



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E SOCIAL**

Ana Carla Silva Pereira

**HOMENS QUE FALAM COM O CORPO:
HISTERIA DE CONVERSÃO OU FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO?**

**BELÉM
2010**

Ana Carla Silva Pereira

**HOMENS QUE FALAM COM O CORPO:
HISTERIA DE CONVERSÃO OU FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Social da Universidade Federal do Pará para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Social.
Orientadora: Dra Roseane Nicolau

BELÉM
2010

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP) –
Biblioteca Central/ UFPA, Belém-PA

Pereira, Ana Carla Silva.

Homens que falam com o corpo: histeria de conversão ou fenômeno psicossomático? / Ana Carla Silva Pereira; orientadora Profa. Dra. Roseane Nicolau. _ 2010

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Social, Belém, 2010.

1. Histeria. 2. Psicanálise. 3. Sexo (Psicologia). I. Nicolau, Roseane, orient. II. Título.

CDD: 22. ed. 150.1952



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E SOCIAL**

Ana Carla Silva Pereira

**HOMENS QUE FALAM COM O CORPO: HISTERIA DE CONVERSÃO
OU FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Social da Universidade Federal do Pará para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Social.

Julgada em: ____ . ____ . ____
Conceito: _____

Banca Examinadora

Prof^a. Dra. Roseane Nicolau (Presidente)
Universidade Federal do Pará (UFPA)

Prof^a. Dra. Junia de Vilhena
Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio)

Prof^a. Dra. Ana Cleide Guedes Moreira
Universidade Federal do Pará (UFPA)

AGRADECIMENTOS

À Roseane Nicolau, por ter compartilhado, com seu olhar criterioso, nos momentos de troca de conhecimento, fazendo com que eu buscasse caminhos consistentes para a realização desta pesquisa.

À Junia de Vilhena, que aceitou fazer parte da banca, sempre acolhedora em todos os momentos, e pelas enormes contribuições na Qualificação que ampliaram os meus horizontes.

À Ana Cleide, que me acolheu desde o primeiro momento do meu desejo, ainda como aluna ouvinte.

Às colegas do Mestrado: Patrícia, Jamile, Ingrid e Madalena, pelas interlocuções e parceria, possibilitando momentos agradáveis.

À Ercília, por ter me amparado nos primeiros passos da escuta clínica e por ser sempre solícita, receptiva, continente e afetiva.

À Claudia, pela parceria, apoio e disponibilidade de troca, pelas sugestões de leituras extremamente valiosas nos difíceis momentos de busca.

À Lia (pela psicanálise nos encontramos e nos tornamos amigas) com quem posso partilhar conhecimento.

À Angélica, que também se faz presente nessa pesquisa e que, com sua preciosa escuta, acolheu o meu desejo, fazendo-o valer.

Às minhas queridas amigas:

Márcia, pelos sábados partilhados de estudo, leitura, pelas palavras de afeto, incentivo nos momentos de angústia, nesta árdua trajetória, e por saber que posso contar sempre com você.

Mara Lúcia, por fazer parte do meu crescimento desde o primeiro ano de faculdade, pelo incentivo, cuidado, pela palavra amiga, carinho e amparo que sempre teve comigo.

Suzana, por me apresentar a Filosofia e Literatura no contexto da Psicanálise, pela disponibilidade de leitura, troca e pela amizade.

Aos colegas do hospital em que trabalho, em especial à Rivonilda, que sempre me apoiou nos momentos das minhas ausências, para que eu pudesse realizar as atividades do mestrado.

Aos meus pacientes; em especial ao paciente que me possibilitou indagar e dividir um pouco de sua história, para a efetivação deste estudo.

E mais especialmente:

Aos meus pais, Ismael e Ana, e aos meus irmãos, Bianca, Eric, Karina e Junior, por seus valiosos ensinamentos e por serem os meus grandes incentivadores e torcedores.

Aos meus amores,

Edmar Filho, meu Ed., pela paciência nas horas que me chamava e que muitas vezes não pude estar ao lado, porém, a cada reencontro, o seu reconhecimento me fez avançar.

Ana Catarine, minha KaKa, pela alegria do encontro que com seu sorriso e afeto, me abasteceu os longos dias de mais uma conquista.

Ao Edmar, pelo companheirismo, pela partilha e paciência nos momentos mais áridos, acreditando no percurso de minhas escolhas, sendo um continente na minha vida.

“O histérico é a criança magnífica que, sozinha, às portas da experiência decisiva, pronta para atravessá-la, nos diria: Enfrentarei minha angústia deixando-a passar por mim, através de mim. E quando, graças a uma palavra, um silêncio ou um grito, a angústia tiver passado, voltarei meu olhar interior para seu rastro. E onde ela tiver passado, não haverá mais nada. Nada a não ser eu, transformado na marca de uma cicatriz, impulso de um novo nascimento”.

(NASIO, 1991, p. 85)

RESUMO

Esta dissertação discute a questão das manifestações corporais, principalmente a conversão histérica. A proposta inicial é de fazer um breve percurso na obra freudiana e seus sucessores, com intuito de delimitar a questão da histeria, e buscar o estatuto do corpo em psicanálise, bem como aquilo que o afeta. Para a psicanálise, o corpo é concebido não somente como um corpo biológico, mas também como corpo erógeno, disponível e habitado por pulsões. Este corpo, que se presta à ação das pulsões, é um corpo plástico, capaz de se servir para finalidades diferentes quanto à economia psíquica. Por esta razão, é preciso considerar a existência de uma dupla via corporal, duas vertentes clínicas: o sintoma histérico conversivo e o fenômeno psicossomático. Como distinguir ambas? Como saber se estamos diante de um sintoma de conversão histérica ou de um fenômeno corporal de ordem psicossomática? Compreender essa dupla via corporal ganha relevância no momento em que precisamos conduzir o tratamento. Para isso, é necessário saber distinguir o fenômeno psicossomático das manifestações corporais de ordem sintomática, ou seja, conversão histérica. Assim, procuraremos confrontar essas duas afecções corporais que, apesar de se manifestarem no corpo, obedecem a lógicas diferentes. Essa discussão abre espaço para a retomada do conceito de pulsão, que é o ponto de conexão sobre as duas questões clínicas abordadas. Esta dissertação nos faz pensar sobre a clínica e como os sujeitos se utilizam dos seus corpos, diante de um sofrimento da ordem do insuportável.

Palavras-chave: Psicanálise. Conversão histérica. Corpo e fenômeno psicossomático.

ABSTRACT

This dissertation discusses the subject of the corporal manifestations, mainly the hysterical conversion. The initial proposal is of doing a brief course in the Freudian work and his successors, with intention of delimiting the subject of the hysteria, and to look for the statute of the body in psychoanalysis, as well as, that which affects it. For the psychoanalysis, the body is conceived not only as a biological body, but also as erogenous body, available and inhabited for pulsion. This body, that is rendered to the action of the pulsions, is a plastic body, capable to be for purposes different with relationship to the psychic economy. For this reason, it is necessary to consider that there are double ways of corporal, two clinical slopes: the symptom hysterical conversive and the psychosomatic phenomenon. How to distinguish both? How to know if we are in front of a symptom of hysterical conversion or of a corporal phenomenon of psychosomatic order? To understand that double ways of corporal wins relevance when we needed to lead the treatment. For that, it is necessary to know to distinguish the psychosomatic phenomenon of the corporal manifestations of symptomatic order, in other words, hysterical conversion. Thus, we will try to confront those two corporal affection that, in spite of if they manifest in the body, they obey different logics. This quarrel opens space for the retaken of the pulsion concept, which is the connection point on the two clinical subjects approached. This dissertation makes us to think about the clinic, and about as the individuals they are used of theirs bodies, before a suffering of the order of the unbearable.

Keywords: Psychoanalysis. Hysterical conversion. Body and psychosomatic phenomenon.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	A HISTERIA E A PSICANÁLISE	14
3	O OLHAR DA PSICANÁLISE SOBRE O CORPO: O CORPO PULSIONAL	32
3.1	CORPO PULSIONAL	33
4	A DUPLA VIA DO CORPO: CONVERSÃO HISTÉRICA OU FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO?.....	57
4.1	SINTOMA EM FREUD	56
4.2	SINTOMA EM LACAN	58
4.3	HISTERIA DE CONVERSÃO	64
4.4	FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO	76
5	MANIFESTAÇÕES CORPORAIS A PARTIR DE FRAGMENTOS DE UM CASO CLÍNICO	81
6	CONCLUSÃO	88
	REFERÊNCIAS	91

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação retoma a discussão sobre os fenômenos corporais, os chamados sintomas histéricos, que estão na origem da psicanálise e que de certa forma se diferenciam dos diagnósticos que chegam à clínica. Estes sintomas continuam desafiando o saber médico, denunciando um furo no conhecimento, pois diante deles há sempre uma vacilação relativa ao tratamento e à direção da cura.

No campo da psicanálise, os sintomas histéricos foram estabelecidos no quadro da nosografia freudiana como uma neurose fundamentada em mudanças fisiológicas do sistema nervoso que descarta a causa orgânica na sua origem, fazendo com que a anatomia não exista, fomentando sintomas que instituem uma audaciosa geografia corporal.

