. O infante não tem meios para lidar com o excesso e é desautorizado na sua vivência, restando-lhe a cisão como forma de sobrevivência psíquica.

Como bem aponta Figueiredo (2001), a cisão é uma forma primitiva e radical de defesa. Sob essa ótica, ao falarmos do sintoma histérico, estamos no registro da fantasia e da simbolização. Por outro lado, quando tratamos de violência precoce, nos referimos ao registro corporal, anterior à conquista desses mecanismos psíquicos. A encenação que se apresenta é de outra ordem, não se refere ao ato de mostrar da histórica, mas à presença encenada de partes que se encontram dissociadas, cindidas e por isso solicitam sentido (FIGUEIREDO, 2001: 236-237).

Cabe no entanto ressaltar que não pretendemos aqui aproximar o corpo da histórica e o corpo do trauma. Essa aproximação, como bem coloca Pinheiro (1995), é uma forma muito simplista de abordar esta questão. A autora defende que

Tais manifestações [manifestações físicas] não são exatamente iguais, pois a histeria de conversão faz uso do corpo para manter o equilíbrio psíquico. A eficácia de sua defesa depende do corpo. O trauma, porém, faz apelo momentâneo ao corpo. Seu único objetivo é o de apagar para sempre o acontecimento, cavando um buraco na própria história, afastando das trocas psíquicas uma parte de seu próprio ego. O sujeito que sofre o trauma mata uma parte de si próprio. O trauma pratica no sujeito um assassinato em que ele é, ao mesmo tempo, assassino e vítima (PINHEIRO, 1995: 89).

Nessa perspectiva, no que tange o trauma desestruturante, não há desfecho satisfatório, como ocorre no caso da histeria. Há, sim, a mobilização de intensos afetos que são da ordem do insuportável. Segundo esse raciocínio, podemos aproximar essa vivência das ansiedades inimagináveis descritas por Winnicott (1960, 1962), nas quais a ameaça de aniquilamento encontra-se à espreita. Trata-se de uma vivência de desintegração que impossibilita a elaboração do vivido.

Ainda no campo das experiências precoces, seguimos as indicações de Fontes (2002), autora que põe em relevo a dimensão sensorial. Ela trabalha com a noção de *memória corporal*, construída a partir de fragmentos de impressões sensoriais precoces. Fontes defende que o registro das vivências precoces se faz via corpo, não podendo ser resgatado pela associação livre. A partir da afirmação ferenciana de que “nos momentos em que o psiquismo falha, o organismo começa a pensar” (FERENCZI apud FONTES, 2002:15), ela se refere à clínica voltada para o sensorial,

que leva em consideração as vivências impressas corporalmente, anteriores ao processo de representação. De fato, como afirma Fontes (2002: 15)

O corpo não começa a pensar. Ele já estava lá, onde a história do indivíduo se fazia. Como testemunha, presente em todas as circunstâncias vividas pelo indivíduo. O corpo não esquece as sensações, e as mantém na memória do acontecimento. Ele é o suporte carnal de uma lembrança, avalista de nossa continuidade histórica

O corpo responde, então, pela primeira forma de inscrição. É *suporte carnal* das primeiras relações eu-mundo. A partir deste, o sujeito pode comunicar, a um outro que esteja atento, suas impressões mais arcaicas que ainda aguardam por simbolização. Como ilustração, nos reportamos à queixa que uma mãe fazia constantemente em relação ao seu filho de trinta e oito anos num atendimento de terapia em família. O paciente costumava molhar o pão com manteiga no café com leite e passar no corpo, assim como cuspiam em si mesmo, espalhando a saliva pela perna. Costumava fazer isso na presença da mãe. O curioso é que, no período em que ele esteve internado na enfermaria psiquiátrica de um hospital universitário público, não constatamos esse comportamento, que só se revelou para nós quando a mãe estava ao seu lado. Essa ação parecia ser direcionada a ela, constituindo uma forma muito particular de comunicação. O paciente chamava o que fazia de “se namorar” e nos fazia pensar no corpo como palco das primeiras interações mãe-bebê, espaço a ser cuidado e erotizado pela mãe. O paciente também costumava se despir, urinar e defecar fora do banheiro para que a mãe limpasse. Questionávamos o que poderia ter se passado entre essa dupla num momento primordial da constituição psíquica. Por que havia a necessidade do corpo se colocar como palco dessa relação?

Fontes (2002: 38) nos lembra que “as reações da criança pequena ao desprazer são de natureza corporal”. Assim, apenas posteriormente a criança aprenderia a dominar seus movimentos de expressão. Seguindo o ponto de vista desta autora, o trauma se expressaria por meio do corpo, com explosões afetivas e reproduções quase alucinatórias de cenas traumáticas que poderíamos qualificar de crises histéricas. Mas, como vimos, apesar dos sintomas corporais nos lembrarem a histeria, é outro processo que está em jogo quando lidamos com os traumatismos precoces.

No caso da histeria de conversão, o corpo cumpre uma função bem específica. Como nos indica Pinheiro (1995: 88), “uma parte bem definida [do corpo] é chamada a conter ou a representar o desejo recalcado para poupar à consciência um conteúdo insuportável”. Há, então, um prazer envolvido no mecanismo de defesa utilizado pela histeria: o conflito se encena no corpo, ocorrendo um deslocamento da representação causadora de sofrimento do nível intrapsíquico para o nível corporal. Por outro lado, quando nos encontramos no campo do traumático, não há prazer, mas a pura repetição numa tentativa de inscrição. A defesa utilizada não é o recalque, pois se trata de uma vivência que não pôde ser representada psiquicamente. Nesse contexto, estamos diante da pulsão de morte freudiana, postulada pelo autor para dar conta daquilo que insiste como uma compulsão numa busca de inscrição psíquica.

3.2.

Muito além da elaboração

No ano de 1920, Freud publica um texto que marca uma importante virada em sua teoria. Em *Além do princípio do prazer*, ganham destaque as neuroses traumáticas e a sua sintomatologia característica. Segundo sustenta o autor, apesar de aproximar-se do quadro clínico da histeria pela profusão de sintomas motores, as também chamadas neuroses de guerra acabavam por superar a conversão histérica em termos de sofrimento subjetivo. No primeiro caso estamos diante da repetição da vivência traumática que não se encontra sob a égide do princípio do prazer. Mencionamos anteriormente que na histeria há um ganho de prazer por meio dos sintomas corporais. No que se refere às vivências traumáticas, nos deparamos com situações de sofrimento intenso que retornam insistentemente, contradizendo o que havia sido formulado até então em termos do princípio do prazer no contexto da primeira tópica freudiana.

Ainda durante a Primeira Guerra Mundial, Freud se perguntava em suas conferências sobre o que diferenciava as neuroses traumáticas das neuroses espontâneas. Parecia haver uma fixação das primeiras no momento traumático, resultando na repetição deste nos sonhos das vítimas de violência de Guerra. O autor

sustentava, então, que a questão do trauma comportava um sentido eminentemente *econômico*, porquanto que uma determinada experiência era responsável pelo acréscimo à mente, em um curto período de tempo, “de um estímulo excessivamente poderoso para ser manejado ou elaborado de maneira normal” (FREUD, 1916-1917: 325). Nesse momento, o autor também descrevia como traumáticas as experiências dos neuróticos, cujo início de sua doença era fruto da incapacidade de lidar com uma determinada vivência tomada por um componente afetivo excessivamente intenso.

Apenas alguns anos mais tarde Freud indica que haveria algo que não se encaixava na lógica da satisfação pulsional, encontrando-se fora do circuito prazer, desprazer. Como exemplo, Freud (2006 [1920]: 139) se volta para as neuroses de guerra, quadro no qual se apresentam dois traços marcantes: o fator surpresa e o curioso fato de um ferimento geralmente impedir o aparecimento da neurose. Para esclarecer esse ponto, o autor diferencia termos que comumente são usados como sinônimos: o susto [*Schreck*], o receio ou temor [*Furcht*] e o medo [*Angst*]. Interessamos dar destaque à definição que Freud dá ao medo [*Angst*], pois, segundo o autor, (op. cit) trata-se de “um certo estado, como o de expectativa diante do perigo e preparação para ele, mesmo que ele seja desconhecido”. Ele prepararia o sujeito para o perigo. Nesse sentido, diante da ameaça, o psiquismo mobiliza defesas para se proteger. Dessa forma, o autor desmente a ideia de que o medo provocaria a neurose traumática; pelo contrário, ele protegeria o sujeito. O medo se adianta ao perigo real, constituindo um tipo de defesa contra a ameaça. É um mecanismo distinto do susto [*Schreck*]. No segundo caso, o fator surpresa está envolvido, de maneira que o sujeito é tomado de assalto sem que esteja preparado e sem que possa lançar mão de defesas que o protejam frente à ameaça.

Para aprofundar a discussão sobre essa diferenciação, é de nosso interesse recorrer aos comentários do editor brasileiro presente na mais recente publicação do *Além do princípio do prazer*, cuja tradução foi feita a partir da obra original. Como é ressaltado no texto em questão, a palavra *Angst* foi traduzida nesta versão como medo, apesar de habitualmente, no Brasil, optar-se pelo termo angústia (seguindo a tradição francesa) ou ansiedade (seguindo a tradição da escola inglesa). Segundo o editor, *Angst* em alemão significa medo, indicando um “sentimento de inquietude

perante uma ameaça real ou imaginária de dano” que podem ser tanto específica quanto inespecífica (2006: 127-128). *Angst* nos reporta a um sentimento mais visceral e imediato, indicando “uma reação intensa em face de uma ameaça de aniquilação ou dano”, sendo esta tanto real quanto imaginária. Refere-se assim a uma reação intensa que se externaliza claramente, desencadeando uma ação. Pode também designar um pavor que paralisa, porém esse emprego é – segundo ressalta o editor – mais raro. Um ponto interessante a se notar é que essa definição do termo *Angst* comporta um sentido de “prontidão reativa ante ao perigo”, expressando um transbordamento de estímulos que causam um afeto (op. cit). Poderíamos, então, argumentar que esta definição se aproxima daquilo que entendemos como fazendo parte de um momento mais arcaico, mais pulsional na história do sujeito. Nesse sentido, haveria algo que escapa à representação, permanecendo no campo dos afetos não simbolizados.

Aprofundaremos esta questão nos itens seguintes. Antes, contudo, achamos fundamental nos determos um pouco mais no campo do traumático. Assim, retomamos o *Além do princípio do prazer* onde Freud vai rerepresentar o princípio da constância para desenvolver sua nova perspectiva. Neste trabalho, o autor volta a recorrer ao princípio da constância, definindo-o como uma tendência que se faz presente no aparelho psíquico. Sabemos desde os *Três ensaios sobre a sexualidade* (1905) que objetivo deste princípio é manter o nível de excitação o mais baixo possível. No que se refere ao aparelho psíquico, qualquer aumento da quantidade de excitação é sentido como um desprazer que convoca uma descarga. Dessa forma, haveria uma busca por níveis de excitação que tendem a zero. Segundo essa linha de raciocínio, Freud (1920) questiona que processo estaria por trás dos sonhos traumáticos. Se, em sua definição original, os sonhos são a realização de um desejo – o que resultaria numa satisfação pulsional – no caso do trauma de guerra, a vivência traumática acaba provocando um adoecimento; há um sofrimento que insiste em se repetir. É como se o doente estivesse fixado no trauma, repetindo uma experiência que lhe causa um intenso desprazer. Nesse contexto, surge a questão: se o sonho traumático aumenta o nível de excitação, qual é a sua função para o aparelho

psíquico? Que tipo de processo está por trás dessa repetição de uma vivência tão desprazerosa?

Para dar conta desse paradoxo, o autor se reporta à repetição presente na brincadeira infantil do *fort-da*. Nesta, a criança simula a ausência da mãe jogando o carretel para longe e trazendo-o de volta, demonstrando um intenso prazer. A criança torna a fazer esse movimento inúmeras vezes, e essa repetição é entendida por Freud como uma maneira de lidar com a ausência da mãe. O que o autor procura ressaltar é como o jogo permite ao indivíduo suportar a experiência de separação. Por meio da brincadeira com o que Kaës (2005) chama de objeto intermediário, há uma reatualização da vivência que foi sentida como desprazerosa; porém nesta o sujeito se torna ativo, criando seu jogo e repetindo-o quantas vezes lhe convier. O carretel representa a mãe, e ao ser manipulado ativamente, permite que a criança possa brincar com a ausência, conjugando o movimento com as palavras *fort* e *da*. O que se produz é “uma articulação entre a função intermediária do carretel e a função intermediária da linguagem”, possibilitando a constituição de significantes, metáforas que fazem uma ponte “entre o dizível e o indizível, entre o que escapa e o que pode ser representado” (KAËS, 2005: 22). Logo, esse ato de brincar com a ausência / presença comporta consigo a revivência da separação, mas também a dimensão de um compromisso não apenas elaborativo, como criativo. Como Kaës (2005:94) nos indica a partir do exemplo freudiano:

O carretel representa a mãe em seu movimento de ausência e retorno, de rejeição e da atração que o anima. O manejo sucessivo da rejeição e atração acompanha os movimentos de projeção e de introjeção que sustentam o processo interno das identificações ao objeto. O carretel representa a mãe no próprio momento em ela [a criança] não está identificada à mãe. A identificação desloca-se, então, do objeto de representação ao objeto representado.

A esse propósito, o que nos chama atenção no jogo do carretel é a encenação que se torna possível através do jogo, o que permite que a criança saia da posição passiva de ter sido abandonada pela mãe, para a posição ativa de – simbolicamente – afastar a mãe para longe, podendo brincar com a oscilação presença/ausência. Como Kaës (2005: 21) nos mostra, Freud, a partir do exemplo do jogo do carretel, articula o registro “da ausência do objeto, a capacidade de falar, a escolha do objeto

intermediário e a função de ligação de aparelho psíquico”. Nesse exemplo, a repetição encontra-se, então, a serviço de uma tentativa ativa e criativa de elaboração da vivência desprazerosa. Nas palavras de Freud (2006 [1920]: 142):

Ela [a criança] estava passiva, foi atingida pela vivência, e eis que se engaja em um papel ativo repetindo-a como brincadeira, apesar de ter sido desprazerosa. Esse engajamento poderia ser atribuído a uma pulsão de apoderamento [*Bemächtigungstrieb*] que se autonomizou e independente de a recordação ter sido prazerosa ou não.