A histeria, conforme aprendemos com a teoria psicanalítica pode ser todas as doenças, sem nunca ser uma delas, escapando por essa via ao saber constituído. Por esse motivo, a histeria, com seus sintomas migratórios, ludibria o saber médico, colocando-o num impasse. Uma inervação somática, uma paralisia, uma anestesia ou uma cegueira sem uma causa orgânica remetem a um conceito de corpo distinto do que se possa chamar de substância ou organismo. Freud inicia seu percurso na construção da teoria da histeria, identificando uma “arquitetura da histeria”, um corpo libidinal, com seus contornos que escapam ao olhar, inclusive ao da ciência. Vale ressaltar que foi no encontro com o sintoma histérico que se revelou para Freud a dimensão do inconsciente, a partir da qual ele procurou desvendar os mistérios da histeria, identificando uma outra cena, estabelecendo, a partir dela, as causas e a estrutura da histeria.

Os diferentes diagnósticos que alguns homens se mostram na clínica, como Fobia, Síndrome do Pânico, Depressão, Transtorno Bipolar e outros, reportam à histeria que, com sintomas migratórios, causa vacilação relativa aos diagnósticos, haja vista que esses diagnósticos mascaram o que os psicanalistas compreendem como histeria.

Tais diagnósticos me fizeram interrogar a pertinência da classificação psiquiátrica que exclui qualquer referência à histeria. Estes questionamentos surgiram a partir da minha escuta de sujeitos encaminhados com esses diagnósticos, na concepção do saber da psiquiatria, para uma instituição pública em

Belém – PA, onde prestei serviços por 05 anos. Esta instituição disponibilizava atendimento nas diversas áreas da saúde, dentre as quais o serviço de psicologia. Os homens encaminhados para tratamento psicológico tinham uma história de sucessivas entradas em urgência e emergência de hospitais, motivadas por sintomas físicos como paralisias, cegueira, crise epilética, lapsos de memória e sintomas psicossomáticos.

O interesse em pesquisar as manifestações corporais ganhou maior relevância a partir das reflexões levantadas no Grupo de Pesquisa “O Sintoma do Corpo¹”. Esta pesquisa investiga, principalmente, as enfermidades ditas psicossomáticas, que busca entender a noção de corpo em psicanálise, bem como aquilo que o afeta.

Para ilustrar minhas indagações e formular as interrogações que tentei responder ao longo deste trabalho, tomei fragmentos do caso de um jovem que, no contexto, identifiquei com o nome fictício de Bruno, o qual atendi há 04 anos. Este apresentou alguns dos sintomas mencionados anteriormente. Frente a esses sintomas estaríamos diante de uma conversão histérica, mascarada por um diagnóstico?

Mas, se a histeria desapareceu dos manuais de classificação nos quais se baseiam os diagnósticos, os históricos, evidentemente, permanecem, apresentando-se com seus sintomas. E continuam a intrigar a medicina. À primeira vista, parece que os ensinamentos de Freud a respeito da histeria, incorporados inclusive pela psiquiatria, bem como os esclarecimentos sobre suas manifestações, foram esquecidos ou mesmo varridos dos manuais de que se servem os médicos: as sucessivas versões do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) e Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Se lembrarmos que Freud foi incansável na investigação dos sintomas corporais e na elucidação dos enigmas que rondavam a histeria, consideramos no mínimo estranha a ausência de qualquer referência a histeria nos casos em que o saber da medicina não consegue definir tudo e em que seu saber muitas vezes é “furado”, como no fenômeno psicossomático.

¹Pesquisa desenvolvida na Clínica de Psicologia da Universidade Federal do Pará, sob a coordenação da professora Dra. Roseane Nicolau.

Vale lembrar que os diagnósticos psiquiátricos não orientam um psicanalista em sua escuta, pois o que nos fundamenta é a classificação estabelecida por Freud: Neurose, Psicose e Perversão. A partir da reformulação da classificação internacional das doenças da Associação Psiquiátrica dos Estados Unidos, praticamente se aboliu a classificação em que as neuroses aparecem, trazendo consequências por não se entender a importância da histeria e todo o saber que se constituiu a partir dela.

Minha proposta nesta pesquisa é retomar a classificação freudiana, pois é esta que nos orienta na direção do tratamento, quando nos defrontamos com manifestações sintomáticas do corpo. Esta proposta desdobra-se em várias questões surgidas ao longo das minhas interrogações sobre os fenômenos corporais apresentados por homens na clínica.

Assim, discorrer sobre os processos de histeria coloca em questionamento, saberes que muitas vezes vão em busca de conhecimentos pertinentes ao tratamento do sentido dos sintomas e da noção de corpo apresentado na clínica. Desta forma, proponho fazer um estudo teórico-clínico sobre a histeria bem como sobre as manifestações corporais, a partir dos fragmentos do caso clínico citado, que confrontam duas manifestações clínicas distintas: o fenômeno psicossomático e a histeria de conversão.

Ante a indagação que se apresenta no título do trabalho, faz-se necessário pesquisar, teorizar e escrever sobre o funcionamento do psiquismo de sujeitos, que pagam com a moeda da carne, muitas vezes, entorpecidos pelo “vício” dos sintomas, por não saber o que fazer com a dor que é silenciada na angústia emudecida pelos psicotrópicos.

Desta forma, para a construção deste estudo, através dos dispositivos oferecidos pela psicanálise, pretendo dispô-lo na seguinte sequência de capítulos:

O primeiro capítulo destina-se a apresentar o trabalho, demonstrar os objetivos gerais e específicos, a estrutura do trabalho e expor o motivo que inspirou a realização desta pesquisa.

No segundo capítulo, contextualizo a história da histeria fazendo um breve percurso desde a Antiguidade até a contemporaneidade, com intuito de mostrar que a histeria sempre existiu, no contexto da humanidade, gerando inquietações do saber religioso ao saber científico.

No terceiro capítulo, abordo o olhar sobre o corpo, fazendo uma breve contextualização do olhar da medicina, mas enfatizando o corpo da psicanálise, “o corpo pulsional”, este, de grande valor para a compreensão de nosso estudo.

No quarto capítulo, elucido sobre a dupla via do corpo, pois o corpo, que se presta à ação das pulsões, é um corpo plástico, capaz de servir para finalidades diferentes quanto à economia psíquica. Por esta razão, é preciso considerar a existência de uma dupla via corporal: a sintomática e a falha epistemo-somática². Compreender essa dupla via corporal ganha relevância no momento em que precisamos conduzir o atendimento. Para isso, é necessário saber distinguir a falha epistemo-somática das manifestações corporais de ordem sintomática. Como distinguir ambas? Como saber se estamos diante de um sintoma de conversão histórica³ ou de um fenômeno corporal de ordem psicossomática? A partir destes questionamentos, procurarei confrontar essas duas afecções corporais que, apesar de se manifestarem no corpo, obedecem a lógicas diferentes. A proposta refere-se à discussão de dois corpos. Um introduzido na linguagem, com contorno, inserido no campo do Simbólico, e o outro alienado, sem forma, não inscrito na linguagem. Primeiramente abordo o sintoma em Freud e Lacan e a conversão histórica, e posteriormente a falha epistemo-somática.

Assim, a noção de corpo, para a Psicanálise, é bem diferente da noção de corpo para a Biologia. O corpo biológico é um corpo *objeto da ciência*, um organismo para ser estudado em termos de suas funções, digestão, respiração, do funcionamento específico dos vários órgãos e seus tecidos, do funcionamento das células. O corpo, para a Psicanálise, é um corpo tecido, marcado pela sexualidade e pela linguagem.

Após a contextualização teórica, o quinto capítulo versa sobre a explanação da clínica através dos fragmentos de um caso clínico de um jovem, fazendo o enlaçamento entre teoria e prática.

Finalmente, no sexto capítulo são fornecidas as reflexões conclusivas da pesquisa. Neste estudo foi possível percorrer as construções teóricas, fazendo

² Expressão inaugurada por Lacan (1966) para se referir aos fenômenos psicossomáticos. Para ele, esses fenômenos refletem uma falha no saber, na própria cadeia de significantes.

³ A conversão, própria da neurose histórica, caracteriza-se por uma diversidade de efeitos somáticos. Estes efeitos, por sua vez, carregam uma representação inconsciente (CHEMAMA, R; VANDERMERSCH, B. *Dicionário de Psicanálise*. São Leopoldo, RS: Ed. da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), 2007).

indagações, articulando questões e suscitando o desejo de continuar a pesquisar sobre o tema, que desde muito, interroga a humanidade.

2. A HISTERIA E A PSICANÁLISE

*A psicanálise constitui a indagação mais profunda sobre a questão do ser do homem e sua verdade.*⁴

A palavra histeria deriva de *histerus* (útero, em grego) e o seu quadro clínico foi reconhecido desde os primórdios da Medicina. Descrições de quadros de histeria são encontrados nos papiros dos egípcios que datam de 4 mil anos, como o de “Kahoun”. Este documento foi encontrado em 1898 por Sir Flinders-Petrie nas ruínas da localidade egípcia. O histórico documento descrevia vários sintomas encontrados em mulheres, que iam da clinofilia (a persistência de manter o paciente no leito por vários dias ou meses sem uma justificativa orgânica) a dores em diversos órgãos, como a impossibilidade de abrir a boca. Assim, a concepção de histeria estava presente desde a Grécia Antiga como uma preocupação do homem, e o seu saber foi inserido a partir da leitura de Hipócrates e seus sucessores: Celso, Areteu, Galeno e outros.

Descritos inicialmente na mulher, supunha-se, na Grécia Antiga, que os sintomas histéricos fossem causados por movimentos migratórios do útero, pelo corpo, em busca da umidade. Ao perder a umidade, o útero também perderia peso e se deslocaria para os órgãos situados na parte do corpo, provocando sua sufocação e outros sintomas.

O período hipocrático pode ser considerado, no que concerne à histeria, como pré-história, uma vez que a crença da animalidade do útero é pré-médica. Deste modo, foram necessários quatro séculos para que a medicina pudesse assimilar o conjunto de seus conhecimentos diante do funcionamento do órgão da sexualidade feminina. Platão, que era relativamente contemporâneo de Hipócrates, escreveu este trecho que nos ajuda a pensar a histeria:

No sexo feminino, o que se chama matriz ou útero é nelas como um ser vivo possuído pelo desejo de produzir filhos. Quando por longo tempo e apesar da época favorável, a matriz permaneceu estéril, ela se irrita perigosamente; agita-se em todos os sentidos dentro do corpo, obstrui as passagens do ar e ocasiona enfermidades de todo

⁴ CESAROTTO, Oscar; LEITE, Márcio Peter de Souza. *O que é Psicanálise*, segunda visão. 5ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1992, p. 83.

tipo. Isso dura até que o desejo e o amor dos sexos, então unidos, possam produzir um fruto, como as árvores, e semear a matriz, como num sulco, viventes invisíveis, pela sua pequenez, e ainda disformes, nos quais logo se podem distinguir partes, que podem ser alimentadas na matriz, fazê-los crescer e, finalmente, dar-lhes a luz e realizar a geração dos seres vivos. Dessa maneira, nasceram as mulheres e todo o sexo feminino.⁵

Sua delimitação acompanhou as metamorfoses da história da medicina. O tratamento consistia em que, para as virgens, o casamento; para as casadas, o coito; e, para as viúvas, a gravidez; além disso, havia tratamentos por aromas, com intuito de fazer o útero retornar ao lugar de origem, mediante a inalação fétida que o faria descer, ou fumigações na vagina, perfumadas, tratamentos estes denominados “sufocação da matriz”.

Nota-se que era à feminilidade e à sexualidade que Platão se referia neste trecho. Pode-se, então, chamar essa forma de ver a histeria, em que a sexualidade é o centro explicativo, de forma hipocrática de pensar. Nas obras atribuídas a Hipócrates se encontram as primeiras descrições clínicas indiscutíveis da histeria. Outros autores gregos, para explicar o determinante dos deslocamentos uterinos, recorrem à ideia da falta das relações sexuais.

Roma tornou-se o centro das atrações para os médicos, haja vista que os romanos não dispunham de interesse ligado à medicina. Assim, o terreno estava virgem e os imigrantes traziam consigo a filosofia de Platão, a de Aristóteles, as obras de Hipócrates e acumulado conhecimento da escola de Alexandria, uma enorme herança cultural e científica na qual a histeria ganha importância.

Ainda na época Romana, entre o século I e III da era cristã, um médico chamado Celso relatou em seu trabalho, no Capítulo *Da doença da matriz*, que:

Nas mulheres, a matriz é sujeita a uma doença violenta. Esse órgão é, depois do estômago, o mais propenso a se afetar ou a afetar o corpo. Esse mal tira por vezes a consciência e provoca a queda, como a epilepsia. Ele difere desta por não haver nem reviravolta dos olhos, em espuma na boca, nem convulsões, mas somente adormecimento profundo.⁶

⁵ PLATÃO, TIMEU, 91 C. Histeria. In: KAUFMANN, P. *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1996.

⁶ CELSO, A. C. *Traité de Médecine*. Trad. A. Védrenes. Paris: Masson, 1976. p. 260-261.

A histeria tampouco se confunde com a epilepsia, que mais tarde Freud vai trabalhar minuciosamente.

Outro médico desta época que deu uma enorme contribuição do saber frente à histeria foi Arétée de Cappadoce, que, oriundo da Anatólia Central, publicou muitas obras, embora algumas tenham desaparecido. Enfatizou seus estudos nas doenças das mulheres. Ele retoma a descrição de Hipócrates quanto à histeria, mas distinguiu dois aspectos da crise histérica: um é a sufocação com desaparecimento da voz; outro, o prejuízo às funções de vigília da consciência que podem atingir o sono letárgico.

Nesse período, o tratamento da crise histérica é inteiramente semelhante à tradição, visto que a matriz gosta de bons odores e detesta os ruins, fazendo-a descer. Nas formas que se acompanham de perda de consciência ou letargia, pode-se tentar acordar as doentes esfregando o rosto ou puxando os cabelos, de maneira a excitar a dor.

Como Celso, Arétée distinguiu a histeria da epilepsia, da mania, da melancolia, e das afecções crônicas e sem febre, cujas descrições, por ele dada, figuraram a justo título no florilégio da psiquiatria, como veremos mais adiante.

Percebe-se que a história da histeria é estreitamente ligada à história da epilepsia. Essas duas afecções se parecem, salvo por alguns matizes. Uma e outra golpeiam brutalmente sujeitos em plena saúde, privam-nos em maior ou menor grau do exercício de suas faculdades intelectuais e abolem de certa forma a sensibilidade. Elas se traduzem por manifestações corporais espetaculares que inspiram o temor, o terror, a compaixão. A brutalidade do ataque se compara à rapidez com que o temporal as afaste, a tempestade se acalme e deixe o sujeito aturdido, espantado, inconsciente do que se passou.

Antigamente atribuía-se a epilepsia à intervenção dos deuses. Hipócrates veio e se ocupou em extinguir essa crença, introduzindo a epilepsia na medicina. Em compensação, depois de Galeno a histeria e a hipocondria foram associadas pelo fato de terem a mesma origem, a retenção da semente, mas a nuance clínica as separou. Entretanto a retenção no homem, nesta época, se traduzia, sobretudo, por distúrbios viscerais e por depressão, sendo que esse conjunto mal distribuído, como a melancolia, será mais tarde identificado como hipocondria. Assim, as doenças seriam distinguidas por doenças crônicas e agudas. A histeria seria uma doença aguda e a hipocondria crônica. Essa concepção faz

parte de uma época em que o conhecimento atravessava os corredores científicos e filosóficos.

Já na Idade Média (500 d.C.-1500 d.C.) outros paradigmas serão concebidos a partir dos porões eclesiásticos. A Igreja estendia seus domínios para além da fé e exercia grande poder político e econômico. Questões culturais e sociais mostravam-se intimamente relacionadas aos quadros históricos. Com a queda do Império Romano, a Europa fragmentou-se em feudos e a Igreja era a única referência comum, o que tornava seus poderes cada vez mais amplos. Qualquer questionamento às suas crenças e dogmas era visto como grande ameaça⁷.

Contudo, aproximadamente 1000 anos não se falou mais em histeria. Na Idade Média, as mulheres que apresentavam sintomas histéricos eram consideradas possuídas pelo demônio ou bruxas, voltadas para a magia, que faziam pacto com o demônio, entravam em transe, e como castigo eram queimadas na fogueira. Essa época ficou conhecida como a era da inquisição, em que muitas mulheres perderam suas vidas. A histeria, antes da medicina, era tratada pelos padres, pelos taumaturgos, do mesmo modo que nas sociedades tradicionais. Ela pertencia aos xamãs, aos feiticeiros e aos curandeiros.

Nesse período ocorreu um retrocesso em todas as áreas do saber, voltando a prevalecer as ideias místico-religiosas, acreditando-se que a histeria era consequência da intervenção de divindades ou da influência do sobrenatural. A alienação deixou de ser considerada como castigo divino, sendo compreendida como possessão demoníaca, passando para as mãos dos religiosos o tratamento destas questões. As mulheres com sintomas clássicos de histeria eram frequentemente queimadas nas fogueiras da Inquisição ou jogadas ao mar. A crença geral era que se estava castigando o demônio encarnado no corpo das suas vítimas.

Nessa época, todo o tipo de desgraça era atribuído à feitiçaria e pactos demoníacos. Em 9 de novembro de 1484, o papa Inocêncio VIII promulgou a bula papal declarando aberto o período de caça às bruxas. Dois anos depois surgiu o *Malleus Maleficarum*⁸, Manual de caça às bruxas, dividido em três partes: na primeira parte trazia como principal personagem o Demônio e relacionava seus poderes ligados às ações com a bruxaria. Por isso que as mulheres eram o alvo

⁷ KAUFMANN, 1996, op cit., p. 246.

⁸ O Martelo das Feiticeiras.

mais desejado, visto que a relação entre o Demônio e a Bruxa era a mais aceitável no caso dos pactos e relação sexual, como explica o manual. Na segunda parte encontravam-se instruções para reconhecer e ao mesmo tempo eliminar a bruxaria, em todos os momentos do cotidiano das pessoas, em qualquer fato ocorrido: brigas, fenômenos da natureza, impotência sexual, entre outros. Na terceira e última parte encontrava-se o relato dos julgamentos e sentenças. Tudo especificado para não ser esquecido nenhum detalhe na hora de julgar algum (a) acusado (a), muito menos deixar de punir rigorosamente de acordo com o que regia o *Malleus Maleficarum*.