Cabe pontuar que o termo pulsão [*Trieb*] era comumente utilizado no alemão da época e, em geral, atribuía-se a palavra *Trieb* a todo impulso, como no caso da pulsão de apoderamento [*Bemächtigungstrieb*], mencionada acima. Dessa forma, chamamos atenção que esse tipo de pulsão não chega a ser um conceito – como é o caso da pulsão de morte – mas nos indica a tentativa de ser sair do lugar passivo para dominar aquilo que foi vivido como desprazeroso. Ainda sobre o jogo do carretel, Freud dá ênfase à questão da repetição, ponderando se não haveria um impulso cujas fundações não se encontram sob a égide do princípio do prazer. Para o autor,

[...] fica a dúvida se o ímpeto de processar psiquicamente algo que para ela [a criança] foi impressionante e de poder assenhorar-se totalmente dessa vivência poderia ter-se manifestado como um evento primário e independente do princípio do prazer (FREUD, 2006 [1920]: 142).

Dessa maneira, Freud introduz a ideia de uma repetição a serviço da tentativa de elaboração. Essa tendência estaria presente no sujeito desde os primórdios de sua constituição, no período mais arcaico da formação subjetiva. Trata-se de reviver uma experiência para que esta possa se inscrever no aparelho psíquico, uma representação de uma dada situação. Nesse contexto, haveria algo que escaparia à rememoração, portanto seria anterior à lembrança evocada. São vivências que se expressariam na clínica apenas sob forma de repetição. Como nos indica Kaës (op. cit), o desenvolvimento do pensamento freudiano o leva para um caminho no qual certos eventos não podem ser rememorados, na medida em que se inserem no campo da pulsão de morte. É importante que isso possa ser considerado, pois nestes casos o

trabalho terapêutico é possível se levarmos em conta a necessidade de construção, por meio da significação ou representação da vivência que permaneceu sem lugar psíquico. Como afirma Kaës (2005: 176), “nem todo passado pode se transformar em lembrança”, de modo que no campo do traumático é necessário significar para depois poder esquecer.

Assim, neste caso, a intervenção psicanalítica não passaria pela interpretação, mas por rerepresentações. A transferência é, para Freud (2006 [1920]), uma forma de repetição, já que fragmentos de relações infantis retornam no processo analítico. De fato, Freud aponta a transferência como o lugar privilegiado para certas rerepresentação. É na relação transferencial que aparece um fragmento da vida sexual infantil.

No entanto não podemos falar de repetição apenas em termos de repetição na transferência. Como coloca Freud (op. cit: 144)

Pois pode ocorrer que o doente não se lembre de tudo o que nele está recalcado e que aquilo que lhe escape seja justamente o mais importante, de maneira que se torna quase impossível convencê-lo da justeza da construção que lhe foi comunicada. Na verdade, ele se vê forçado a *repetir* o recalcado como se fosse uma vivência do que [...] a *recordá-lo* como sendo fragmento do passado.

Freud define a repetição como relacionada ao retorno do recalcado, apresentando-se como uma revivência de um fragmento da vida esquecido. Cabe, porém, a pergunta: será que a repetição do recalcado é da mesma natureza que a repetição traumática? Baseados em Freud podemos afirmar que no segundo caso estamos no campo do “eterno retorno do mesmo”. O autor esclarece, ainda, que é como se houvesse por trás desse processo uma atitude ativa manifestando-se em forma de uma repetição de experiências idênticas. Estas experiências parecem ser vivenciadas de forma passiva pelo sujeito, como se este não tivesse nenhuma influência sobre isso e só lhe restasse “experimentar a repetição da mesma fatalidade” (op. cit: 147). Seguindo essa trilha, Freud aproxima os sonhos traumáticos, as chamadas fatalidades do destino e as brincadeiras infantis, colocando-os no mesmo registro: a compulsão à repetição.

Sobre esse ponto, o autor procura marcar que dificilmente encontraremos a compulsão à repetição em estado puro. A esse movimento também está associada a satisfação pulsional. Por outro lado, a compulsão à repetição regida pela pulsão de morte refere-se à dimensão mais arcaica e mais elementar, anterior ao princípio do prazer. Nesse contexto, Freud retoma algumas formulações para seguir com o leitor os caminhos realizados pelos traços de memória. Partindo dessa perspectiva, o autor ressalta que há registros mnêmicos que nunca chegariam à consciência, mas que ainda assim teriam deixado atrás de si traços, ou restos de lembranças. Como o autor coloca:

[...] podemos supor que todos os processos de excitação que ocorrem nos outros sistemas deixam atrás de si traços duradouros que constituem o fundamento da memória. Esses traços são, portanto, restos de lembranças que nada têm a ver com tornar-se consciente. Aliás, os traços de lembranças mais intensos e duradouros são justamente aqueles que foram impressos por um processo que nunca chegou a alcançar a consciência (FREUD, 2006 [1920]: 149).

Seguindo essa indicação, podemos dizer que se trata de um registro que não conseguimos evocar pela palavra, mas que nem por isso deixa de se apresentar na clínica. Quando nos encontramos no campo do traumático há um rompimento do escudo protetor, acionando intensamente as defesas do psiquismo que colocam o princípio do prazer fora de ação (FREUD, 1920). Nesse contexto, presenciamos uma grave perturbação na economia psíquica, na medida em que grandes quantidades de estímulos inundam o aparelho psíquico. Tal afirmação no lembra is estados de comoção psíquica descritos por Ferenczi alguns anos depois deste trabalho. Para Freud, porém, só restaria ao organismo tentar lidar com esse excesso capturando-o e procurando ligá-lo, ou enlaçá-lo psiquicamente para, assim, poder processá-lo. Dessa forma, nas palavras do autor, haveria uma dor física referente ao rompimento do escudo protetor do psiquismo. Segundo ele:

De todos os lados é convocada a energia de investimento para que a área afetada receba uma carga de energia com uma intensidade de energia equivalente à da invasão. Produz-se, assim, um “contra-investimento” de grande envergadura à custa do empobrecimento de todos os outros sistemas psíquicos, que sofrem uma extensa paralisia, ou à custa de uma forte redução de qualquer função psíquica (FREUD, 2006 [1920]: 154).

Dessa forma, para o autor, a etiologia da neurose traumática residiria no rompimento do escudo protetor do psiquismo. O sujeito não teria meios para lidar com um estímulo que extrapola suas defesas, na medida em que estaria à mercê de uma compulsão avassaladora que se encontra num outro registro. Na situação de traumatismo faltam as palavras, pois a situação de violência provocaria um “curto-circuito” nos processos de elaboração. A saída é repetir, numa tentativa de inscrever psiquicamente a vivência traumática. Sustentamos que para além do recalco, a compulsão à repetição carece de representação psíquica, visto que se trata de energia livre, desligada [*unbinden*]¹. Nesse contexto, a repetição operaria como uma tentativa de ligação [*binden*]. Freud vai retomar seu argumento sobre o funcionamento dinâmico do aparelho psíquico para mostrar que, enquanto no processo primário as cargas de investimento pulsional são móveis, ou livres, o mesmo não ocorre com o processo secundário, cujas cargas de investimento encontram-se presas [*gebundenen*], ou enlaçadas. No segundo caso trata-se do que Freud considera a partir de então a pulsão por excelência, uma pulsão desligada, anterior ao enlaçamento erótico.

O autor afirma que a tarefa das camadas superiores é enlaçar, atar ou ligar [*binden*] as excitações das pulsões resultantes do processo primário, entendendo que este último é típico do sistema inconsciente. Ao retomar o funcionamento do processo primário, Freud embasa sua argumentação sobre a precedência da energia pulsional desligada, ou da pulsão de morte, em relação à carga pulsional ligada, vinculada à pulsão de vida. Seguindo essa perspectiva, Freud (2006 [1920]: 158) afirma que:

No caso de fracasso desse enlaçamento [*bindung*], provocar-se-ia uma perturbação análoga à neurose traumática. Só depois de ter havido um enlaçamento [*Bindung*] bem sucedido é que poder-se-ia estabelecer o domínio irrestrito do prazer (e de sua modificação em princípio de realidade). Enquanto isso não acontece, a tarefa do aparelho psíquico é processar [*bewältigen*] ou enlaçar [*binden*]; a excitação teria prioridade, não em oposição ao princípio do prazer, mas operando independentemente dele, e em parte, sem levá-lo em consideração

¹ Em alguns trechos preferimos manter os termos originais em alemão tal como encontramos na nova edição das Obras Completas de Freud (2006) traduzidas diretamente do original. Entendemos que ao indicarmos o termo em alemão, o leitor pode acompanhar o jogo de palavras que Freud faz ao longo do texto que clarifica a concepção sustentada pelo autor. Também lançaremos mão do termo em original no item seguinte desta dissertação.

Nessa perspectiva, Freud em *Além do princípio do prazer* (2006 [1920]) vai defender que a repetição está sob domínio de uma compulsão à repetição [*Wiederholungszwang*] que abate o sujeito. Cabe pontuar que os tradutores de sua obra chamam atenção para o sentido que *Zwang* tem na língua alemã. Podendo ser entendido como coerção, coação, assim como uma imposição, é algo que introduz uma noção de obrigatoriedade. Vemos também esse termo na composição da palavra *Zwangneurose*, neurose obsessiva, que também nos remete ao aspecto compulsivo presente na neurose. Nesse sentido, *Wiederholungszwang* diz respeito a uma imposição/coerção, noção na qual, segundo os tradutores, Freud procura expressar o aspecto contraditório do que obriga o sujeito a repetir algo que lhe traz intenso sofrimento (Freud, 2006 [1920]: 188). Sob esse ponto de vista, o sujeito encontra-se passivo perante àquilo se impõe como um imperativo. A pulsão de morte se apresenta, assim, na sua forma radical.

3.3.

Angst – a angústia ou medo primitivo: o primado dos estados afetivos

A reflexão sobre a angústia [*Angst*] e os afetos a ela associados tem causado uma série de debates, principalmente no que se refere à tradução do termo utilizado por Freud em alemão, questão que rapidamente indicamos em nossa discussão sobre o traumático na segunda tópica freudiana. Procurando esclarecer alguns pontos importantes, Luiz Alberto Hanns (1996), em sua obra sobre o alemão de Freud, chama atenção para o fato da tradução de *Angst* ser um dos temas mais polêmicos entre os tradutores do psicanalista. Ele defende que esse termo, em alemão, designaria medo, tanto específico, como ter medo de algo (*Angst vor*), como um medo inespecífico. No entanto, *Angst* é geralmente traduzido como *ansiedade* (seguindo a tradição inglesa) ou *angústia* (seguindo a tradução francesa). O autor ressalta que, em termos de nosologia psiquiátrica, *Angst*, *angoisse* e *anxiety* se equivalem. Desse modo, nesse tópico optamos por manter o termo tal como traduzido para o português, mas sinalizando para outros sentidos possíveis a partir do original em alemão.

Na nota de rodapé da conferência intitulada *A Ansiedade* [1916-1917], encontramos alguns comentários referentes ao debate sobre a tradução do termo *Angst* tanto para o inglês quanto para o português. Segundo os editores, a palavra *anxiety* comporta um sentido mais técnico. Como eles nos indicam, em alguns momentos *Angst* foi traduzido em inglês como *fear*, mas em geral optou-se por *anxiety*, já que se trata de um termo consagrado na tradição psiquiátrica inglesa. Em português preferiu-se também o emprego da palavra *ansiedade* na *Obras Completas*, na medida em que este termo nos reportaria a uma vivência de sofrimento que inclui o conflito psíquico. No entendimento dos editores brasileiros, *angústia* designaria preferencialmente um aspecto global que abarca a ansiedade como componente psíquico e as manifestações somáticas associadas ao estado de tensão e sofrimento.

Como Hanns (1996: 71) afirma, o próprio Strachey assumia que *anxiety* tinha apenas “uma remota conexão com qualquer dos usos em alemão de *Angst*”. Hanns ressalta, ainda, que mesmo Freud procurou respeitar as equivalências do jargão técnico-psiquiátrico empregando as palavras *angoisse* e *anxiété* em francês.

Nessa perspectiva, achamos interessante trazer esse debate, pois temos procurado traçar uma interlocução entre a tradição francesa e a tradição inglesa de psicanálise no que diz respeito às vivências mais precoces de violência e trauma. Sob esse aspecto, é de nosso interesse refletir sobre a angústia/ansiedade como um afeto cuja origem alude às experiências mais arcaicas da constituição subjetiva. Acreditamos que ambos os termos – *ansiedade* e *angústia* – são usados nos textos psicanalíticos, tanto quando se trata dos afetos mais arcaicos vinculados à angústia ou ansiedade sem representação, quanto nas passagens em que se trabalha com a noção de ansiedade neurótica. Desse modo, nesse tópico, usaremos em algumas passagens os termos *ansiedade*, *angústia* e *medo* como sinônimos quando nos referimos à obra freudiana. Entendemos, contudo, que no que se aplica à língua portuguesa, os três termos têm sentidos bem distintos.

Assim, ao nos voltarmos para a conferência intitulada *A Ansiedade*, verificamos que Freud procura diferenciar duas perspectivas referentes à vivência de angústia. A primeira alude à vivência de perigo real externo, enquanto a segunda relaciona-se à neurose e a uma ameaça interna vinculada ao desequilíbrio da

homeostase libidinal. O medo real – ou a ansiedade realística – nos remete à pulsão de autopreservação, incluindo a fuga como possibilidade de reação ou ação defensiva. Para Freud (1916-1917: 460), haveria um *estado de preparação* para o perigo que se manifestaria “por meio de um aumento da atenção sensorial e da tensão motora”.

No caso da ansiedade neurótica, Freud vai ressaltar a presença de uma “ansiedade flutuante”, que estaria pronta para ligar-se a alguma representação que possa justificá-la. Dentre este tipo de ansiedade se encontra aquela chamada de “expectativa ansiosa”, presente em pessoas que estão sempre prevendo que coisas terríveis possam acontecer. Segundo o autor, nesses casos as incertezas são tomadas em mau sentido e os acontecimentos cotidianos são entendidos como mau presságio. Freud denomina esse quadro de sintomas como *neurose de angústia*. Este “estado de apreensão geral” depende, para o autor, de certos empregos da libido: uma excitação não descarregada dá lugar à ansiedade. Desse modo, para o autor, por ocorrência da interrupção da irregularidade sexual, a neurose de angústia desapareceria. Tal como afirma o autor:

[...] a restrição sexual caminha de mãos dadas com algum tipo de ansiosidade ou indecisão, ao passo que a intrepidez e a ousadia atrevida trazem consigo uma livre satisfação das neuroses sexuais [...] Também em alguns estados de excitação é possível observar diretamente uma mistura de libido e ansiedade e a substituição final da libido pela ansiedade (FREUD, 1916-1917: 469).