Malleus Maleficarum é uma das páginas mais terríveis do cristianismo. É difícil imaginar que, durante três séculos, ele foi a Bíblia do inquisidor, e se transformou no apogeu ideológico e pragmático da Inquisição contra a bruxaria, atingindo intensamente as mulheres, entendendo também que a mulher era muito visada por causa do celibato, era a própria tentação para os inquisidores.

O que outrora era chamado de histeria ganha então o nome de possessão diabólica, em que o objetivo é contestar o poder do senhor, poder tanto político quanto religioso. A feitiçaria, em consequência de um pacto com o demônio, tem poder sobre o corpo daquele ou daquela a quem quer fazer o mal, poder de enfeitiçar lançando uma praga ou malefício. A possessão se manifesta por uma influência de ordem erótica sobre o corpo do enfeitiçado, como visões, carícias, audácias sobre as mulheres e sobre os homens. A cura de ordem espiritual é obra de exorcistas que, com suas palavras, expulsam o demônio. Mas o decisivo é conseguir que o (a) enfeitiçado (a) ao mesmo tempo aponte à feiticeira e se confesse em cumplicidade com ela, tendo em vista um julgamento de condenação.

A punição deve ser diante do povo, pois a possessão é interpretada como contestação do poder do Senhor, de acordo com o “martelo das feiticeiras”, que serviu durante muito tempo como referência na luta contra a feitiçaria na Europa dos séculos XV a XVIII. Na França, os casos mais conhecidos e mais estudados foram os de Jeanne dês Anges e de Urbain Grandier, em Loudun, e o de Elisabeth de Ranfaing⁹.

Durante quase quinze séculos, o apelo a Deus foi o recurso prevalente para o balizamento das questões da existência. Até que, pelos próprios excessos cometidos pela Inquisição, pelos efeitos da Reforma Luterana e o afloramento de

⁹ KAUFMANN, 1996, op cit., p. 246.

mudanças sociais, políticas e artísticas radicais, o apelo à salvação feito a Deus deslocou-se para o apelo a razão.

Na Idade Moderna, Descartes, considerado o pai dessa época, encarna essa aspiração do homem moderno de tomar a razão, os recursos do pensamento, como medida de avaliação de si mesmo e de tudo mais. Através de uma avaliação que faz dele mesmo, chama a atenção para os aspectos de nossa subjetividade, nossa singularidade, que podem confundir nosso raciocínio objetivo e nos fazer chegar a conclusões equivocadas. No anseio de criar métodos para neutralizar a interferência subjetiva nas proposições que se pretendia, ele abre as portas para o surgimento da ciência moderna. Esta, visando à criação de leis gerais e de previsibilidade, expressa o novo recurso para nos proteger tanto do que não sabemos quanto do que nos espera.

Porém, quando Descartes focaliza a interferência da singularidade de um sujeito e de suas particularidades nas produções da racionalidade, seu gesto só faz ressaltar a importância mesma da subjetividade. Esta focalização da subjetividade como o que não se conforma à razão, ou como o que a confunde, abriu os canais para o movimento oposto ao da valorização da razão cartesiana. Ou seja, abriu as portas para a ênfase na emoção, nas intensidades psíquicas, naquilo que é bem próprio chamar de dimensão *econômica* do psiquismo. Dimensão que focaliza a existência de montantes de afeto, que operam nos investimentos e desinvestimentos psíquicos. Esse movimento que inaugurara a contemporaneidade é caracterizado como momento da prevalência do apelo à libido, apelo ao amor e à sexualidade como via de solução dos problemas da vida. Não estaria aqui o arcabouço da psicanálise? Antes de nos determos a uma resposta, faz-se necessário contextualizar a importância de outros saberes, como a psiquiatria e a neurologia, que resgatam os sintomas da histeria com o olhar científico.

Com o Renascimento, instaurou-se um retorno da Antiguidade, em que a histeria seria uma doença de causas internas e naturais. Foi isso, na verdade, que permitiu o nascimento de uma ciência teórica e terapêutica. Essa busca de uma etiologia da histeria engendrou a partir do século XVII.

A medicina antes do século XIX já se mostrava classificatória; este termo será mencionado por Foucault como:

[...] a regra classificatória que domina a teoria médica e mesmo sua prática [...] antes de ser tomada na espessura do corpo, a doença recebe uma organização hierarquizada em famílias, gêneros e espécies.¹⁰

De acordo com Foucault, a medicina aparece no século XIX como ciência clínica, que estaria ligada a uma linguagem de uma *ciência positiva*. Eis o que diz:

Quando o médico substitui a pergunta *o que é que você tem?* Pela pergunta *onde lhe dói?* Essa mudança se opera quando se admite que se pode associar a lesões de órgão, ou seja, a *anatomia*. Esta e a clínica se unem e surge a anátomo-clínico. Daí o aspecto que a anatomia patológica tomou em seu início: o de um fundamento enfim objetivo, real e indubitável da descrição das doenças¹¹.

O autor prossegue dizendo que a ciência esclarece que:

[...] o progresso da observação, cuidado em desenvolver e ampliar a experiência, fidelidade cada vez maior ao que os dados sensíveis podem revelar abandono dos sistemas e teorias em proveito de um empirismo mais científico¹².

Um novo espaço clínico se ordena, a medicina classificatória cede lugar à medicina dos órgãos, em que o foco passa a ser as causas. Esse novo sistema referencial vai permitir uma nova ordenação das doenças e um interesse direto pelo corpo do doente, mas pelo *corpo morto*, uma vez que o exame do cadáver vai ensinar ao médico as causas da morte e, conseqüentemente, das doenças.

O remanejamento anatômico da doença não modifica sua estrutura essencial, pois a percepção da doença no enfermo supõe um olhar qualitativo, haja vista, que para entender a doença é preciso visualizar o paciente como um todo, não só orgânico, mas o sujeito e a sua dor psíquica. Desta maneira, a medicina se distanciaria das demandas quantitativas que a ciência exige.

Corroborando as idéias de Foucault, Clavreul¹³ destaca que o médico ignora a morte na sua especificidade porque “[...] não é o corpo morto enquanto tal

¹⁰ FOUCAULT, M. *A Palavra e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. São Paulo: Martins Fontes, 1987, p. 2.

¹¹ Ibid, p. 147.

¹² Ibid, p. 156.

¹³ CLAVREUL, J. *A ordem médica*. São Paulo: Brasiliense, 1983, p. 113.

que interessa ao médico, mas o que nele se pode ler". O avanço da fisiologia e o incentivo frente às patologias possibilitaram subsidiar a causa da doença. O autor prossegue referindo que:

[...] os progressos da fisiopatologia, propondo uma outra leitura da doença, vieram substituir os estudos anatômicos e anátomo-patológicos. A morte do doente cessou de ter interesse para o médico desde que os exames sobre o vivo tornaram-se os mais importantes. Não existem mais nos hospitais esses doentes que eram conservados um pouco por caridade, mas cuja morte se esperava para saber o que tinham. Esta prática [...] cessou desde que os exames clínicos permitiram *violentar a natureza* sobre o vivo. O corpo não é senão o lugar onde a doença se inscreve¹⁴

A biópsia ganha um destaque em relação à autópsia. Hoje em dia, alguns desses exames clínicos, ou subsidiários, são realizados por meio de aparelhos tecnológicos, que permitem o diagnóstico fisiopatológico e a retirada de material orgânico para o diagnóstico anátomo-patológico, *biópsia*, no paciente vivo.

Segundo Foucault (1987), a partir do séc. XIX a presença da doença no corpo funda a doença como objeto para o olhar positivo do médico e a linguagem se transforma em discurso racional. Assim, [...] *torna-se possível organizar em torno do indivíduo uma linguagem racional [...] e pode-se, [...] finalmente, pronunciar sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica*. O discurso médico se torna um discurso científico sobre a doença.

A ciência da medicina clínica tem delimitado o domínio de sua experiência e a estrutura de sua racionalidade. É uma clínica fundamentada no olhar, ou seja, no *ver, observar*, no chamado olhar clínico, mas [...] *o olhar médico envolve mais do que diz a palavra olhar; encerra, em uma estrutura única, campos sensoriais diferentes; é a trindade visão-tato-audição* (FOUCAULT, 1987, p. 188). Apesar de o médico se valer do olho, do tato e do ouvido, a dominância é do visível, que se tornou cada vez mais aguçado pela aparelhagem tecnológica.

Nos construtos de Chauí¹⁵, o conhecimento científico é apresentado como uma busca da objetividade, diante das estruturas universais, em que a quantificação, a homogeneidade, a generalização, a regularidade, a constância, a frequência, a normalidade dos fatos investigados, procuram [...] *apresentar*

¹⁴ CLAVREUL, 1983, op cit., p. 114.

¹⁵ CHAUI, Marilena. *Convite à Filosofia*. 7. ed. São Paulo: Ática, 1996.

*explicações racionais, claras, simples e verdadeiras para os fatos [...] prever racionalmente novos fatos como efeitos dos já estudados*¹⁶. A autora prossegue referindo que o discurso de estrutura científica aspira a ser universal, uma vez que *[...] a ciência busca as leis objetivas gerais, universais e necessárias dos fatos*¹⁷.

Deste modo, é necessário o reconhecimento de determinadas doenças, nítida definição da existência delas, pois o processo de diagnóstico requer que a doença tenha uma definição racional e clara. Kammerer e Wartel (1989) indicam que na medicina:

[...] o processo epistemológico segue sempre a mesma progressão histórica: num primeiro estágio, a entidade mórbida emerge sob forma de um quadro *descritivo*, resultante da observação clínica. Num segundo estágio um substrato *anatômico* lhe é reconhecido [substrato anátomo-fisiológico; substrato orgânico]. A descoberta do agente *etiológico* das lesões constitui o terceiro estágio. A entidade nosográfica está perfeitamente definida, quando munida dessas três dimensões¹⁸.

O médico clínico deve seguir um roteiro pormenorizado e rigoroso no processo de diagnóstico. Marcondes, Sustovich e Ramos¹⁹, enfatizando a necessidade de considerações etiopatogênicas, fisiopatológicas e clínicas, descrevem os passos a serem seguidos que, resumidamente, são *a observação clínica*²⁰ e *a anamnese*²¹. O exame clínico deve ser metódico e disciplinado para o bom raciocínio clínico, e é imprescindível o estabelecimento de hipótese diagnóstica, além do *exame físico* minucioso e sistemático do doente para a complementação da observação clínica.

São necessárias hipóteses bem formuladas sobre os diagnósticos anatômico, funcional e etiológico. O diagnóstico deve ser preciso para a indicação

¹⁶ CHAUÍ, 1996, op cit., p. 250 - 251.

¹⁷ Ibid, p. 271.

¹⁸ KAMMERER, T.; WARTEL, R.. Diálogo sobre os diagnósticos. In LACAN, J. et al., *A querela dos diagnósticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.

¹⁹ MARCONDES, Marcello; SUSTOVICH, Duilio Ramos; RAMOS, Oswaldo Luiz. *Clínica médica: propedêutica e fisiopatologia*, com a colab. de Antonio Atilio Laudanna, Antonio Carlos Pereira Barreto, Antonio Spina-Franca Netto e outros. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1976.

²⁰ É o registro pormenorizado dos dados pessoais, dos sintomas e dos sinais apresentados pelo doente e obtidos durante a entrevista.

²¹ Consta a queixa e sua duração, a história pregressa da moléstia atual, questões sobre os diferentes aparelhos, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários e familiares.

de plano terapêutico eficiente e racional. Nesse roteiro os *exames subsidiários*, quando necessário, estão presentes e devem ser adequados.

Após este roteiro, constituía-se um plano terapêutico adequado, eficiente e racional. A terapêutica inclui os medicamentos, considerados essenciais em muitos casos. A visualização do roteiro descrito permite destacar não só os passos que o médico clínico deve seguir, mas nos mostra que esses passos estão estabelecidos, previamente, pelo saber médico com o objetivo de guiar o profissional a elaborar um diagnóstico objetivo que permita indicar o tratamento mais eficaz. Prizskulnik diz que, *no diagnóstico, a definição da doença se dá a partir da perspectiva do médico, perspectiva objetiva em relação ao paciente*. Prossequindo, a autora refere que:

Ao seguir o roteiro o médico pormenoriza de forma rigorosa ao diagnosticar [...] o médico opera mentalmente um corte nos dados trazidos pelo paciente, tendo como eixo a idéia de que alguns sintomas são essenciais e definidores da doença, enquanto outros são secundários, pois, só assim, a indicação da terapêutica produzirá o efeito desejado e trará bons resultados, ou seja, a cura da doença, o alívio rápido, a eliminação dos sintomas, a restituição da saúde anterior à doença²².

Ao escutar de forma seletiva palavras do paciente, o médico pode, então, formular o diagnóstico. Clavreul (1983, p. 158) ressalta que [...] *do que é dito, o médico só retém o que ressoa no discurso médico*²³. O autor sublinha que [...] *o sofrimento no discurso médico se nomeia dor, ou opressão, ou febre*²⁴. Isso quer dizer, que o sofrimento é visto como um sintoma que precisa estar associado a um substrato orgânico e ter, de preferência, uma etiologia definida.

A medicina, como ciência clínica, se vale das pesquisas genéticas, imunológicas, bioquímicas, biofísicas, farmacológicas. Assim, muitos conhecimentos aplicados na clínica médica são exteriores ao próprio campo clínico. Existe também toda uma aparelhagem tecnológica que auxilia o médico no processo de diagnóstico, o que acaba enfatizando a vertente objetiva da doença, colocando entre o médico e o paciente vários aparelhos e muitos resultados de exames. Essa configuração da

²² PRISZKULNIK, L.. As entrevistas diagnósticas em Psicanálise. *Psychê*, v. 2, n. 2, 1998, p. 18.

²³ CLAVREUL, 1983, op. cit, 158.

²⁴ Ibid, 157.

clínica médica é frequentemente, considerada o *paradigma* quando se pensa na experiência clínica como forma de conhecimento.

A Psicanálise com suas proposições faz emergir um modelo clínico bastante peculiar, uma vez que a investigação está para além dos muros classificatórios da medicina, percorrendo a dor psíquica do sujeito, respeitando a sua singularidade.

As investigações de Freud são empreendidas no contato com seus pacientes que, por sua vez, possibilitaram inaugurar um novo tipo de tratamento e construir um corpo teórico que sai do domínio médico para questões do funcionamento psíquico do ser humano.

Birman, refletindo sobre a posição da clínica no discurso freudiano, sublinha que [...] *o procedimento de investigação é o eixo fundador do campo psicanalítico, sustentando tanto o método de curar quanto o discurso teórico*²⁵. Assim, para a clínica psicanalítica, a doença tem um sentido para quem sofre; sentido que está afastado da consciência; sentido que está inserido na trama de uma história marcada pelo desejo inconsciente do sujeito, a verdade do sujeito.

Assim, no final do século XIX, os estudos no ambiente científico de Freud²⁶ estavam voltados para a Neurologia. O autor trabalhava como pesquisador em laboratórios de fisiologia e de anatomia cerebral ministrava a disciplina de doenças nervosas na Universidade de Viena e trabalhava no Hospital Geral de Viena.

Freud publicou muitos artigos científicos em revistas especializadas, boa parte voltada para as observações clínicas sobre doenças orgânicas do sistema nervoso. Seu livro publicado sobre as paralisias cerebrais infantis foi considerado um trabalho importante para a Neurologia clínica. Realizou diagnósticos precisos, situando o local de uma lesão de maneira exata. O autor praticou a pesquisa científica durante muitos anos, realizadas nas clínicas médicas, efetuando diagnósticos médicos.

²⁵ BIRMAN, J. *Freud e a experiência psicanalítica: a constituição da psicanálise*. Rio de Janeiro: Taurus-Timbre, 1989, p. 138.

²⁶ FREUD, S. (1885-1886). *Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 1).

Freud²⁷, por questões pecuniárias, começou a estudar as doenças nervosas. Nesse período, viajou para Paris dando continuidade em seus estudos. Sendo um pesquisador dedicado, ganhou uma bolsa de estudos da faculdade e se tornou aluno de Charcot²⁸. Freud ficou impressionado com as investigações de Charcot acerca da histeria, que procurava mostrar a autenticidade e a objetividade dos fenômenos histéricos. Em suas palavras:

[...] Charcot partiu dos casos mais completamente desenvolvidos, que ele considerava como tipos perfeitos da doença. Começou por reduzir a conexão entre a neurose e o sistema genital a suas proporções corretas, demonstrando a insuspeita freqüência de casos de histeria masculina e especialmente de histeria traumática. Nesses casos típicos, ele encontrou a seguir numerosos sinais somáticos (tais como a natureza do ataque, a anestesia, os distúrbios da visão, os pontos histerógenos, etc.) que lhe possibilitaram estabelecer com segurança o diagnóstico de histeria, com base em indicações positivas. [...] — Charcot chegou a uma espécie de teoria da sintomatologia histérica²⁹.

Freud (1886) menciona esses dizeres no relatório dos seus estudos, em que se dedicou consideravelmente aos comentários sobre histeria e hipnotismo, objeto dos estudos específicos de Charcot. Este reproduzia artificialmente as paralisias histéricas, que previamente já se diferenciavam das paralisias orgânicas, através da sugestão hipnótica.

Charcot realizava descrições completas dos fenômenos, demonstrando o que eles têm de suas próprias leis e regularidades, indicando como reconhecer os sintomas, com intuito de possibilitar o diagnóstico. O autor declarava que a histeria não era uma simulação e afirmava que sua etiologia deveria ser buscada na hereditariedade e que ela é [...] *uma doença nervosa completa, autônoma, funcional e sem traços lesionais*³⁰.

Assim, Freud inicia sua prática privada de especialista em doenças nervosas. Nos seus primeiros anos de atividade como médico, tem como principal instrumento de trabalho a sugestão hipnótica, [...] *afora os métodos*

²⁷ FREUD, 1885-1886, op. cit., v. 1.