No caso da histeria, o autor aponta que a ansiedade se exprimiria por meio de ataque ou como uma condição crônica. Geralmente não se sabe sua causa, no entanto, no decorrer da análise, verifica-se que uma vivência geradora de conflito sofre os efeitos do recalque, sendo, então, substituída pela ansiedade. Freud aponta também que este estado afetivo também pode ser encontrado na neurose obsessiva e conclui que, no caso da ansiedade neurótica, o ego faz uma tentativa de fuga da exigência que sua libido lhe impõe. O perigo interno é tratado como se fosse externo: “onde se manifesta a ansiedade, aí existe algo que se teme”, declara o autor (op. cit: 472).

Ainda na mesma conferência, constatamos como o autor já indica alguns caminhos que vai desenvolver de forma mais detalhada alguns anos depois, em seu texto *Inibição, sintoma e angústia* [*Hemmung, Symptom und Angst*]. Dentre eles, ele

afirma que o ato do nascimento seria a vivência mais original da ansiedade. Trata-se de uma vivência desprazerosa atrelada a impulsos de descarga e sensações corporais que, no entendimento freudiano, são protótipo dos efeitos de uma ameaça à existência e acabam por provocar em nós, a partir daí, um estado de ansiedade. Assim, o autor sustenta que devido às modificações fisiológicas que ocorrem com o nascimento, a primeira experiência de ansiedade diz respeito à *ansiedade tóxica* (FREUD, 1916-1917: 462). Freud afirma ainda que este estado afetivo também estaria atrelado à separação da mãe.

Seguindo esse raciocínio, Freud (op. cit) se refere fobias infantis. Ele argumenta que as crianças costumam ter diversos medos que podem se apresentar como medo da escuridão, de pessoas estranhas ou medo de ficarem sozinhas. Esse tipo de temor estaria vinculado, para o autor, com o fato de elas estarem muito acostumadas com a figura materna. Sua ausência inviabilizaria a descarga pulsional da criança, gerando ansiedade. Desse modo, ele aproxima o estado de apreensão que as crianças sofrem com a ansiedade neurótica dos adultos, porquanto que ambas são fruto da retenção da libido não utilizada, que acabava por substituir o objeto de amor ausente por uma situação ou por um objeto do mundo externo.

Achamos relevante sublinhar que, nesse momento, Freud não se utiliza da noção de desamparo originário, optando por traçar um paralelo entre a vivência de angústia neurótica e a vivência de angústia infantil. No nosso entender, quando nos propomos refletir sobre as vivências mais arcaicas do indivíduo, a noção de desamparo ganha um peso ainda maior. Contudo, nesse momento para Freud, as fobias infantis seriam o protótipo das neuroses que encontramos em adultos. Sobre esse ponto, observamos como aspectos mais arcaicos permanecem ao longo da vida, de forma que, como aponta Zornig (2008: 53) as histerias de angústia teriam, para Freud, também um caráter estruturante, na medida em que permitiriam às crianças elaborar os conflitos edípicos “sem sofrerem o impacto maciço do recalçamento”.

Entretanto como articular esta concepção com nossos argumentos construídos a partir da clínica dos primórdios? Será que devemos recuar e pensar as vivências arcaicas em termos da neurose clássica freudiana? A nosso ver as experiências precoces estão sob a égide da pulsão sem ligação. Trata-se de vivências que se

apresentam em termos de sensoriais e se endereçam ao outro adulto para que este possa lhe dar sentido. A noção de desamparo originário e as considerações freudianas posteriores à formulação do conceito de pulsão de morte nos auxiliam a refletir sobre esta questão.

Partindo desse ponto de vista, nos reportamos a 1926, ano no qual Freud publica o texto *Inibição, sintoma e angústia* [*Hemmung, Symptom und Angst*]. Esse texto, escrito após a virada teórica promovida pela introdução da pulsão de morte no pensamento psicanalítico, traz uma interessante discussão sobre a origem da angústia. Tal como em seus trabalhos anteriores, o autor procura deixar claro que a angústia [*Angst*] diz respeito a um estado afetivo. Nesse trabalho, porém, ele enfatiza que uma das principais características deste estado afetivo é a vivência de desprazer. O autor procura esclarecer que isso não significa que todo desprazer pode estar atrelado a uma experiência de angústia, pois outros sentimentos, tais como tensão, dor ou luto também são vividos como algo desprazeroso. Para Freud, o desprazer na angústia tem uma característica especial, na medida em que esta “se faz acompanhar por sensações físicas mais ou menos definidas que podem ser referidas a órgãos específicos do corpo” (FREUD, 2001 [1926]: 59). Trata-se, então, de um estado afetivo que se apresenta por meio dos sintomas corporais. São processos de descarga ligados a inervações motoras que acabam por desempenhar seu papel no fenômeno geral da angústia.

O autor retoma algumas concepções que havia apresentado na conferência sobre a ansiedade (1916-1917) para afirmar que os estados de angústia, ansiedade ou medo podem ser entendidos a partir de três características: o caráter específico de desprazer, os atos de descarga e a percepção desses atos. Quanto ao luto ou à dor, não haveria nem atos de descarga nem a percepção destes. Encontramos vivências de desprazer nos últimos, porém ela é de outra ordem, que não inclui os atos de descarga pulsional ou a percepção destes atos.

Para Freud (2001 [1926]: 16), os estados afetivos são incorporados à mente “como precipitados de experiências traumáticas primevas”, de forma que são revividos como símbolos mnêmicos quando se apresenta uma situação semelhante. Isso não quer dizer que a cada vez que ocorre angústia trata-se de uma reprodução de

um suposto trauma do nascimento. Nesse ponto Freud discorda da posição sustentada por Rank em seu livro *Das Trauma der Geburt*. Neste o autor procura estabelecer uma conexão entre as primeiras fobias infantis e as impressões causadas pelo nascimento. Freud faz duas objeções a essa perspectiva. A primeira diz respeito ao fato da criança, nesse período, não ter como reter impressões sensoriais de natureza visual que permitiriam a lembrança do trauma do nascimento por meio da memória. Para o autor, a criança não tem como reter nada “além de sensações tácteis e gerais relacionadas com o processo de nascimento” (FREUD, 2001 [1926]: 63).

A segunda objeção freudiana à noção de trauma do nascimento se refere fato de Rank oscilar entre a posição que defende a feliz lembrança do infante de uma vida intrauterina e a posição de uma lembrança de uma vivência traumática por ocasião do nascimento que interrompe a paz anterior. Para Freud, essa oscilação permite que haja interpretações arbitrárias a respeito do tema. Como defende, as primeiras fobias infantis não podem ser rastreadas em impressões do nascimento, apesar de considerar que existiria um “certo preparo para angústia”, já presente nas crianças de colo (op. cit: 64).

Em sua discussão, Freud ainda se pergunta se o medo é fruto apenas de um perigo real, ou se existem outros elementos envolvidos nesse mecanismo. Freud (1926) aponta que, ao entendermos esse estado afetivo como uma reação à situação de perigo, caímos na tentação de considerar que as neuroses traumáticas surgem como consequência do medo da morte ou, melhor dizendo, um medo pela vida. Se, anteriormente, ele já havia ressaltado que não há uma representação inconsciente para a morte (FREUD, 1916), neste momento ele aproxima o medo da morte ao medo da castração, de forma que a vivência desprazerosa de angústia passa a ser considerada por outra ótica: como uma reação a uma perda, a uma separação (FREUD, 1926). Desse modo, tal como já havia apontando anteriormente, a primeira experiência de medo pela qual passaria o indivíduo se refere ao nascimento. Como nos esclarece Hanns (1996: 69), a partir de sua tradução de Freud:

No homem e nos seres a ele aparentados, o ato do nascimento, sendo a primeira vivência de medo, parece ter imprimido a expressão do afeto de certos traços característicos. Todavia não deveríamos superestimar a importância deste fato e, ao

reconhecê-lo, não devemos perder de vista que constituir um símbolo para o afeto do medo, algo útil para as situações de perigo, é uma necessidade biológica e ter-se-ia desenvolvido de qualquer forma. Creio ser injustificado que em todos os casos de irrupção de medo se presuma a algo equiparável à situação de nascimento se passe pela vida psíquica. Nem mesmo é seguro que os ataques histéricos, os quais originalmente são produções traumáticas de vivências desse tipo, mantenham esse caráter permanente.

Seguindo essa trilha que procura chegar às origens do sentimento do estado afetivo de medo, angústia ou ansiedade, o nascimento para Freud estaria vinculado à separação, e nesse sentido, remeteria à vivência de desamparo [*Hilflosigkeit*] que toma o bebê humano. Esse desamparo primordial é despertado pelo medo, que terá outras feições de acordo com a etapa em que se apresenta. Deve-se notar que, num primeiro momento, Freud define esse afeto como consequência do desamparo biológico, pois não haveria ainda uma relação de objeto. De fato, o autor chega a questionar se esse sentimento, enquanto símbolo da separação, poderia ser apreendido pelo bebê recém-nascido enquanto tal:

[...] o nascimento não é experimentado subjetivamente como uma separação da mãe, visto que o feto, sendo uma criatura completamente narcísica, está totalmente alheio à sua existência como objeto [...] as reações afetivas a uma separação são a dor e o luto e não a angústia (Freud, 2001[1926]: 58)

A esse propósito, o trauma do nascimento diria respeito, no entendimento freudiano, a um afeto sem representação, sem que houvesse uma preparação possível para lidar com essa vivência. É um transbordamento, um excesso de força pulsional. Essa primeira experiência de angústia tem um caráter essencialmente econômico, o que impossibilitaria sua evocação como lembrança. Pode ser compreendida como uma *autointoxicação* (Zornig, 2008), na medida em que ao ser privado do seu ambiente anterior – o útero, fonte de alimento e oxigênio – e estando ainda prematuro em suas funções, o bebê sente o excesso pulsional que o toma como “um ataque interno que será reativado em toda angústia posterior” (: 58). Para Freud, o nascimento seria a primeira situação de perigo que produziria uma “convulsão econômica” que faz com que essa vivência seja o protótipo da reação de angústia.

Freud sustenta inicialmente que a vivência de angústia teria surgido como uma reação ao perigo. Entretanto, no caso do nascimento, verificamos que o perigo é

entendido como uma vivência de perturbação na economia da libido narcísica do bebê, de maneira que grandes somas de excitação se acumulam, ocasionando uma vivência intensa de desprazer. Trata-se de um perigo interno vinculado à homeostase pulsional. A vivência é em termos de um ataque pulsional, com a qual o bebê ainda imaturo não consegue lidar. Desse modo, fica ainda mais evidente para nós como a mãe – ou qualquer outro adulto que responda pelos cuidados da criança – tem como função primordial conter e dar sentido àquilo que é vivido pelo bebê como um ataque, um transbordamento pulsional, em relação ao qual ele se encontra passivo.

Nas palavras de Freud (2001 [1926]: 65):

A razão por que a criança de colo deseja perceber a presença da mãe é somente porque ela já sabe por experiência que esta satisfaz todas as suas necessidades sem delongas. A situação, portanto, que ela considera como um “perigo” e contra a qual deseja ser protegida é a de não satisfação, de uma *crescente tensão devida à necessidade*, contra qual ela é inerte [grifo do autor]

Como percebemos, o infante encontra-se desarmado perante a vivência de privação que lhe causa intenso desprazer. A não satisfação de suas necessidades acaba por elevar as quantidades de estímulo a um nível tal que o bebê não tem como descarregá-las ou dominá-las psiquicamente. Essa vivência de desprazer, do ponto de vista freudiano, deve ser análoga à experiência de nascimento como uma repetição da situação de perigo. Em decorrência de um acúmulo na quantidade de estímulos que precisam ser eliminados, presenciamos uma perturbação econômica na economia pulsional.

Seguindo esse ponto de vista, é esta experiência de desequilíbrio na homeostase libidinal que faz com que o autor aproxime as vivências de não satisfação das necessidades do infante à experiência do nascimento. Trata-se de pensar o trauma em termos de um excesso contra o qual a criança encontra-se despreparada, sem defesas. Desse modo, segundo afirma Freud, quando a criança percebe, por meio da experiência com o objeto externo, que este pode pôr fim à sua situação de perigo, ocorre um deslocamento: da situação econômica à perda de objeto. A vivência de angústia passa a ser um sinal acionado antes que a perturbação econômica se estabeleça. Para o autor, esse deslocamento é o primeiro grande passo rumo ao movimento de autopreservação. Essa mudança representa uma transição entre o

aparecimento involuntário e automático do afeto de medo para a reprodução intencional deste como um sinal de perigo. Nesse contexto, o autor sustenta que a angústia é “um produto do desamparo mental da criança” (FREUD, 2001 [1926]: 66).

Sobre esse ponto, Hanns nos indica como ao longo do processo de desenvolvimento da obra freudiana podemos encontrar duas teorias sobre *Angst*. Elas se superpõem e se enlaçam, mas também se diferenciam principalmente no que se refere à questão do recalque. A primeira, adotada por Freud até 1925, entende que *Angst* é fruto de um excesso de estímulo que se acumula devido a não satisfação pulsional (HANNIS, 1996: 73). Nesse primeiro caso, tanto as circunstâncias externas, quanto a imaturidade genital que impede a satisfação pulsional provocam o estado de angústia, ansiedade ou medo. Encontramos tal ponto de vista na conferência sobre *A Ansiedade* que mencionamos acima.

Hanns nos esclarece que é antiga a concepção defendida por Freud considera o excesso de estímulo como algo que se impõe ao sujeito de forma avassaladora. Este processo levaria o sujeito ao medo e ao desamparo [*Hilflosigkeit*]. O autor também indica que a palavra utilizada para designar o desamparo na obra freudiana – *Hilflosigkeit* – está carregada de intensidade, expressando algo próximo ao desespero e à experiência de trauma. De fato, numa tradução ao pé da letra deste termo em alemão, diríamos que se trata de uma perda ou falta de ajuda (*die Hilfe* = ajuda, socorro; *die Hilflosigkeit* = estado de estar sem ajuda, sem suporte ou proteção; estado de desespero²), o que nos remete à importância da alteridade. Será a partir dos cuidados realizados no corpo pelo outro adulto que o bebê pode conter o excesso pulsional que o invade. Desse modo, o desamparo original diz respeito ao estado de passividade do sujeito ainda em constituição perante o ataque pulsional interno.

Avançando nessa direção, Hanns (1996) argumenta que, ao considerar a irrupção do medo como consequência do fracasso da descarga pulsional, Freud se aproxima da ideia de Rank em *Das Trauma der Geburt*, pois o recém-nascido sendo incapaz de lidar sozinho com o excesso de excitação que o toma, sucumbe ao estados de *Angst*. Assim, para Hanns, mesmo após a virada teórica, Freud ainda mantém seu

² Tradução própria a partir da definição do termo contida no *Wahrig deutsches Wörterbuch*, edição eletrônica

ponto de vista que entende o excesso de excitação como elemento desencadeador do estado de desamparo. Entretanto, cabe assinalar que algo novo se coloca na segunda tópica: o eu como o local da angústia. Nesse sentido, emerge outra concepção sobre o recalque, já que é a partir da angústia sentida pelo ego que se opera o mecanismo do recalque, e não o inverso, como era defendido anteriormente.

A primeira perspectiva que considera a dimensão econômica dos afetos de angústia nos é interessante por ressaltar o estado de desamparo que o sujeito se encontra perante a intensidade pulsional. Mantendo a posição que entende a origem da angústia atrelada à libido, Freud nos indica de que maneira as exigências pulsionais incidem no ego. Ele destaca que “o ego fica reduzido a um estado de desamparo face à tensão excessiva, como ocorreu na situação de nascimento” (FREUD, 2001 [1926]: 70). Zornig (2008: 57) completa a ideia, afirmando que “o caráter essencialmente econômico desta primeira experiência de angústia impossibilita sua evocação como lembrança”. O nascimento é, segundo a autora, caracterizado por Freud como “protótipo de angústia”, na medida em que há um excesso pulsional envolvido nesse processo.

Freud acredita que cada período da vida teria um determinante da angústia específico. O desamparo psíquico é característico de uma fase na qual o ego ainda está imaturo. Já o perigo se refere à perda do objeto do qual ele se acha dependente. O perigo da castração, desse modo, estaria relacionado à fase fálica, e o medo do superego à fase de latência. Assim, a perspectiva defendida pelo autor corrobora nosso entendimento de que, num período precoce do amadurecimento emocional, o ego incipiente do bebê não tem como dar conta do excesso de estímulos que o invade. Se não há um adulto que possa conter e dar sentido ao turbilhão de estímulos que acomete o infante, acreditamos que essa experiência torna-se da ordem do intolerável, do inominável, do trauma desestruturante. Freud, entretanto, sustenta que não apenas na primeira infância o sujeito se encontraria no estado de desamparo. Para ele “todo o indivíduo tem, com toda a probabilidade, um limite além do qual seu aparelho mental falha em sua função de dominar as quantidades de excitação que precisam ser eliminadas” (FREUD, 2001 [1926]: 78). Esta é uma indicação preciosa para pensarmos os estados de afeto desligado que presenciamos na clínica contemporânea.

No adendo de *Inibição, sintoma e angústia* Freud chega a citar dois tipos de angústia: a angústia do ego e angústia do id. Para o autor, a energia empregada pelo ego é dessexualizada, e isso poderia enfraquecer a ligação anteriormente formulada entre a libido e a angústia. Desse modo, ele reafirma que o nascimento é o protótipo de um estado afetivo automático que responde a uma situação de perigo. Este tipo de angústia é distinta da angústia do ego como forma de defesa perante as exigências pulsionais. Como o autor afirma:

Nossa hipótese anterior de uma transformação direta da libido em angústia possui menos interesse para nós agora do que antes. Mas se a considerarmos, teremos que distinguir diferentes casos. No tocante à angústia evocada pelo ego como sinal, ela não entra em consideração, nem, portanto, em qualquer daquelas situações de perigo que suscitam o ego a provocar repressão. A catexia libidinal de impulso sexual reprimido é empregada de outra forma que não a de ser transformada e descarregada como tal – como se verifica de maneira bem clara na histeria de conversão. Por outro lado, uma indagação ulterior da questão da situação de perigo trará à nossa atenção um exemplo da produção de angústia que, penso eu, tem que ser explicado de forma diferente (FREUD, 2001 [1926]: 95)

Considerando que mesmo na idade adulta as experiências precoces ainda se mantêm atuantes, podemos afirmar que há certos estados de angústia que diferem dos afetos presentes nas neuroses clássicas. O autor também parece apontar nessa direção quando declara que antes da diferenciação entre ego, id e superego, haveriam outros métodos de defesa a serem empregados, diferentes do mecanismo de recalque (op. cit: 97). Nesse contexto, a essência do perigo residiria na relação entre a sua magnitude e o desamparo face a este. Trata-se de um desamparo físico no caso de um perigo real, e de um desamparo psíquico, no caso de um perigo pulsional. Freud esclarece que a situação de desamparo remete à *situação traumática* [grifo do autor] que o eu tenha experimentado. Nesse sentido, ele procura distinguir melhor o que considera uma situação traumática da situação de perigo. A segunda é a possibilidade do sujeito prever um episódio que pode conduzi-lo a um estado de desamparo. Nessa perspectiva, a angústia é a expectativa do trauma e uma repetição deste de forma atenuada (op. cit: 99). A indefinição e a falta de objeto, por outro lado, estariam associadas à situação traumática de desamparo. Em suas palavras:

Uma situação de perigo é uma situação reconhecida. A angústia é a reação original ao desamparo no trauma, sendo reproduzida depois da situação de perigo como um sinal em busca de ajuda. O ego, que experimentou o trauma passivamente, agora o repete ativamente, em versão enfraquecida, na esperança de ser ele próprio capaz de dirigir seu curso [...] Mas o que é de importância decisiva é o primeiro deslocamento da reação de angústia de sua origem na situação de desamparo para uma expectativa dessa situação – isto é, para a situação de perigo. Depois disso vêm deslocamentos ulteriores [...] o perigo real é aquele que ameaça uma pessoa a partir de um objeto externo, e um perigo neurótico é aquele que a ameaça a partir de uma exigência instintual (FREUD, 2001 [1926]: 99-100).

No tema que procuramos debater, a saber, a problemática da violência precoce, percebemos que nos encontramos no campo do que permanece aquém da representação. No nosso entender, o indivíduo, nesse período, encontra-se no registro da sensorialidade, sob a égide do processo originário descrito por Aulagnier (1979,1985), numa relação de dependência absoluta com a mãe, tal como afirma Winnicott (1960, 1962). Como Zornig (2008: 59) ressalta:

[...] as respostas da mãe são fundamentais para o bebê, funcionando como sinais e referentes sociais para ele. A mãe funciona como ego auxiliar pelo reassuramento e pelas intervenções afetivas que protegem o ego frágil do bebê dos efeitos traumáticos do pânico ameaçador.

Segundo a autora, as pesquisas de observação de bebês e as formulações winnicottianas sobre a mãe suficientemente boa corroboram a teoria freudiana no que diz respeito a angústia e sua influência traumática sobre o funcionamento psíquico. Neste processo haveria um transbordamento pulsional, remetendo o indivíduo à situação de desamparo.

Desse modo, se estamos no registro do sensorial, do transbordamento, é o corpo – como primeira forma de metabolização das vivências – que entra em jogo. Este que é a forma mais primordial de inscrição. Ao tomarmos a clínica contemporânea verificamos como o próprio corpo, com suas marcas, suas cicatrizes e inscrições, se apresenta como testemunha do que permaneceu fora da linguagem. São cortes, queimaduras, fraturas, entre outras cicatrizes que nos fazem pensar num estado de angústia extrema. Na falta de outra forma de contenção possível, nos parece que o sujeito se utiliza do próprio corpo como um recurso de inscrição de uma

experiência desagregadora. Desse modo achamos pertinente refletirmos sobre a clínica dos estados-limite e sua forma de apresentação no corpo.

4. O sofrimento na clínica: a dor, o inominável e o registro no corpo

Na clínica contemporânea deparamo-nos com pacientes cuja queixa vaga e inespecífica se expressa insistentemente no registro corporal. Parece-nos que o corpo entra em cena como forma de expressão de vivências que se encontram fora da evocação via palavra. De fato, são questões que se apresentam em ato, são cicatrizes ou marcas do que escapa à elaboração psíquica.

Sabemos que a virada teórica promovida pela segunda teoria pulsional freudiana trouxe novos desafios que permitem a rediscussão de alguns aspectos da clínica. A partir de então, a dimensão econômica ganha ainda mais destaque, pois Freud passa a enfatizar cada vez mais a questão do excesso e das intensidades que invadem o aparelho psíquico. Estas questões, como sabemos, já vinham sendo apontadas anteriormente na obra freudiana, mas ganham relevo com os conceitos de pulsão de morte e de compulsão à repetição. Em termos de psicopatologia, entram em debate aspectos do sofrimento psíquico diferente do modelo da neurose. É nesse contexto que diversos autores contemporâneos brasileiros trabalham com a noção de estados-limites (Figueiredo 2001; Villa & Cardoso 2004; Damous & Souza, 2005; Maldonado & Cardoso 2009; Kupermann 2008).

As assim chamadas patologias dos estados-limites nos remetem às falhas de simbolização. Seu estudo, como nos indicam Villa e Cardoso (2009), abre as portas para uma melhor compreensão de certos quadros clínicos em relação aos quais os parâmetros da neurose se mostram insuficientes. Segundo as autoras, nesses casos testemunhamos a utilização de defesas arcaicas, além de intensas oscilações afetivas que indicariam a presença de angústias básicas. Esses quadros chamam a atenção pela visível fragilidade das fronteiras entre o interno e o externo, que comprometem a relação do sujeito com a alteridade. Como as autoras apontam, nos quadros em questão haveria uma dificuldade do eu em cumprir o trabalho de mediação, o que pode ser percebido através da precariedade do sujeito em manejar a relação eu/outro, seja esse outro interno ou externo.

Damous e Souza (2005) também consideram que nos casos-limite a problemática gira em torno das fronteiras internas e externas ao aparelho psíquico. Os autores esclarecem que essas questões estão envolvidas nos quadros também conhecidos como fronteirios, que se referem a distúrbios narcísicos, bem como nos quadros psicossomáticos, nos transtornos alimentares e nas adições. Em seu trabalho sobre a dor nos casos-limite os autores vão além, apontando como questão nuclear desses quadros as dificuldades nas experiências precoces. Sob esse aspecto, entendem que as angústias básicas e as defesas arcaicas mobilizadas nos estados-limite são fruto de uma não adequação do ambiente às “necessidades psicossomáticas iniciais do indivíduo” (DAMOUS & SOUZA, 2005: 186). Seguindo esse ponto de vista, afirmam que os dramas vividos por esse tipo de paciente são da ordem do “tudo ou nada”; a vivência é de “vida ou morte”. Nesses quadros verificamos uma clara dificuldade de mediação. Trata-se da clínica que privilegia as atuações em detrimento das simbolizações. Não são as *representações* em forma de sintomas corporais que estão em jogo, mas as *apresentações* na transferência de um excesso que resiste à elaboração psíquica (KNOBLOCH, 1998).

Se nos capítulos precedentes sustentamos que as primeiras vivências são sensoriais, mediadas pelo contato corpo-a-corpo mãe/bebê; ao nos voltarmos para a clínica contemporânea observamos que certas vivências não encontram um espaço psíquico de elaboração, lançando mão do corpo como forma mais arcaica de inscrição. Seguindo essa perspectiva, percebemos como estados-limites acabam nos levando a questionar sobre o que estaria aquém da palavra. De fato, podemos argumentar que a própria noção de “irrepresentável” diz respeito à dimensão de excesso pulsional e remete à precariedade dos recursos egóicos (VILLA & CARDOSO, 2009). Posto isto, achamos pertinente refletir sobre os destinos do que permanece fora da representação simbólica, mantendo-se no registro corporal. A partir dessas reflexões, podemos legitimar o lugar das atuações no corpo que, como vimos, se mostram como a primeira forma de relação eu/mundo.

Como havíamos afirmado, para Aulagnier (1978, 1985) existiriam três formas de representação. Baseados nisto, verificamos na clínica que mesmo em pacientes adultos há casos cuja vivência não se insere no campo da fantasia, constituída por

formas de representação do processo primário e secundário. Nos quadros em questão, o processo originário torna-se a única forma de metabolização das experiências. É nesse contexto que os estados-limite (também conhecidos como casos difíceis ou casos “não-analisáveis”) nos convidam a repensar a clínica tradicional que tem a neurose como paradigma. Acreditamos que esses casos nos convocam a trabalhar com a clínica para além da interpretação, remetendo-nos ao que há de mais precoce na constituição psíquica, pois nos apresentam o sintoma em ato, no corpo e fora do processo associativo. Assim, com o intuito de problematizar a questão do corpo na clínica, voltamo-nos primeiramente à noção de memória corporal formulada e desenvolvida por Fontes (2002) para depois dialogarmos como outros autores brasileiros contemporâneos. Trazemos também algumas rápidas vinhetas clínicas que nos permitem ilustrar os elementos sobre os quais procuramos refletir.

4.1.

Memória corporal: a clínica do ato

Nos capítulos anteriores procuramos fazer uma distinção entre o corpo representado e simbolizado (cujo exemplo paradigmático é o conjunto de sintomas histéricos) e o corpo que se apresenta como palco de atuações. O segundo caso nos remete aos imperativos da compulsão à repetição, que insiste na atuação do mesmo como uma tentativa de representação psíquica. Nesse sentido, trata-se de algo aquém da palavra, algo que se vale do corpo como a forma mais primordial de inscrição.

Como ponto de partida para a discussão que pretendemos colocar, tomamos de empréstimo a questão formulada por Fontes (2002) em seu livro intitulado *Memória corporal e transferência*. A autora se pergunta: “como explicar a “memória” de um período arcaico, antes da existência da linguagem, em que só o afeto e o corpo podiam defender o bebê?” (: 41). Para dar conta da questão lançada, a autora retoma Ferenczi e sua noção de traumatismo. Segundo afirma, Ferenczi entende o trauma como algo que se encontra fora da inscrição psíquica e da representação e, assim, fora da esfera do recalçamento. O que está em jogo, nesse caso, é o mecanismo de cisão do eu, que diz respeito à “fragmentação e à

pulverização das formações psíquicas compostas” (op. cit). Sob esse aspecto, segundo Fontes defende, há um registro que ocorre no corpo, e é apenas neste que certas vivências precoces podem ser despertadas.

Reis (2004) avança nessa reflexão ao apontar que, no que se refere ao trauma, o pensamento de Ferenczi pode assumir duas vertentes. A primeira, como vimos, parte do ponto de vista de que haveria uma desordem psíquica em consequência da relação do sujeito com o mundo. Esta desordem exigiria do sujeito um trabalho psíquico, visto que o indivíduo, ao longo do caminho que o conduz à constituição do psiquismo, se confronta com conteúdos com os quais ainda não tem meios para lidar, mas que, ao exigirem uma reorganização, são estruturantes, isto é, formadores do aparelho psíquico. Trata-se de um trabalho de ligação e construção de sentido.