²⁸ Médico e cientista Francês, foi um dos maiores clínicos e professor de medicina da França, estudos sobre afasia e doenças neurológicas.

²⁹ Ibid, p. 45.

³⁰ FREUD apud CHARCOT, ibid, p. 21.

*psicoterapêuticos aleatórios e não sistemáticos*³¹, que o leva a abandonar o tratamento das doenças nervosas orgânicas.

Freud acompanha o método de trabalho de Charcot em que:

[...] ele tratava as observações clínicas como fatos e delas extraía conjecturas neurológicas, ao contrário dos clínicos alemães, que se fundavam numa teoria fisiológica constituída para explicar os estados mórbidos³².

Charcot segue os princípios da clínica anátomo-patológica e se vale também dos conhecimentos de fisiologia.

Devido a seu interesse em apreender a origem das manifestações das doenças, a pesquisa passou a ocupar um lugar de destaque na vida de Freud.

Nessa época a ciência não oferecia respostas para os problemas levantados pelos seus pacientes, como os sintomas histéricos. Em vez de tentar enquadrar os pacientes nos moldes do conhecimento médico, rompe com o saber médico, *científico*, vigente e constrói um sistema conceitual que tece os fundamentos que sustentam a constituição do saber psicanalítico e da clínica psicanalítica. Mannoni refere que Freud, ao estudar a histeria:

[...] descobre que uma paralisia histérica pode cobrir um território anatômico que contradiz aquilo que poderíamos chamar de cartografia neurológica. Não põe em dúvida absolutamente a verdade e a exatidão da Neurologia, ao contrário. É sobre essa verdade anatômica que irá se fundar. Mas, levantará a hipótese de que há algo imaginário nessas paralisias [...] é por meio da *verdade neurológica* que se tenta *refutar* as paralisias histéricas, o que não significa curá-las, mas, jamais a Psicanálise tentará refutar a Neurologia [...] Em presença de uma paralisia, um neurologista deve acabar por achar algo que não funciona em algum lugar na materialidade do sistema nervoso. Freud, pelo contrário, pensa que seria preciso antes olhar para o lado da "imaginação das histéricas." Falando assim, não contradiz em nada a *ciência* dos neurologistas, ao contrário, *fundamenta-se justamente nessa ciência* para emitir essa hipótese³³

³¹ FREUD, S.. (1886). *Relatório sobre meus Estudos em Paris e Berlim*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 28. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 1).

³² FREUD (1888) apud CHARCOT *Histeria*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, p. 44, v. 1.

³³ MANNONI, M apud. FREUD. *Um Saber que não se Sabe: A Experiência Analítica*. Campinas, SP: Papirus, 1989. p. 154-155

A investigação da histeria leva o autor a propor uma mudança no campo de estudo. Como afirma Birman³⁴, ele [...] propõe que a figura da histeria se articula no campo da representação e não no campo do corpo anátomo-patológico, como pensava Charcot, mencionado anteriormente. O autor enfatiza que Freud formula algo fundamental para a teoria psicanalítica:

[...] os sintomas histéricos se articulam num sistema coerente, fundado na imagem do corpo e não na estrutura do corpo, subordinada esta última às leis da distribuição anatômica dos órgãos e dos sistemas funcionais. O importante passa a ser como o histérico vivencia a sua corporalidade, ou seja, de que maneira investe as diferentes partes do seu corpo e as interpreta como superfícies dotadas de significação [...] a existência de um corpo representado como eixo de sustentação da histeria é a primeira construção positiva que define a possibilidade de existir outra ordem corporal, diferente daquela circunscrita pelos cânones da anátomo-clínica³⁵.

Para contribuir com a nossa discussão, Roudinesco (1989) refere que, no decorrer dos estudos de Freud, o autor se afasta da neuropatologia e se interessa pela psicopatologia. Abre-se, então, a possibilidade de dar início [...] a emergência progressiva da noção de inconsciente [...] e o caminho para uma teoria das doenças nervosas fora do campo da Neurologia³⁶. Assim, inaugura um novo espaço clínico fundamentado na fala do paciente e na escuta.

Para situarmos o diagnóstico em psicanálise, somos levados a interrogar o estatuto do inconsciente com relação à realidade. O que a psicanálise nos indica é que toda relação do sujeito com o mundo é mediada pela *realidade psíquica*. Em seu texto fundador, *A interpretação dos sonhos*, na formulação do conceito de inconsciente, Freud postula que:

O inconsciente é a verdadeira realidade psíquica [...] em sua natureza interior é tão desconhecido para nós quanto à realidade do mundo externo, e se apresenta de modo tão incompleto pelos dados da consciência quanto o mundo externo pelas comunicações dos sentidos.³⁷

³⁴ BIRMAN, J. *Freud e a interpretação psicanalítica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1991. p. 141.

³⁵ *Ibid*, p. 141-142.

³⁶ ROUDINESCO, E. *Jacques Lacan: Esboço de uma vida, história de um sistema de pensamento*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989. p. 67.

³⁷ FREUD, S. (1900) *A interpretação dos sonhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. P. 613. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 5).

Sua natureza guarda uma característica que se encontra próximo de outra natureza ou realidade, que Freud nomeia como material ou factual. Paradoxalmente, dentro ou fora, ambas são exteriores à nossa capacidade de apreensão, no sentido mesmo da percepção, que só pode se dar parcialmente.

A realidade psíquica, portanto, não se reduz ao ego-realidade, embora o inclua, do mesmo modo que inclui o sintoma. Sua fonte primária é o inconsciente, em sua dimensão desconhecida, que emerge através da fala a que temos acesso e à qual, de algum modo, respondemos. É na própria palavra do sujeito que começa o trabalho clínico. Ao tratarmos do sofrimento psíquico só podemos fazê-lo pelo que aparece dessa realidade em palavras e ações presentes de sentido.

De acordo com Freud³⁸, a realidade psíquica é um construto que supõe o emaranhamento desses dois pólos mencionados e, conseqüentemente, recoloca o que vem a ser o campo subjetivo, no que concerne ao sujeito, num novo patamar epistêmico. O autor segue:

Se não podemos mais operar sobre duas realidades distintas, objetiva *versus* subjetiva, logo temos que considerar que na clínica psicanalítica o sujeito que observa *epistêmico* não é exterior ao sujeito observado *empírico*. Desse modo, o sujeito observado é quem inclui o observador em uma de suas séries psíquicas, pela via da transferência³⁹.

Trata-se da única realidade que diz respeito ao interesse do sujeito, pela qual ele se vê, pensa, fala, sofre, trabalha, enfim, se põe no mundo e até mesmo se desconhece. Nessa realidade se insere uma dimensão de alteridade que indica que a linguagem é mais do que uma aquisição instrumental, que vem do Outro, do campo simbólico que se impõe na constituição mesma do sujeito. Logo, não se deve conceber essa realidade a partir das velhas oposições entre objetivo e subjetivo, ou entre realidade e fantasia, ou ainda entre mundo externo e mundo interno.

Os instrumentos de diagnóstico e de tratamento, desde o início, estarão marcados por esta concepção. A implicação que podemos observar aqui é que a psicanálise não pode confiar no fenômeno do mesmo modo que as ciências empíricas, pois ela considera que não há acesso direto ao mundo. A partir daí, o fenômeno não tem mais o mesmo valor de verdade.

³⁸ FREUD, Sigmund. *A Dinâmica da transferência*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 12).

³⁹ *Ibid*, p. 100.

Assim, a histeria parece não se curvar a todos os esforços diagnósticos e curativos da medicina, entidade tão enigmática e tão exasperante, que inúmeros médicos, antigos e atuais, propõem que se abandonem todas as tentativas de compreendê-la.

A histeria parece confundir todas as fronteiras e incentivou o criador da psicanálise a criar um método próprio de investigação, método esse que é co-extensivo de suas formas de expressão. As histéricas tornaram a psicanálise possível, através do desejo enigmático e demandante de que sua voz fosse ouvida e de que seus sofrimentos sem causa fossem levados em conta e escutados.

Freud pôde fazer o gesto revolucionário, já perdido pela medicina de sua época, de ouvir sua paciente, e com isso trazê-la para o centro de sua história e, assim, implicá-la no seu processo terapêutico.

A psicanálise vai contribuir para que a medicina moderna enfatize no mais profundo fosso os fenômenos psíquicos e os somáticos, como se pode constatar em todas as tentativas atuais de encontrar fatores exclusivamente biológicos para compreender processos de doença, procurando *isolar* os fatores *não objetivos*, que também habitam o corpo, mas o corpo de que falo aqui é o corpo pulsional.

Temos duas vertentes, o discurso médico em sua cientificidade e objetividade e o discurso psicanalítico não normativo, que visa ao surgimento do desejo e do sujeito do inconsciente. A medicina se concentra em evitar qualquer tipo de erro e a psicanálise se utiliza dos erros e dos tropeços, como baliza para o tratamento. Saberes diferentes que poderiam se aliar na escuta e no tratamento do sujeito.