Por outro lado, como a autora procura marcar, caso esse processo seja atravessado por um excesso, o trabalho de ligação torna-se inviável, de forma que a experiência não chega a fazer um sentido, restando apenas a repetição traumática. Essa segunda vertente do trauma refere-se à experiência que desestrutura o psiquismo, trazendo em si o componente mortífero, citado anteriormente por nós.

Podemos argumentar que a violência como excesso, isto é, o trauma desestruturante, contém em si um aspecto mortífero, porquanto que, como Reis nos lembra, Ferenczi trabalha com a noção de comoção, presente na situação de trauma desestruturante. A autora aproxima a experiência de comoção psíquica aos estados psicóticos, tratando-se, contudo de um estado passageiro no qual há um rompimento da continuidade dos processos psíquicos pelos quais o sujeito se reconhece. Esta é uma vivência desagregadora, sem sentido, da ordem da pulsão de morte.

Desse modo, o traumático, pode ser entendido como o que escapa e contraria, destroça e instiga uma ordem. Nesse sentido, se refere ao *pático* e ao afetivo, que definem o traumático por excelência (FIGUEIREDO, 2001). Cabe pontuar que, seguindo as indicações ferenczianas, entendemos que o traumático é o campo das cisões ou clivagens, mecanismos de defesa distintos da repressão ou do recalçamento. Como Luiz Cláudio Figueiredo (2001) nos mostra, no pensamento psicanalítico há uma estreita relação entre cisões e experiências traumáticas, de um lado, e entre a repressão ou recalçamento e os impulsos e fantasias conflituosas, por outro. Na

concepção do autor, o traumático é essencialmente heterogêneo e, por isso, anterior ao conflito. Assim, a clivagem, como uma proteção contra a evolução do conflito, é uma forma primitiva e radical de mecanismo psíquico que visa impedir que o conflito e suas tensões se instalem no psiquismo.

Ainda no que diz respeito ao mecanismo de clivagem do ego, é interessante ressaltar como Figueiredo entende o processo de cisão. Para este autor, haveria dois tipos de cisão: uma constitutiva, condição necessária da repressão e do recalque, e a cisão patológica, que impossibilitaria o mecanismo do recalque que, como sabemos, traz em seu bojo a possibilidade de representação psíquica. Desse modo, o autor procura nos mostrar que, assim como há traumatismos destruidores ou restritivos da vida psíquica, também há tipos de cisão que são estruturantes do aparelho psíquico, já que é por meio da cisão, da separação em três instâncias (eu, supereu e isso), que se formaria o aparelho psíquico para Freud.

Já Reis (2004) postula que a clivagem é uma medida de proteção contra a ameaça de destruição psíquica e física. No seu modo de ver, esta ameaça não diz respeito à castração, mas ao aniquilamento. Tal processo implicaria numa ruptura da superfície do eu, assim como a mobilização e imobilização de defesas para que partes do eu permaneçam incomunicáveis. Para a autora, são conteúdos psíquicos tomados pelo excesso de excitação. Eles não são passíveis de derivação, envolvem uma desintração pulsional, tendo como consequência uma ação fragmentadora. Desse modo, não há ligações ou um processo associativo; o que permanece é uma “repetição inexorável” que, a nosso ver, se manifesta no corpo.

Retomando o conceito de trauma em Ferenczi e da pulsão de morte em Freud, constatamos como essas postulações nos permitem refletir sobre os limites da representação. Acreditamos que a segunda tópica freudiana semeou um campo fértil que incentivou pesquisas acerca do irrepresentável na clínica. Ferenczi seguiu o caminho aberto por Freud, se dedicando aos chamados casos difíceis e desenvolvendo sua técnica, de forma a poder trabalhar com aspectos que se mantiveram fora do campo simbólico e que se apresentavam na clínica em termos de atuação. Assim, a noção de agir remete à ideia de trauma como algo que pertence à ordem do

irrepresentável, e, por isso, a dimensão corpórea se apresenta ao analista em forma de dor (KNOBLOCH, 1998).

Se nosso ponto de partida foi pensar a violência precoce, observamos com Reis (2004) que criança mal acolhida na primeira infância apresenta uma tendência desagregadora e destrutiva que se manifesta em certas formas de adoecer corporal, em descargas corporais repetitivas como os tiques, assim como através do agir compulsivo. Como a autora afirma: “as vivências traumáticas precoces opõem-se ao estabelecimento de ligações e não adquirem condições de significação e de construção de estratos mnêmicos, passando a se repetir como a memória corporal da tendência à desorganização originária da pulsão de morte” (REIS, 2004: 3).

Partindo deste entendimento, ao nos voltarmos a Maldonado e Cardoso (2009) nos deparamos com uma interessante articulação que as autoras fazem entre a clínica do trauma e os estados limites. Segundo afirmam, tanto as neuroses de guerra quanto os estados-limites têm como característica uma “memória imemorable”, cujo passado é um presente contínuo que não pode ser esquecido ou mesmo recalçado. Trata-se de uma memória que está para além do princípio de prazer e da representação psíquica. É da ordem do mortífero e está sob a égide da compulsão à repetição. Nesse caso as marcas do inominável se fazem sentir através das repetições em ato e do registro no corpo.

Avançando na discussão sobre o privilégio do corpo como registro de vivências anteriores à aquisição da linguagem, Fontes (2002), retoma a perspectiva da psicanálise contemporânea que se volta ao estudo da clínica dos primórdios. A autora comenta como atualmente se procura levar em conta a relação do bebê com a mãe (e com seu corpo), na qual o sensorial, meio pelo qual ocorrem as primeiras comunicações eu/mundo, tem um lugar fundamental para a constituição psíquica. Nesse ponto a autora reafirma que há tipos de vivências que não podem ser evocadas pela lembrança, sustentando a hipótese que privilegia o corpo como lugar de registro da memória infantil. Seu trabalho mostra a importância de se olhar para os traços mnêmicos que se apresentam na clínica por meio de posturas corporais ou sensações. São cheiros, sabores ou imagens que podem surgir durante as sessões.

Fontes (op. cit) procura ainda fazer uma distinção entre a infância e o infantil, entendendo que o segundo encontra-se para além do memorizável. Remetendo-se a Dayan, a autora argumenta que existiriam dois tipos de marcas de experiências originárias: aquelas presentes na memória em estado ligado – e por isso, aptas a entrar no processo secundário – e aquelas marcas que não podem ser representadas pelo processo secundário, permanecendo como sequelas de impressões deixadas pelo originário. O segundo tipo não se prestaria à mesma lógica temporal das impressões que podem ser evocadas pela lembrança.

Segundo a autora, esse ponto de vista permitiria refletir sobre as impressões da pré-história individual, tomadas no contexto de um “tempo fora da história”, cuja existência não seria possível dentro de uma cadeia contínua de acontecimentos. A autora faz, então, uma articulação entre impressões presentes na formação do psiquismo com a “conduta verdadeiramente infantil invocada (despertada!) pela transferência” (FONTES, 2002: 60). Parece-nos que o aspecto infantil com o qual a autora trabalha refere-se ao componente mais arcaico, à angústia sem representação, cujo caráter econômico se faz presente ao longo de toda a vida do sujeito.

A esse propósito, retomamos a ideia de que mesmo na idade adulta há a permanência de algo do infantil, do modo de relação mais primordial. No entanto, cabe colocar, que quando falamos de aspectos infantis não se trata de entender a infância como um dos estágios de crescimento pelo qual passa o homem. Aqui, partimos da noção do “*infantil como característica princeps de toda a sexualidade*” (Herzog e Mariante, 2008: 42 [grifos das autoras]). São, no caso, fantasias infantis que permanecem na sexualidade adulta. Fantasias atemporais, na medida em que se encontram na base da formação do desejo. Fantasias que se constituem e são marcadas pelas vivências precoces, conservando-se no psiquismo ao longo da vida. Como Zornig (2008: 52) nos esclarece, a partir do texto freudiano:

A infância produzida pela psicanálise é uma infância desconhecida, ou melhor, esquecida, e Freud lhe dá um valor fundador, já que é a partir da amnésia infantil que se constitui a história do sujeito. Essa infância recalcada é, portanto, fundadora a partir da qual o sujeito atualiza lembranças e fantasias em análise.

Entretanto, a autora ressalta que nos textos metapsicológicos de 1915 e no *Além do princípio do prazer* o infantil vai se manifestar também por meio da compulsão à repetição. Segundo nos parece, Fontes avança nessa direção ao sustentar a presença de um aspecto infantil que permanece como registro corporal e que estaria fora do registro do recalçamento e por isso não chegando a constituir um cenário fantasmático.

Knobloch (1998) também segue esse ponto de vista, apresentando uma interessante articulação entre o aspecto infantil e a memória. Em sua argumentação, a autora sustenta que para Freud o aparelho psíquico é fundamentalmente um aparelho de memória. Nesse contexto, a autora, assim como Fontes, traz a ideia de duas “memórias” que se apresentam na clínica. A primeira diz respeito ao aspecto memorável, sendo, portanto, uma memória ligada. É um tipo de memória que se encontra em forma de representação no aparelho psíquico, sendo responsável pela construção da lembrança. Ela está atrelada à fantasia e possibilita o trabalho de interpretação na análise. Podemos argumentar que se trata de um tipo de evocação que já se encontra sob a égide do processo primário e do processo secundário descrito por Aulagnier (1979, 1985).

Já a segunda forma de memória descrita por Knobloch (op. cit) se refere ao aspecto “imemorável”, que a autora caracteriza como imutável, repetitivo e não ligado. Nesse sentido, verificamos que se trata de marcas ou sequelas de experiências cuja representação não foi possível. São vivências que não podem ser evocadas pela lembrança, já que estão num registro anterior à palavra. Baseando-se em Fédida, a autora afirma que se trata de uma memória do infantil, constituída a partir de experiências que não puderam ser representadas no aparelho psíquico. Para esclarecer melhor esse ponto, a autora explica que:

[...] “infantil” não se refere à infância, enquanto tempo passado, nem às representações inconscientes da vivência da criança; o infantil refere-se a essas marcas inafiançáveis, que são, antes de tudo, modalidades específicas de uma influência real, que se exerce sobre a vida pulsional durante toda a existência, sendo, nesse sentido, *sempre atual*. Isto nos permite pensar numa diferença tópica entre o memorável, que se ordena no tempo da retrospectiva e o infantil que toma o lugar fora do tempo da narrativa. Aceder ao infantil é fazer surgir essas marcas (KNOBLOCH, op. cit: 92 [grifo nosso]).

A partir de Fédida, a autora faz uma contraposição entre a memória narrativa – ou memorável como ela anteriormente havia definido – e a memória infantil, que se refere, como vimos, ao que permaneceu sem representação psíquica. Nesse sentido, a autora parece estar de acordo com as observações de Fontes sobre existência de um aspecto infantil, cuja temporalidade não se insere numa cadeia contínua de acontecimentos. Trata-se de uma memória atemporal, que se mantém ativa e que permanece como um presente contínuo citado por Maldonato e Cardoso (2009).

Esse ponto de vista, como afirmamos, nos parece próximo ao que Aulagnier (1979, 1985) chama de processo originário, na medida em que é um mecanismo que se utiliza do corpo como forma de metabolização de experiências que não conseguem ter registro simbólico. São marcas que constituem uma primeira tentativa de inscrição psíquica.

Cabe, contudo, esclarecer como entendemos essas marcas no contexto psicanalítico. Para tal, retomamos Knobloch (op. cit). A autora parte de Ferenczi para traçar uma distinção entre o que chama de traço de memória e as marcas. Ela insiste que, no que se refere ao traumático, algo persiste além da representação psíquica, cuja temporalidade é bem distinta. Nesse sentido, as marcas seriam impressões que não puderam ser inscritas num sistema de memória, enquanto o traço “pode entrar no registro psíquico através de ligações que estabelece com outros traços de impressões e se inscreve no sistema de memória” (op. cit: 107-108). A marca, por sua vez, é um termo que é atribuído às *sensações sem palavras*, às vivências que não entram no circuito do aparelho psíquico, pois não puderam ser representadas psiquicamente. Nas palavras da autora:

A não-representabilidade é marca de um inconhecível, de um saber sem acesso possível à consciência habitual. Se considerarmos o real como aquilo que se impõe como inimaginável, inconcebível, mas apesar de tudo, como existente ou tendo existido, vemos então que a ausência do conteúdo representativo não significa ausência de sensações em afetos (KNOBLOCH, 1998: 84).

Com objetivo de articularmos teoria e prática, tomamos como exemplo uma situação de crise ocorrida num processo de acompanhamento terapêutico.

Esclarecemos que este tipo de prática exige que em determinados casos se monte uma equipe de profissionais que acompanha o paciente em sua rotina por um determinado período, que pode variar de duas horas chegando até a vinte e quatro horas por dia, de acordo com a necessidade. A equipe à qual me refiro trabalha exclusivamente com profissionais já graduados em psicologia e conta com uma supervisão semanal para discussão clínica.

A vinheta clínica que usaremos para ilustrar a discussão se refere a um paciente com cerca de trinta anos de idade, com histórico de muitos anos de uso de diferentes drogas. Entretanto, sua preferência é pela maconha. Ele estava há dois dias sem dormir e, ao se sentir perseguido por policiais, joga o “boing” que usava para consumir maconha no chão, espalhando muitos cacos de vidro pela casa. O paciente fica extremamente desorientado, tranca-se no banheiro, tomando banho sem parar e batendo com a cabeça contra o vidro do Box do chuveiro. Se anteriormente ele estava sendo acompanhado apenas duas vezes por semana no período mínimo de duas horas, esse incidente provoca um aumento do acompanhamento para vinte e quatro horas, pois em suas crises anteriores havia relato de agressões contra si mesmo e contra alguns membros da família. Para que uma internação pudesse ser evitada, pensou-se no aumento da carga horária, e novos profissionais precisaram ser acionados.

Nos dias que se seguiram à crise, havia momentos em que o paciente se encontrava extremamente desorganizado, sem poder falar. Ele se apresentava engatinhando, em posição fetal, ou agarrava-se à mãe ou aos acompanhantes. Não se lembrava muito bem do que houve, mas segundo lhe contaram, andou sobre os cacos, sentou neles e procurou recolhê-los com as mãos. Dias depois, ele declara ser bom ter marcas que o façam lembrar o que acontecera, e acredita que se cortar foi uma forma de proporcionar dor para aplacar a culpa sentida pelo consumo de drogas. Fora da crise, o paciente se apresenta amável e de fácil trato. Mas sua vida social é bem restrita, limitando-se a poucos amigos e ao computador. Não consegue terminar a faculdade, faltando apenas poucas matérias e o trabalho de fim de curso.

É interessante notar que a crise é desencadeada após um almoço em família no qual o paciente sente-se exposto por uma fala da mãe sobre seu consumo de maconha. O que poderia ser uma situação pontual torna-se uma vivência desagregadora pela

maneira extremamente desqualificante com que a mãe do paciente se refere a ele e aos filhos em geral. Ele queixa-se de que a mãe sempre precisa colocar alguém como o fator problema da família, para poder se sentir indispensável e manter os filhos sob seu controle. Mesmo percebendo esse movimento, o paciente parece não poder responder de outra forma, precisando colocar o próprio corpo como forma de mediação de sua relação com a mãe. Há algo do processo originário de representação que retorna e tem o corpo como possibilidade de inscrição de uma vivência de violência – a violência secundária descrita por Aulagnier. Nesse momento, sem poder recorrer ao recurso da palavra, o paciente retoma um modo de relação muito precoce. O corpo aparece como mediador relacional, de forma que os cortes se apresentam como uma possibilidade de inscrição de uma vivência extremamente desagregadora.

Lembramos que Piera Aulagnier trabalhava com a noção de pictograma, entendendo que o processo originário está na base da formação do psiquismo. Seu registro ocorreria por meio da metabolização que um outro faz de informações provenientes do mundo externo e que se apresentam a partir do corpo. Dentro desta perspectiva, a autora sustenta que a metabolização das vivências sensoriais do bebê é possível por meio da antecipação materna, que se volta para aquilo que ela acredita serem as necessidades de seu filho. A relação primária vem, então, marcada pelas expectativas e pelo desejo materno, assim como vem atravessada pelos seus conteúdos psíquicos. Esses conteúdos - enigmáticos tanto para o bebê quanto para a mãe - implicam numa violência que invade, mas também funda o psiquismo. Trata-se do que a autora nomeia como uma violência primária, que se difere da violência secundária, na medida em que ela é necessária e fundante do aparelho psíquico.

Vimos como, enquanto o aparelho psíquico está às voltas somente com o que chega a ele a partir do corpo e de suas intensidades, é por meio dos *efeitos somáticos* (AULAGNIER, 1985) que o sujeito ainda em constituição registra suas vivências. Estas, como defende a autora, são as bases para as formações psíquicas posteriores. Avançando nessa direção, Aulagnier lança mão da noção de *corporização figurativa* para esclarecer como ocorre a forma mais primordial de inscrição.

A *corporização figurativa* refere-se a um fundo representativo que continuaria emprestando seus materiais ao corpo; devido a esse empréstimo, o corpo mantém ao longo da vida sua participação nos estados afetivos e emocionais que tomam o sujeito. Indo nessa direção, a autora sugere a noção de uma *fonte somática da representação psíquica do mundo* (AULAGNIER, 1985), que nos permite entender a figuração mundo-corpo ou o pictograma. Sob esse aspecto, concordamos com a vertente da psicanálise contemporânea que sustenta que é no campo dos afetos e do pulsional que ocorre a maneira mais arcaica de registro das vivências subjetivas. Seguindo esse ponto de vista, acreditamos que é por meio das experiências sensoriais corporais que o bebê toma conhecimento da realidade que o cerca. Desse modo, sustentamos que quando os mecanismos psíquicos de defesa falham, é por meio do corpo que o sujeito tenta representar uma experiência de violência mortífera, ou da ordem do trauma desestruturante, do qual falava Ferenczi. Estamos nos referindo a marcas corporais que procuram inscrever uma vivência que é da ordem do excesso, do desmedido e do inominável. É o irrepresentável da pulsão de morte.

Como sabemos, a pulsão de morte tem um trabalho silencioso, que se mostra por meio da repetição daquilo que se manteve aquém da representação. Como elucida Knobloch (1998: 101):

[...] a pulsão de morte aparece “muda”, mutismo que “fala” da não-representabilidade dessa pulsão [...] Se a pulsão de vida é ruidosa por oferecer sistematicamente seus representantes psíquicos e se, por seu lado, a pulsão de morte é silenciosa e teima em se ocultar, isto será devido à dimensão de não representabilidade que a caracterizará.

Nesse sentido, podemos perceber uma clara distinção entre os conteúdos psíquicos representados e o material que se apresenta na clínica “em bruto”, em termos de repetidas atuações no corpo. Estas são atuações que nos parecem ser tentativas de simbolização.

Como vimos com Fontes (2002) e Knobloch (1998), há um registro corporal das experiências que permaneceram sem representação psíquica. Maldonado e Cardoso (2009) também trabalham com a ideia de marcas que permanecem exteriores ao psiquismo, porquanto se revelam cicatrizes de vivências de traumatismos que excederam a possibilidade de elaboração. Seguindo as indicações de Seligmann-

Silva, elas sustentam a ideia de que haveria uma *ferida da memória* presente na situação traumática extrema. Essa “ferida” diz respeito a algo inassimilável ao mundo psíquico, que não tem uma representação, mas que acaba por deixar marcas que retornam como “determinismos cegos e mudos da compulsão à repetição”.

Desse modo, estas marcas ou “feridas” se apresentam na transferência de uma maneira bem particular. No contexto da primeira teoria pulsional freudiana, a transferência era pensada em termos de resistência ao tratamento ou como lugar de “novas edições”, que permitiriam a reconstrução de uma história anterior. A partir da emergência do conceito de pulsão de morte, a transferência adquire uma estranheza pela sua apresentação em termos de repetição compulsiva (KNOBLOCH, 1998). Trata-se da repetição do mesmo, da manifestação através de um agir compulsivo que não encontra uma mediação simbólica. Não há espaço para o pensar, já que aquilo que é vivenciado não se integra à cadeia associativa, o que permitiria o estabelecimento de um sentido. “Na transferência repete-se, mas agora não se trata mais de entender essa repetição como possibilidade de reconstruir uma história: *há um outro tempo anunciado na repetição*” (op. cit: 103 [grifo nosso]). A memória é agida, e não lembrada, diz respeito a uma “não-memória” ou a uma “recusa da memória”, diferente do esquecimento. Não há possibilidade de rememoração, mas sim de uma apresentação do mesmo, que se perpetua num tempo eternamente presente, sem possibilidade de modificação.

Para Maldonado e Cardoso (2009), trata-se de uma “memória amnésica”, como denomina Green. Ela se presentificaria em forma de somatizações e despersonalizações. Consiste num outro tempo, o tempo da experiência traumática, bem distinto da temporalidade do recalçamento neurótico. É um presente contínuo, que não se inscreve num passado, retornando sob forma de repetição dolorosa (MALDONADO & CARDOSO, 2009: 49).

4.2.

Dor e corpo: marcas de violência precoce

Para iniciarmos a reflexão sobre a dor na clínica, achamos interessante fazer um recuo à Freud com intuito de entender como essa questão se apresenta em sua obra. Para isso lançamos mão, primeiramente, do *Inibição, sintoma e angústia*, texto trabalhado por nós no capítulo anterior. Neste texto, o autor apresenta uma interessante distinção entre a ansiedade ou angústia [*Angst*¹] neuróticas e a ansiedade ou angústia real, vinculada a um perigo externo. Para o autor, a primeira ameaça diria respeito à ameaça à existência, devido ao estado de desamparo em que o bebê humano se encontra. Tomando como fio condutor a reflexão sobre as origens desta ansiedade ou angústia, o autor sustenta que a experiência de dor é fruto da ausência do outro. Assim, Freud afirma que o bebê humano se encontra num estado de vulnerabilidade, estado este responsável pela primeira situação de perigo, o que acaba por criar a necessidade de ser cuidado, de ser amado - demanda esta que acompanha o sujeito ao longo da vida.

Esta concepção difere da ideia de dor psíquica, formulada nos primeiros trabalhos freudianos. Para nos guiarmos por esse percurso, é Kupermann (2008) que nos indica os caminhos percorridos por Freud em seus primeiros textos. Segundo este autor, no decorrer da teoria freudiana sobre a questão do trauma, num primeiro momento, ele vai sustentar que são as lembranças do evento traumático que causariam dor ao paciente. Tratava-se, na maioria das vezes, de pacientes histéricas que, como apontamos anteriormente, sofriam de “reminiscências”. Nesse contexto, o autor nos indica a proposição que se refere a essa fase do trabalho freudiano: “lembrar dói”. Naquele momento, Freud buscava por meio do método catártico resgatar a memória que havia ficado esquecida.

Num segundo momento, como nos indica Kupermann (op. cit), com o advento da teoria psicodinâmica e com o conceito de defesa, Freud passaria a sustentar que “pensar dói”. Na medida em que existiriam conteúdos psíquicos vinculados à

¹ Lembrando que a tradução do termo *Angst* é medo, mas optamos por manter os termos utilizados nas edições brasileiras: ansiedade e angústia.

sexualidade que seriam intoleráveis ao pensamento, estes precisavam ser “apagados”. Desse modo, emerge a noção de recalque como um mecanismo de defesa neurótico. Esta é uma forma de defesa contra o conflito que age com intuito de manter o equilíbrio psíquico. Posteriormente, com a formulação da noção de fantasia inconsciente, a proposição freudiana sobre o sofrimento psíquico passaria a ser “saber dói”.

O trabalho de análise ocorre, desse modo, por meio da interpretação da transferência e das resistências. É no contexto das neuroses que Freud enfatiza que existiriam conteúdos a ser recalcados e que se apresentariam na clínica por meio dos lapsos, atos falhos e dos sintomas corporais histéricos, cujo corpo representado remete ao que deveria ser “apagado”, isto é, a representação geradora de conflito.

Apenas mais tarde Freud vai formular algumas noções que nos possibilitam pensar em casos cujo funcionamento psíquico não se enquadra nas neuroses clássicas. Antes da virada teórica promovida pelo conceito de pulsão de morte e indicada em trabalhos como a *Introdução ao narcisismo* (1914) e *Luto e melancolia* (1917), o modelo seguido partia da psicopatologia da neurose, dos conteúdos ideativos vinculados ao sexual que, com intuito de evitar o conflito, precisariam ser recalcados.

É nesse contexto que, a partir da virada teórica promovida por Freud em 1920, abre-se caminho para que novos modelos que não se enquadram na neurose clássica possam ser pensados. Ao trabalhar com a noção de irrepresentável, acreditamos estar mais próximos das vivências nas quais é o afeto está em jogo. Perante ao que permanece ao nível do afeto intenso e da compulsão a repetição, surgem algumas questões: que percursos clínicos e teóricos precisamos traçar para dar sentido a experiências que carecem de representação, vividas por alguns pacientes? Como trabalhar com casos nos quais a dor corporal é provocada consciente ou inconscientemente como forma extrema de inscrição de uma vivência intolerável?

Vínhamos procurando sustentar o ponto de vista que entende o corpo como “palco onde se encenam as relações entre o psíquico e o somático” (FERNANDES, 2002: 55), lugar privilegiado de apreensão do mundo, primeiro espaço de trocas entre o sujeito ainda em constituição e o meio que o cerca. Desse modo, fica claro para nós como o corpo responde pela maneira mais original de inscrição psíquica. É ele que

entra em cena quando os processos simbólicos falham. Aquilo que não tem representação permanece registrado como signo de percepção, já que se trata de experiências ocorridas num momento no qual as palavras ainda não faziam parte do arsenal psíquico da criança (REIS, 2004). Nesse sentido, se entendemos que as primeiras relações estabelecidas pelo infante com o meio que o cerca ocorrem no corpo (mergulhado em sua sensorialidade), no que se refere à dor, não há como pensá-la desvinculada da noção de alteridade. É possível, então, afirmar que na ausência do outro – enquanto aquele que cuida e significa as experiências do infante – encontramos os fundamentos da experiência de dor. Continuando nessa direção, concordamos com Fernandes (2002), quando ela afirma que o corpo é personagem integrante das relações estabelecidas entre o psíquico e o somático. Ao nosso ver, o corpo é um espaço privilegiado de comunicação dos afetos e sensações que tomam o sujeito.

Como Fernandes (2002, 2003) nos mostra, haveria um caminho a ser percorrido na passagem da dor do corpo para a dor da alma. Esse caminho diz respeito à mudança de um investimento narcísico do sujeito sobre seu próprio corpo a um investimento de objeto. Nas palavras de Freud (1926: 105):

A transição da dor física para a mental corresponde a uma mudança da catexia narcísica para a catexia de objeto. Uma representação de objeto que esteja altamente catexizada pela necessidade instintual [pulsional] desempenha o mesmo papel que uma parte do corpo catexizada por um aumento de estímulo.

Baseada em Freud, Fernandes (2001: 84) afirma que “afetado pela ausência, o corpo dói”. Segundo a autora, essa dor pode se apresentar na clínica a partir de falas dos pacientes, que localizam seu sofrimento no sintoma somático. Segundo a autora, diante de algum sofrimento muito intenso alguns pacientes “insistem em distinguir o sofrimento da dor e freqüentemente a localizam no próprio corpo” (FERNANDES, 2002: 57).

Nesse ponto, relembremos o processo originário descrito por Aulagnier (1979, 1985). A partir da noção de pictograma, a autora nos mostra a representação do processo originário que ocorre no corpo. Seu intuito é metabolizar as vivências

afetivas que tomam o infante. É um tipo de representação que ocorre via afeto, “como reflexo especular do espaço corporal” (DRUBSCKY, 2008: 75).

Com efeito, na clínica nos deparamos com pacientes cujas queixas inespecíficas se apresentam apenas via corpo, sem palavras que possam lhes dar sentido. São suas marcas corporais – tais como cortes, queimaduras, fraturas, entre outras apresentações – que se põem a falar pelo sujeito. O paciente nos apresenta uma dor que não tem um lugar simbólico, lançando mão do próprio corpo como forma de comunicação. Para dar sentido a essa apresentação sintomática que Knobloch (1998: 81), partindo das formulações ferenczianas sobre o trauma, afirma que:

[...] o paciente *age a dor* não por formação de compromisso, mas por uma impossibilidade de representação, por um excesso pulsional em que o trabalho do pensamento não poderá acontecer, o que aparece na sessão, então, é algo de uma outra ordem, que se apresenta (mas não se representa), e assim, o trauma será entendido como aquilo que dá voz a uma outra dimensão – a um outro lugar, um não lugar – que não é o recalque.

Se estamos de acordo com os autores contemporâneos que afirmam que nem tudo que se apresenta na clínica deve ser entendido apenas pela via do recalque e dos sintomas corporais neuróticos, avançamos na direção de pensarmos o campo do traumático e da violência precoce em termos do inominável. As marcas corporais testemunhadas pelo analista retratam a busca pela construção de um sentido. Como uma cena congelada, as atuações no corpo expressam o que permaneceu como excesso, no nível do transbordamento pulsional, do que extrapola as possibilidades de mediação.