É importante reconhecer os progressos tanto da medicina quanto da psicanálise. Na medicina, com o desenvolvimento da tecnologia, curas antes tidas como impossíveis têm sido vislumbradas e alcançadas vencendo, muitas vezes, o embate com a morte. Na psicanálise, Freud e seus seguidores tiveram progressos significativos, que possibilitaram uma maior compreensão do psiquismo e intervenção no que concerne ao sofrimento do ser humano.

Deste modo, as histéricas, os obsessivos, os fóbicos, os perversos e os psicóticos tiveram a chance de serem escutados para além do histrionismo, da esquisitice, da iniquidade ou da loucura. Campos de trabalhos diferentes, manejos diferentes na abordagem do indivíduo, mas que visam à saúde possível do sujeito

quer seja através do bom funcionamento orgânico quer seja pelo encontro com o desejo.

Partindo da premissa de que a pulsão faz uso de um corpo, e de que o afeto mencionado anteriormente circula nele, é importante dispor nosso olhar sobre este corpo. Mas, qual é o olhar da psicanálise sobre o corpo? Antes mesmo de responder a essa questão, de forma sucinta, inicialmente abordarei o olhar médico sobre o corpo, pois acredito que seja necessário para o entendimento do estudo em questão, haja vista que esse olhar ainda se faz predominante, diferenciando-o do olhar psicanalítico.

3 O OLHAR DA PSICANÁLISE SOBRE O CORPO: O CORPO PULSIONAL

No adoecimento somático, o corpo é a grande referência do sujeito que sofre. A enfermidade que se apresenta ao analista, muitas vezes previamente nomeada pelo saber médico, coloca-se como ponto de estofo, regulando a vida e os pensamentos do paciente, atormentando-o⁴⁰.

O estudo sobre o corpo e sobre os vários usos que fazemos dele é importante porque ele é o espaço físico onde está circunscrito o sujeito. O *corpo* é construído historicamente, e sendo construído de acordo com a história podemos localizar o significado ou a percepção do que vem a ser o corpo para cada época. De acordo com Rodrigues [...] *O corpo humano é socialmente concebido e a análise da representação social do corpo oferece uma das numerosas vias de acesso à estrutura de uma sociedade particular*⁴¹.

Percebe-se que o corpo é visto em si, de forma universal, em que todos os animais possuem uma entidade orgânica que os caracteriza. Mas a percepção ou interpretação do que seja o corpo é bem subjetiva e com respostas bem centradas no contexto cultural.

Segundo a definição do Magno Dicionário⁴², corpo é *unidade orgânica ou inorgânica que ocupa lugar no espaço. Parte material do ser em oposição ao ser humano*. Nesta definição, o corpo é visto somente como um ente físico delimitado sob a pele, que parece ser a última fronteira do indivíduo. Este, inventado por valores iluministas que nascem com a modernidade, fundando, assim, o discurso científico que se legitima. Esse discurso cada vez mais se distancia das influências religiosas. Nessa perspectiva, que podemos chamar de uma perspectiva moderna, o corpo e o indivíduo passam a ser circunscritos à pele.

⁴⁰ NICOLAU, R. A psicossomática e a escrita do real. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*. Fortaleza. v. 8. n. 4, p. 959-990, dez./2008. Também disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151861482008000400006.

⁴¹ RODRIGUES, José Carlos. *Tabu do corpo*. Rio de Janeiro: Achiame, 1979. p. 44.

⁴² MAIA, Raul. *Magno Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa*. São Paulo: Difusão Cultural do Livro, 1995.

Focault⁴³ demonstra que o “surgimento” do corpo e o controle da sexualidade fazem parte do mesmo processo de desencantamento do corpo e do mundo.

Através da exploração do corpo, a observação médica em geral concede um lugar de destaque ao ambiente em torno do corpo. Nos hospitais, ela tende a paralisar-se sobre o corpo do doente, esteja ele vivo ou morto.

Cada vez mais intensamente explorado pelos aparelhos, o corpo vai sendo apreendido de maneira sempre mais refinada e especializada, tratando-se mais o órgão do que o indivíduo. À decomposição do corpo, órgão e aparelho por aparelho, acrescenta-se a prática das autópsias. Apesar da realidade, a medicina continua a se apresentar como uma ciência única que pretende dar conta do funcionamento global do organismo humano e de todas as suas disfunções.

Nos dias atuais se tem uma medicina especializada, tecnicista, na qual o médico trata de um órgão, uma disfunção, e não mais da pessoa nem mesmo do corpo do doente. Esta enorme tendência está em vigor há pelo menos dois séculos. Longe de demonstrar um original desinteresse pelo humano, ela é expressão de um novo humanismo. Além de permitir o aumento dos conhecimentos sobre o organismo, senão um aperfeiçoamento dos tratamentos, ela não visa única e exclusivamente a reduzir o paciente ao estatuto de objeto de estudos.

De acordo com Clavreul⁴⁴, o discurso médico sustenta-se por sua cientificidade e objetividade, que são o seu *imperativo metodológico*. Isso implicará a exclusão da subjetividade tanto do médico quanto do paciente, ambos alienados no saber da ciência; ao contrário do analista, que defende o direito à subjetividade e aos desejos impossíveis de serem captados pelo discurso científico.

O médico tem ao seu dispor o conhecimento acumulado desde Hipócrates e toda tecnologia de última geração com possibilidade de esquadrihar cada célula do organismo humano. Desse modo, não se dirige ao sujeito, mas a um corpo que pode ser manipulado, cortado, examinado e que a medicina tenta apreender com exames e terapêuticas ultramodernas. Corpo dessubjetivado cujo saber sobre a doença é negado, assim como a interferência do psiquismo no adoecer.

⁴³ FOCALULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

⁴⁴ CLAVREUL, 1983, op cit.

Esta prática, e a mais minuciosa técnica pesam no exercício médico, bem como nas relações médicos e pacientes, refletindo amplamente na maneira como o indivíduo e a sociedade passam a lidar com seu corpo e com a doença. Assim, veremos que com o advento da psicanálise uma fronteira se funda entre o corpo orgânico e o corpo pulsional.

3.1 CORPO PULSIONAL

Através do encontro de Freud com o indivíduo histérico, vê-se que o corpo, para a psicanálise, é um corpo erógeno, não é um organismo, não coincide com o corpo descrito pelo campo da ciência, da medicina. Freud, ao definir o termo pulsão, utiliza pela primeira vez a expressão zona erógena, *órgão cuja excitação confere um caráter sexual*⁴⁵.

O discurso freudiano construiu outra leitura sobre o psiquismo, no qual esse se fundaria sempre no corpo. Este, no entanto, não é concebido como sendo um dado imediato da natureza, mas uma construção que está em permanente processo de produção. Portanto, o corpo seria algo da ordem do artifício. Em decorrência disso, pode-se enunciar que o corpo não se identifica nem com o somático nem mesmo com o organismo, ainda que possa ser dito que se construa também a partir desses registros, de maneira indubitável.

Birman (2003) refere que o corpo se constituiria como diferentes territórios. Existiriam, assim, diferentes formas de encorpção, que não se confundiram jamais nem com o registro do organismo nem com o registro do somático. Nestes diversos territórios corporais, diferentes formas de subjetivação se inscreveriam, isto é, se forjariam em íntima relação. Dito de outra maneira, conceber aqui o conceito de corpo não apenas como sendo a articulação complexa de diferentes territórios, mas também como sendo organicamente inscrito como diferentes formas de subjetivação coloca incisivamente em questão a categoria de sujeito.

⁴⁵ FREUD, S. (1905b). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 8) p. 159.

A construção de outra cartografia do corpo, no discurso freudiano, implica o enunciado de outro conceito de subjetividade. Repensar o corpo como articulado organicamente com a subjetividade, provoca o questionamento decisivo da categoria de sujeito. É pela consideração rigorosa da teoria das pulsões que se pode apreender, em estado nascente, a genealogia do corpo e das formas de subjetivação no discurso freudiano.

Para isso, é importante centrar esta leitura inicialmente no ensaio metapsicológico, intitulado *As pulsões e seus destinos (1915)*, que indica uma ruptura com a formulação inicial do conceito de pulsão e antecipa a segunda teoria das pulsões. Freud vai se referir à pulsão como:

Representante psíquico de uma fonte de estímulos internos, estando entre o anímico e o físico. O que distingue as pulsões entre si e as suas propriedades específicas é sua relação com suas fontes somáticas e seus alvos. A fonte da pulsão é um processo excitatório no órgão e seu alvo imediato consiste na supressão desse estímulo orgânico⁴⁶.

Na concepção originária da pulsão, o discurso freudiano considerava apenas a dimensão qualitativa, excluindo qualquer leitura quantitativa da pulsão. Portanto, isso leva a reconhecer que, no novo contexto, o discurso freudiano estaria também interessado em captar como a qualidade se constituiria a partir da quantidade. Seria apenas neste momento que a questão da economia intensiva teria recebido uma abordagem teórica propriamente dita, sendo problematizada.

O discurso freudiano não apenas enunciou os diferentes componentes da pulsão, *fonte, força, objeto e alvo*, como também formulou como eles se conjugariam na montagem da pulsão e no estabelecimento dos seus diferentes destinos, condensando a questão da transformação da quantidade em qualidade, bem como a distinção entre as diversas modalidades de qualidade. Assim, a produção dos diferentes registros do psíquico e do corporal estaria em pauta, ao lado de suas implicações.