Ainda no que se refere à dor e ao excesso pulsional, seguimos as indicações de Fernandes (2002) que, em seu artigo, discute a questão do corpo em Freud e sua função na escuta do analista. A autora faz uma distinção entre o *corpo representado* da histeria, lugar de uma simbolização e o *corpo do transbordamento*, noção pensada a partir da problemática das neuroses atuais descritas por Freud. A autora admite a possibilidade que nem sempre o corpo biológico está ligado a um sistema de significantes, como ocorre no caso da histeria, de modo que se abre possibilidade de entendermos um sintoma corporal em termos de descarga, “como um excesso, que, atravessando o aparelho psíquico, não se organiza necessariamente a partir da lógica

da representação” (op. cit: 54). Nesse sentido, a autora sustenta que a experiência de dor daria acesso ao conhecimento dos órgãos, permitindo a representação corporal. Como afirma: “sentir dor informaria ao ego sobre a existência de um corpo constituído de órgãos, tornando-lhe possível a representação interna do próprio corpo” (FERNANDES, 2002: 60). Assim, este que dói é o *corpo do transbordamento*, lugar do excesso, da pulsão desligada que se encontra fora do campo simbólico.

Entendemos que esta noção é importante não apenas no contexto da psicossomática – enfatizada pela autora – mas também no que diz respeito às atuações no corpo que verificamos nos casos-limite.

Se seguirmos o ponto de vista segundo o qual é a partir da alteridade que o corpo se constitui, cabe a pergunta: quais são as consequências, em termos de amadurecimento emocional, quando um bebê sofre uma violência que é da ordem do mortífero, do excesso sem possibilidade de representação?

Assim, para “dar corpo” ao nosso argumento, retomamos o caso clínico de acompanhamento que apresentamos com mais detalhes no primeiro capítulo. A paciente, que já passara dos quarenta anos, tinha como um sintoma marcante uma coceira intermitente que piorava quando o namorado não podia eventualmente dormir com ela. Um fato curioso chamava a nossa atenção: a coceira só podia ser aliviada quando a enfermeira passava uma pomada para assaduras de bebê. Outro fato interessante se referia às constantes quedas da paciente. Estas tiveram como consequência algumas fraturas que a impediram de andar. As quedas ocorreram em momentos bem marcantes. Cito dois exemplos: a queda na qual a paciente fraturou o braço direito ocorreu num período no qual havia uma desconfiança em relação à sua enfermeira, vista pela paciente como “seu braço direito”; a fratura do pé ocorreu durante a compra do presente para o namorado, que não ia passar o dia de aniversário com ela. A fratura do braço obrigou a paciente a ficar ainda mais dependente da enfermeira, que havia sido acusada de roubo, mas que, por outro lado, “maternava” a paciente com todos os cuidados possíveis que iam desde passar a pomada de bebê para aliviar a coceira à escolha de roupas para sair a rua, além da preparação de sua alimentação .

Quanto à fratura do pé, esta vinha acompanhada de algumas afirmações interessantes como “meu Pedro² dói”, quando o namorado se ausentava. A esse propósito, nos questionávamos: “que dor era essa?”. Seu corpo nos apresentava de forma concreta, em bruto, toda a carga de violência que tomava a paciente. A equipe, como um todo, angustiava-se com a paciente, que parecia funcionar apenas em termos da pulsão de morte, de forma extremamente desagregada e violenta com as pessoas que a cercavam. Apresentava, também, uma visível precariedade simbólica. Tinha raros momentos de afeto e alegria, quando estava na presença do namorado, momentos logo apagados pelas violentas explosões, acompanhadas de acusações de roubo e traição dirigidas não apenas ao namorado, como aos demais.

Com as quedas, a paciente precisava ser amparada para se movimentar e só podia sair de casa com a ajuda de uma cadeira de rodas. É importante destacar que ela trazia uma história de maus tratos desde pequena e contava como a mãe afirmava, em meio às surras que dava na filha, sua preferência por ter tido um menino.

Lembramos que é a mãe que oferece ao bebê “modos de leitura do mundo” (FERNANDES 2002, 2003). Sua ausência também é a ausência do “escudo protetor” à invasão pulsional da qual a criança muito pequena está à mercê. Por meio de seus cuidados, ela proporciona ao bebê um duplo suporte, tanto psíquico, como somático, um suporte “nutriz e libidinal” (AZEVEDO, 2004: 17).

Ao darmos destaque ao lugar do outro na constituição psíquica, procuramos chamar atenção para duas condições necessárias para que o bebê possa ter a experiência de corpo unificado: o prazer do contato com a mãe e a nomeação de seu corpo por ela (FERNANDES, 2002). Sem esta experiência de unidade, acreditamos, tal como Winnicott, que o sujeito fica a pique de ser tomado por angústias de aniquilamento. De acordo com este autor, é necessário um suporte ambiental confiável para que o ego ainda imaturo do bebê possa caminhar rumo à experiência de unidade. Caso isso não ocorra, a criança experimenta ansiedades impensáveis que se apresentam, entre outras formas, em termos de angústia de despedaçamento ou de cair para sempre (DAVIS & WALLBRIDGE, 1982).

² O nome do namorado e a parte do corpo fraturada foi modificada para preservar o sigilo.

Creemos que estas ansiedades acompanham o sujeito mesmo na idade adulta, já que estamos de acordo com Winnicott (1983 [1962]) quando ele defende que as bases da saúde mental são construídas na primeira infância. Se as ansiedades experimentadas num período precoce de amadurecimento emocional do ego dizem respeito à ameaça de aniquilamento, sustentamos que o corpo, como registro primordial das vivências precoces, entra em jogo como tentativa de metabolização destes intensos afetos que invadem o sujeito.

Cabe ressaltar que a noção winnicottiana de ansiedades inimagináveis nos auxilia na reflexão sobre os aspectos que permanecem sem integração, ou sem ligação. Winnicott apresenta um ponto de vista alternativo, mas também complementar à psicanálise clássica. Guiado pelas noções de *holding*, de constituição de *self* e os chamados casos-limite, o autor que julgava que seu trabalho como estando em continuidade com o projeto científico de Freud (FERREIRA, 2008), focaliza seus estudos nos fenômenos da experiência pré-reflexiva e não discursiva dos distúrbios emocionais precoces. Tais fenômenos nos permitem refletir sobre o lugar do cuidado (sobretudo corporal) do outro na constituição psíquica.

Por outro lado, tal como Freud, acreditamos que a mãe, através de seus cuidados, seduz o bebê erogenizando seu corpo, proporcionando experiências de satisfação e prazer. Se a sedução originária propicia a neurose (FERNANDES, 2002), é a partir da libidinização do corpo que se criam condições de possibilidade para sua representação. É a mãe que, por meio da satisfação das necessidades do bebê, promove a ligação das pulsões parciais que o invadem. Ela coloca em palavras as experiências sensoriais do bebê, introduzindo gradativamente a linguagem em seu universo. Seu manejo permite que a criança tenha a experiência de integração, que ela perceba o próprio corpo como uma unidade. É a partir dessa relação primordial que o infante constitui mecanismos de defesa vinculados à fantasia e ao recalque.

Segundo afirma Fernandes (2002), Freud não teria hesitado em qualificar a ausência da mãe como uma situação traumática, já que é a sobrevivência que está em jogo para o bebê. Tal constatação nos remete às oscilações que verificamos na clínica dos estados-limite, casos nos quais impera a lei do “tudo ou nada”.

Indo nessa direção, Damous e Souza (2005) retomam algumas noções winnicottianas, nos apresentando uma interessante articulação entre os estados-limite e os cuidados ambientais. Para estes autores, o modo de defesa arcaico e a presença de angústias básicas que verificamos nos estados-limites seriam fruto da não adequação do ambiente às necessidades do sujeito ainda em constituição. Os autores apresentam dois tipos de angústia que tomam esses sujeitos. A primeira diria respeito à angústia de abandono, perda e/ou rejeição por parte do objeto, e a segunda diria respeito à angústia de invasão ou “engolfamento” pelo objeto. Segundo afirmam:

Um entorno deprimido e indiferente, ou, pelo contrário, invasivo ou esmagador, impede o desenvolvimento dos processos de simbolização nestes pacientes e resulta em dois tipos de angústia que podem apresentar uma intensa oscilação: por um lado angústia de abandono, separação, perda, rejeição, esquecimento por parte do objeto, e, por outro, angústia de invasão ou engolfamento pelo objeto. Esta vivência aponta a precariedade das fronteiras internas e externas do aparelho psíquico, refletindo, portanto, prejuízos no sentimento de coesão de si-mesmo (*self*) e dos objetos (DAMOUS & SOUZA, 2005: 186)

Damous e Souza (op. cit) se reportam a Anzieu ao discutirem a importância do ambiente na constituição das fronteiras internas e externas. Fronteiras estas que possibilitam a vivência de integração egóica e o sentimento de coesão de si-mesmo. Segundo afirmam, para Anzieu haveria uma correspondência entre o psiquismo e a superfície corpórea, fundada a partir das funções de envelopamento e proteção do corpo. O conceito de eu-pele introduzido e desenvolvido por esse autor retrata essa correspondência.

Como os autores definem, trata-se de

[...] continência de conteúdos internos, de fronteira que (de) limita e separa realidade interna e externa, ao mesmo tempo que coloca em contato [...] o eu se desenvolve apoiado e sustentado nas funções da pele e exerce sobre o psiquismo as mesmas funções que a pele exerce sobre o corpo, ou seja, envolve, protege, contém e (de)limita o psiquismo, ao mesmo tempo em que opera o contato entre a realidade interna e externa (DAMOUS & SOUZA, 2005: 183-184).

De acordo com os autores, o contato corporal mãe-bebê envolve o infante “num envelope externo repleto de mensagens que viabilizam uma base narcísica primária”. A superfície corporal funciona, desse modo, como “uma superfície

fantasmática originária”, sendo “precursora e base do funcionamento psíquico” (op. cit: 188).

Ao longo desse trabalho afirmamos que o corpo funciona como registro das experiências mais arcaicas. Essa observação nos remete à clínica atual, que com seus impasses nos confronta com uma situação delicada, já que as angústias mais primitivas do paciente nos reportam à *memória corporal* se manifestando, em detrimento da linguagem verbal (FONTES, 2002). Desse modo, precisamos ir além da psicanálise clássica que pensava o corpo apenas em termos da histeria.

A partir das discussões acerca da clínica dos primórdios, constatamos que todos nós guardaríamos a memória das primeiras sensações corporais, vinculadas tanto ao prazer quanto à dor. Fontes (op. cit) se reporta a Anzieu para afirmar que um traumatismo ocorrido antes da constituição de um envelope psíquico acaba por se inscrever no corpo e não no psiquismo. Isso nos permite afirmar que certas experiências não chegam a formar uma representação psíquica, permanecendo ao nível somático. Nesse contexto, segundo a autora argumenta, o vivido corporal que se apresenta na transferência acaba por se constituir como a única possibilidade de reintegração do paciente com sua história pré-verbal. O corpo é testemunha de um tempo precoce. De fato, se há uma falta de delimitação do ego nesse tempo primitivo, o que testemunhamos são manifestações corporais indicando que alguns acontecimentos puderam ser registrados apenas na *memória corporal*.

Assim, se retomarmos a distinção que traçamos entre a clínica do conteúdo e a clínica do continente, observamos que nos quadros que descrevemos como casos-limite estão em jogo intensos afetos vinculados às angústias mais arcaicas. Isso nos permite afirmar que sem poder falar, o corpo entra em cena, apresentando ao analista sua dor em forma de marcas que testemunham o que permaneceu aquém da representação psíquica. Trata-se da apresentação de uma violência que, pelo seu caráter atemporal, nos conduz a um tempo anterior à aquisição da linguagem. Chamamo-la de violência precoce, cujo corpo é o único registro do que se manteve no campo dos afetos, sem possibilidade de elaboração.

5.

Considerações finais

Guiados pelos impasses da clínica contemporânea no que diz respeito aos chamados casos difíceis – também conhecidos como casos-limite – fomos tomados pelo questionamento sobre os limites da representação. Em nosso dia a dia da prática psicanalítica observamos que nestes casos não é raro que o corpo (com suas marcas) se apresente como testemunha do que permaneceu fora da linguagem. Assim, testemunhamos cortes, queimaduras, fraturas, entre outras cicatrizes que nos fazem pensar num estado de angústia extrema ligada aos afetos mais básicos, presentes no início da vida. Na falta de outra forma de contenção possível, parece-nos que o sujeito se utiliza do próprio corpo como um recurso de inscrição de uma experiência desagregadora. Essa constatação nos incita a retomar à clínica das origens, para que possamos refletir sobre o que permanece como um registro aquém da possibilidade de elaboração psíquica.

Partindo desta questão clínica inicial, nos lançamos no campo teórico. A partir de então, examinamos como no início da vida, no contexto das experiências mais precoces, a superfície corpórea é o lugar da comunicação eu/mundo. O psiquismo se constitui via corpo, e este é o primeiro registro das experiências vividas. Voltamos-nos para o momento no qual ainda não houve a aquisição da linguagem, de forma que a realidade só pôde ser apreendida por meio dos afetos e das sensações corporais.

Seguindo esse ponto de vista, entendemos que inicialmente o corpo e a psique estão indiferenciados. Apenas aos poucos, a partir da função de contorno propiciada pelo cuidados maternos, é que esta diferenciação vai, gradativamente se constituindo. Fica claro para nós a função fundante dos cuidados maternos, já que a mãe, com sua disponibilidade, sustenta, toca, olha o bebê. De fato, neste momento, o psiquismo é corpóreo, constituído por meio deste encontro primordial mãe/bebê. Há uma correspondência entre a superfície corpórea e o psiquismo, sendo o corpo o mediador entre as duas psiques e entre a psique e o mundo, o palco das primeiras trocas entre adulto e o recém-nascido.

Afirmamos, também, que nessa fase é importante que a criança possa sentir-se segura. Nesse sentido, os cuidados maternos cumprem a função de continente que envolve o infante num envelope cheio de mensagens, fundamentais para a constituição de uma superfície fantasmática. Este contato sensorial é responsável por reunir o corpo do bebê, propiciando condições favoráveis para que a psique possa realizar o trabalho de elaboração das funções e sensações corporais. Trata-se de poder conter aquilo que é vivido pelo bebê como fragmentado. Sem este continente, a criança está sob risco de ser tomada pelas ansiedades inimagináveis que podem comprometer o processo de amadurecimento emocional.

Esse cuidado implica num corpo-a-corpo mãe/bebê que inclui um ritmo, uma temperatura e um arsenal de palavras que significam esta experiência. Como procuramos ressaltar, a mãe tem, nesse momento, um papel central de porta-voz. É mediadora e enunciativa para o bebê do ambiente que o cerca (AULAGNIER, 1979, 1985). Sua presença, suas palavras, decodificam os estados do corpo do infante. Nesta fase, os sinais somáticos têm impacto determinante no tempo da infância. A realidade coincide com os seus efeitos sobre o corpo: ela é autoengendrada pela atividade sensorial. Está em jogo, neste contexto, o processo originário descrito por Aulagnier (op. cit). Desse modo, de acordo com a autora, a primeira representação de objetos está ancorada nas vivências sensoriais do corpo.

Seguindo suas indicações, trabalhamos com a noção de pictograma como a maneira mais elementar de inscrição. Se a atividade de representação do processo originário tem como intuito metabolizar as vivências afetivas, esta será a base da formação do psiquismo, e seu registro poderá ocorrer por meio da metabolização que o outro faz de informações provenientes do mundo externo. A realidade se apresenta através da via do afeto e das sensações corporais.

É nesse contexto que, ao longo da dissertação, procuramos colocar em relevo a importância do contato mãe-bebê. Este, sabemos, inclui prazer, pois através de seus cuidados, a mãe seduz o bebê, erogenizando seu corpo e proporcionando experiências de satisfação. Avançando nessa direção, Fernandes (2002) vai afirmar que a sedução originária propicia a neurose. Achamos pertinente essa observação porquanto que somente com a libidinização do corpo que se criam condições de possibilidade para

sua representação. Desse modo, a mãe – por meio da satisfação das necessidades do bebê – promove a ligação das pulsões parciais que o invadem.

Não devemos, contudo, deixar de ressaltar que esse cuidado também inclui um tipo de violência, na medida em que há sempre uma antecipação que o adulto faz das necessidades da criança. Os cuidados vêm atravessados também pelos conteúdos psíquicos, elaborados ou enigmáticos da mãe, que marcam e representam o corpo do infante. A criança advém da constituição do espaço psíquico materno, atravessado pelo desejo. Esta é uma violência que invade, mas também funda o psiquismo. Comporta um aspecto estruturante – na medida em que coloca a trabalho o aparelho psíquico – mas que pode conter um componente mortífero, desagregador, da ordem da violência secundária descrita por Aulagnier (op. cit). Estamos nos referindo aos aspectos que permanecem sem elaboração, aspectos da ordem da pulsão de morte que retornam numa repetição inexorável via corpo.

Consideramos pertinente reafirmar que, na psicanálise clássica, Freud partiu do estudo da histeria e de seu corpo simbolizado. Já na clínica contemporânea, confrontamo-nos com quadros que desafiam a técnica tradicional, convocando-nos a lançar mão de outros recursos para além da palavra. A esse propósito traçamos uma distinção entre a *clínica do conteúdo*, que tem a neurose como paradigma, e a *clínica do continente*, que se baseia nos trabalhos sobre a primeira infância e no manejo de pacientes que não se enquadram no que tradicionalmente definimos como estrutura neurótica. Todavia não achamos que é o caso afirmar que se trata de quadros de psicose.

Com intuito de refletirmos sobre a clínica contemporânea, achamos interessante trazer para discussão alguns autores que trabalham com a noção de “casos-limite”. Damous e Souza (2005), por exemplo, afirmam que esses quadros apresentam dificuldades nas experiências precoces ligadas tanto a uma ausência, quanto a uma presença excessiva. São casos nos quais haveria um comprometimento dos processos de simbolização. Isso se reflete nas intensas angústias e na utilização de defesas arcaicas. Nestes quadros, os mecanismos que entram em cena são anteriores ao recalque. Anteriores não no sentido cronológico, mas que se mostram como recursos mais primários de defesa, de modo que aquilo que aparece na clínica

não são queixas, mas atuações, que têm o corpo como veículo de escoamento de intensos afetos.

Se, como afirmamos, o corpo é um espaço privilegiado de comunicação dos afetos e sensações que tomam o sujeito, é este que se apresenta na clínica como testemunha do que permaneceu fora da linguagem e da possibilidade de evocação via palavra. É o *corpo do transbordamento*, do qual nos fala Fernandes (2002), em contraposição ao *corpo representado* da histérica. Ao nos referimos a um corpo que transborda, entendemos que estamos no campo das intensidades, das pulsões sem ligação. É da ordem do traumático, do inominável, na medida em que provoca um “curto-circuito” nos recursos psíquicos: o sujeito não tem meios para lidar com o excesso que o toma.

Nesse sentido, a partir das formulações ferenczianas, achamos pertinente contrapor o corpo da histeria – um corpo que inclui o prazer, trazendo à baila um conflito encenado – ao corpo do trauma, cuja lógica não se inclui no circuito prazer/desprazer. Trata-se da pura repetição nos remete ao que permaneceu fora do campo simbólico e da possibilidade de elaboração psíquica. Na clínica, testemunhamos uma dor que nos é *apresentada* e não *representada*.

Não ignoramos o fato de que, ao aproximarmos o corpo do trauma e o *corpo do transbordamento*, entramos numa questão fundamental, porém polêmica, sobre as possibilidades de inscrição. Entendemos que há marcas que se apresentam no corpo, em ato, e que indicam que alguns aspectos ligados às experiências mais arcaicas permaneceram sem representação. Entretanto, será que podemos afirmar que estes aspectos ficaram fora do campo de inscrição?

Procuramos ao longo desse trabalho sustentar a hipótese de que o corpo é a maneira mais arcaica de registro das experiências vividas. Seguindo esse ponto de vista, acreditamos que as marcas que se apresentam corporalmente falam de um registro que não pôde ocorrer pela via da linguagem, mas que ainda assim deixou rastros. Ao seguirmos as indicações freudianas a partir da segunda teoria pulsional, podemos afirmar que o não representado retorna através do corpo, espaço primeiro de inscrição e metabolização dos afetos e das intensidades. É por meio deste que o que

permaneceu no campo do inominável pode se apresentar em busca da construção de um sentido.

Desse modo, ao falarmos de uma violência precoce, entendemos que quando algo não vai bem num período que é estruturante para psiquismo, isso pode comprometer o processo de amadurecimento emocional. Sustentamos que mesmo na idade adulta o sujeito acaba por lançar mão de defesas arcaicas, isto é, anteriores ao recalque. A clivagem, como uma forma primitiva e radical de mecanismo psíquico, é um exemplo desse tipo de defesa primitiva. Se, por um lado, ela pode ter um aspecto estruturante, como nos indica Figueiredo (2001); por outro, se patológica, a cisão impossibilita o mecanismo do recalque, só possível quando há uma representação psíquica. De fato, não se pode ter uma lembrança quando não há linguagem para significar a vivência. Em nossa opinião, nos casos com os quais trabalhamos, a violência se apresenta “em bruto”, no corpo, numa tentativa extrema de inscrição.

Por fim, gostaríamos de esclarecer que nesta dissertação procuramos apenas iniciar uma discussão sobre as possibilidades e impossibilidades de representação, tomando o corpo como primeiro espaço de relação e apreensão da realidade. Acreditamos que este é um campo fértil de estudos sobre qual pretendemos continuar nos debruçando.

6. Bibliografia

- ALMEIDA PRADO, Maria do Carmo C.; NETCHAEVA MARIZ, Nataly. O “racha”: brincando com a morte para se sentir vivo. In: Féres-Carneiro (org), *Família e casal: saúde, trabalho e modos de vinculação*. São Paulo: Csa do Psicólogo, 2007.
- AULAGNIER, Piera. O nascimento de um corpo, origem de uma história. In: MACDOUGALL, J; et al (org). *Corpo e história: IV encontro psicanalítico d’Aix-en-Provence – 1985*. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- _____. *A violência da Interpretação: do pictograma ao enunciado*. Rio de Janeiro: Imago, 1979
- AZEVEDO, Márcia Maria dos Anjos. *O Adoecimento do Seio e a Transmissão Psíquica*. Dissertação. Orientadora: Marta Resende Cardoso. Rio de Janeiro: IP/ UFRJ, 2001.
- _____. O Adoecimento do Seio e a Transmissão Psíquica. In *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, ano VII, n. 4, dez/2004
- BENGHOZI, P. & FÉRES-CARNEIRO, T. Adolescência, violência e agressividade: diferenciando vínculo de relação. In: FÉRES-CARNEIRO, T (org). *Família e casal: arranjos e demandas contemporâneas*. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2003.
- COSTA, Jurandir Freire. “Uma fonte de água pura”. In PINHEIRO, T. *Ferenczi: do grito à palavra*. Jorge Zahar Ed. RJ. 1995
- DAMOUS, Issa Leal & SOUZA, Otavio Almeida de. A dor nos casos-limite e as funções do eu-pele. In: *Cadernos de Psicanálise*. SPCRJ, Rio de Janeiro, vol 2, n.024, p. 181 - 197
- DAVIS, Madeleine & WALLBRIDGE, David. *Limites e espaço: uma introdução à obra de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 1982
- DIAS, Elsa. *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

- DRUBSCKY, Camila Andrade. *Até que ponto o narcisismo pode ser datado? Uma reflexão à luz das contribuições de Piera Aulagnier*. Tese. Orientadora: Ana Maria Rudge. Rio de Janeiro: PUC-RJ, 2008.
- FERENCZI, Sandor. Confusão de língua entre adultos e a criança (1932). In: FERENCZI, S. *Obras Completa, Psicanalise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- _____. A adaptação da família à criança (1927). In: FERENCZI, S. *Obras Completas, Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- FERNANDES, Maria Helena. *Corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- _____. Entre a alteridade e a ausência: o corpo em Freud e sua função na escuta do analista. *Percurso*, n. 29, 2/2002, p. 51-64.
- FERREIRA, Fernanda Pacheco. *Pulsão e relação de objeto no pensamento psicanalítico contemporâneo*. Tese. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.
- FIGUEIREDO, Luís Claudio. Modernidade, trauma e dissociação: a questão do sentido hoje. In: BEZERRA JR, Benilton & PLASTINO, Carlos Alberto. *Corpo, afeto linguagem: a questão do sentido hoje*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.
- FONTES, Ivanise. *Memória corporal e transferência*. São Paulo: Via Lettera, 2002.
- FREUD, Sigmund. Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim (1886). In: FREUD, S. *Histeria: Primeiros Artigos*. Rio de Janeiro, Imago, 1998.
- _____. Algumas considerações para o estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas. In: FREUD, S. *Histeria: Primeiros Artigos*. Rio de Janeiro, Imago, 1998.
- _____ & FLIESS, Wilhelm. *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhem Fliess (1887-1904)*. Rio de Janeiro: Imago Ed, 1986.
- _____. As neuropsicoses de defesa. In: FREUD, S. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago Ed, 1976, vol. III.
- _____. *Três ensaios sobre a sexualidade (1905)*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2002

- _____. À guisa do narcisismo (1914). In FREUD, S. *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago Ed. 2004, vol. I.
- _____. Conferência XXV: A Ansiedade. Conferências introdutórias sobre psicanálise (1916-1917). In. FREUD, S. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago Ed. 1976, vol.XVI
- _____. Luto e Melancolia (1917 [1915]). In FREUD, S. *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago Ed. 2006, vol. II.
- _____. Além do princípio do prazer (1920). In FREUD, S. *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2006. Vol II.
- _____. *Inibição, sintoma e angústia* (1926). Rio de Janeiro: Imago Ed, 2001.
- _____. *Hemmung, Symptom und Angst* (1926). Sigmund Freud Gasammelte Werke, Band 14, S. Fischer Verlag, Frankfurt am Main, 1978
- GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. *Freud e o inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1998. 16ª edição.
- _____. A pulsão. In GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. *Artigos de metapsicologia, 1914-1917: narcisismo, pulsão, recalque e inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2000. 5ª edição. Vol. III.
- _____. *Acaso e repetição em psicanálise: uma introdução à teoria das pulsões*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003. 7ª edição.
- GASPAR, Fabiana Lustosa, LORENZUTTI, Patrícia Simon e CARDOSO, Marta Rezende. Trauma e representação: estudo de um caso clínico. In *Pulsional Revista de Psicanálise*, São Paulo: Escuta, ano XV, n. 163, novembro de 2002.
- HANNS, L. A. *Dicionário comentado do alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996. (Série Analytica)
- HERZOG, Regina & MARIANTE, Iná Susini. Entre a infância e o infantil – vicissitudes da adolescência. In: CARDOSO, Marta Rezende & MARTY, François. *Destinos da adolescência*. Rio de Janeiro: 7Letras, 2008. p. 39-53.

- KAËS, René. *Os espaço psíquicos comuns e partilhados: transmissão e negatividade*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005 – (Coleção Psicologia Social Inconsciente e Cultura)
- KNOBLOCH, Felicia. *O tempo traumático*. São Paulo: Educ / FAPESP, 1998.
- LAPLANCHE, Jean. *Teoria da sedução generalizada e outros ensaios*. Porto Alegre: Artes médica, 1988.
- _____. & PONTALIS, Jean-Bertrand. *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2001, 4ª edição.
- MALDONADO, Gabriela & CARDOSO, Marta Resende. O trauma psíquico e o paradoxo das narrativas impossíveis mas necessárias. *Psicologia Clínica*. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Vol 21.1, 2009
- PINHEIRO, T. Ferenczi: do grito à palavra. Jorge Zahar Ed. RJ. 1995
- REIS, Eliana Schuler. *Corpo e memória traumática*. Trabalho apresentado no VII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental e I Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental, RJ, 2004. Disponível em <http://www.psicopatologiafundamental.org>
- SAFRA, Gilberto. *A pó-ética na clínica contemporânea*. Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2004. – (Coleção Psicanálise século I)
- VILLA, Fernanda Collart & CARDOSO, Marta Resende. A questão das fronteiras nos estados-limite. In. CARDOSO, M. R. (org) *Limites*. São Paulo: Escuta, 2004.
- WINNICOTT, Donald Woods. Desenvolvimento emocional primitivo (1945). In: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000.
- _____. Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade (1949). In: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000
- _____. A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional (1950). In: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000.

- _____. Preocupação materna primária. In: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000.
- _____. Teoria do relacionamento paterno-infantil (1960). In: WINNICOTT. D. W. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1983
- _____. A integração do ego no desenvolvimento da criança (1962). In: WINNICOTT. D. W. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1983.
- ZORNIG, Silvia Maria Abu-Jamra. Prematuridade e Trauma. In: *Cadernos do Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, v. 33, p. 129-136, 2001.
- _____. *A criança e o infantil em psicanálise*. São Paulo: Escuta, 2008.
- _____. A corporeidade na clínica: algumas observações sobre os primórdios do psiquismo. In: *Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, vol 40.2, 2008a. p. 327-337.