A pulsão seria fundamentalmente uma *força* constante, que faria uma permanente exigência de trabalho sobre o psiquismo, em função de sua ligação ao

⁴⁶ FREUD, S. (1915d). Pulsão e Destinos da Pulsão. In: _____ *Obras Psicológicas de Sigmund Freud Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente*. Tradução Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago 2004, v. 1. p. 159.

somático e ao organismo, em que se localizaria a sua *fonte*. Desta maneira, como o único imperativo que lhe resta é a força pulsional, esta faria um movimento para a descarga de sua excitabilidade, já que o organismo não disporia de reguladores dessa excitabilidade.

Assim, o psiquismo teria que ser constituído precisamente para capturar essa excitabilidade, nas origens míticas da subjetividade, com intuito de regular a exigência constante de trabalho. Se não existisse um outro capaz de acolher essa descarga de excitabilidade e de transformar a exigência desta força em experiência de satisfação, a tendência originária do organismo humano implicaria eliminação total da excitabilidade, ou seja, a morte, pois a impossibilidade biológica do organismo humano de realizar a auto-regulação automática da força pulsional conduziria inevitavelmente a isso.

O conceito termodinâmico de trabalho referido no discurso freudiano alude justamente à exigência de acolhimento e de transformação desta força constante, para que a excitabilidade não seja pura e simplesmente eliminada, pois resultaria na morte do organismo. Neste sentido, a concepção de pulsão enunciada no ensaio de 1915 prefigura o conceito de pulsão de morte, em que a noção de força da pulsão seria o enunciado originário da ideia de pulsão de morte.

A ruptura epistemológica estaria já em andamento no discurso freudiano, na medida em que o organismo tenderia inevitavelmente para a morte, caso não fosse sustentado pelo outro, nas possibilidades desse de inverter decisivamente a tendência para a *descarga absoluta*.

A concepção de organismo está, de certa forma, presente de maneira implícita no discurso freudiano, embora tenha sofrido mudanças desde o *Projeto de uma psicologia científica*, passando pelos *Três ensaios sobre a teoria sexual* e pela obra dos *sonhos*. Esta é uma das razões pelas quais o ensaio sobre *As pulsões e seus destinos*, prefigura o *Além do princípio do prazer*.

Inicialmente para Freud o organismo, como forma de ser da ordem vital, seria constituído como um sistema homeostático de autorregulação, no qual existiria a afirmação da vitalidade como um imperativo evidente. O organismo como uma totalidade seria marcado pelos imperativos da ordem vital que, pela presença de uma força vital, lhe impulsionaria para vida. O organismo seria autorregulado nos seus automatismos fisiológicos, funcionando como uma máquina.

A biologia freudiana encontra-se permeada pelos pressupostos da fisiologia de Claude Bernard, que se tornou uma referência permanente em *A interpretação dos sonhos*⁴⁷ e em outras obras iniciais de Freud. A presença deste pressuposto vitalista no discurso freudiano se evidenciou desde o *Projeto de uma psicologia científica*⁴⁸, quando foi refutada a possibilidade do princípio da inércia em nome do princípio da constância, pois se ocorresse a eliminação total da excitabilidade a vida seria impossível.

Freud retificou a sua proposição inicial considerando devidamente a *urgência da vida* como um imperativo evidente. Em decorrência desse imperativo, uma parte da excitabilidade seria eliminada como excessiva e a outra retida, constituindo a constância necessária para o equilíbrio da ordem vital. O princípio da constância foi articulado com a oposição *prazer/desprazer*, resultando no princípio fundador do organismo e do psiquismo.

A retenção de uma parte da excitabilidade da ordem vital estaria estabelecida desde a origem, e a busca do prazer e a esquiva do despreazer seria constituída. O efeito inicial da concepção de pulsão foi a sua construção contígua, que estabeleceu a articulação entre fonte, força e o objeto, regulados pelo imperativo do prazer e a esquiva do despreazer. A pulsão seria desde sempre um circuito pulsional, no qual a referida articulação estaria presente.

Sendo um circuito, a articulação da pulsão não diferencia o registro quantitativo da força, uma vez que ela se apresenta como inscrita no registro da representação, isto é, a pulsão já aparece no registro qualitativo. Inscrita no psiquismo como representante-representação e representante afetivo, a força se perfila diante da articulação do circuito pulsional. O pressuposto vitalista se revelava ainda na classificação das modalidades existentes de pulsão, proposta inicialmente pelo discurso freudiano. Assim, as pulsões de autoconservação se oporiam às pulsões sexuais, no enunciado dualista de Freud, condição essa para conceber o aparelho psíquico como sendo caracterizado desde sempre pelos conflitos. Enquanto as primeiras tinham o interesse como energia, as segundas eram investidas, em contrapartida, pela libido.

⁴⁷ FREUD, S. (1900) *A interpretação dos sonhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 5)

⁴⁸ _____ (1895a). *Projeto para uma psicologia científica*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 1).

A exigência teórica para a existência das pulsões de autoconservação seria decorrente da referida urgência da vida, formulada desde o *Projeto de uma psicologia científica (1895)*⁴⁹. Assim, o eu e a consciência seriam o lócus das pulsões de autoconservação, e o inconsciente seria o lugar onde se inscreveriam as pulsões sexuais. Os conflitos se ordenariam entre as exigências da autoconservação e as da sexualidade, ou seja, entre a urgência da vida e os imperativos eróticos.

O eu e a consciência representariam então a urgência sempre presente para a conservação da vida, isto é, pela autoconservação. A sexualidade, em contrapartida, lançaria o corpo para além, impelindo a sua divisão e reprodução sexuada. Por isso que neste contexto teórico o psiquismo se polariza entre o princípio do prazer e o princípio da realidade, formulados desde *A interpretação dos sonhos (1900)*⁵⁰ e o *Projeto para uma psicologia científica (1895)*⁵¹. O primeiro regularia a sexualidade e se realizaria no campo do fantasma, o segundo regularia as ditas pulsões de autoconservação e teria no eu o seu espaço psíquico de operação.

A autonomia das pulsões de autoconservação foram questionadas, quando o discurso freudiano passou a verificar que elas poderiam ser erotizadas, e reguladas pelos imperativos do prazer e não mais apenas pelas exigências da realidade. O campo do fantasma passou a impregnar igualmente o suposto enclave da autoconservação, de maneira a erotizar as exigências da vida, permeadas desde então também pelas ânsias do prazer.

Essas formulações tiveram um importante efeito, no que concerne à transformação das pulsões de autoconservação em pulsões do eu, no qual estas representavam agora a sexualização de ambas, ou seja, todas as pulsões seriam sempre sexuais, mudando apenas o objeto de regulação da sexualidade. Com efeito, entre os registros do eu e do não-eu, as pulsões passam a investir igualmente o eu e os objetos estranhos ao eu, sendo então reguladas pela libido do eu e pela libido do objeto, que agora se transforma em objeto de investimento, o qual polarizaria e diferenciaria as diversas modalidades da pulsão. O eu e o corpo seriam essencialmente erotizados, marcados pela libido e pela pulsão sexual.

⁴⁹ FREUD, S. (1895a). *op. cit.*

⁵⁰ Id., 1900

⁵¹ Id., 1895a

A libido é a expressão da pulsão sexual, sendo a base energética que permite as diversas transformações desta. O conceito tem seu aspecto quantitativo e fisiológico: *Estabelecemos o conceito de libido como uma força quantitativamente variável que poderia medir os processos e transformações ocorrentes no âmbito da excitação sexual*⁵².

A ligação com o biológico se dá num nível individual, mas também coletivo enquanto espécie. O indivíduo tem uma dupla função:

Ele imagina que a sexualidade seja uma de suas metas pessoais, mas, de outro ponto de vista, podemos considerar o indivíduo como apenas um apêndice de seu próprio plasma germinal, plasma a cuja disposição ele coloca suas energias em troca de um prêmio de prazer⁵³.

Por outro lado, a libido também tem seu aspecto qualitativo e psíquico: *Falta à linguagem vulgar [no caso da pulsão sexual] uma designação equivalente à palavra “fome”; a ciência vale-se, para isso, de “libido”⁵⁴, o que corresponderia à qualidade de desejo que se diferencia qualitativamente dos interesses das pulsões do Eu; posição que é facilmente sustentável devido à nota, acrescentada em 1910, referente a essa passagem, em que Freud escreve: *Lamentavelmente, a única palavra adequada na língua alemã “Lust” [“prazer”, “desejo”] é ambígua e designa tanto a sensação de necessidade quanto de satisfação*⁵⁵.*

Portanto, o conceito de libido tem a característica de deter um amplo espectro de conotações que vão do puramente corpóreo ao psíquico em fluxo. É um conceito claramente derivado das pulsões e que guarda sua característica principal: a articulação soma e psique.

Retomando a discussão da pulsão, como vimos anteriormente, Freud propõe uma divisão classificatória entre pulsões do Eu e pulsões sexuais. As sexuais são:

⁵² FREUD, S. (1905a). Fragmento da análise de um caso de histeria. Rio de Janeiro: Imago, 1996. 8. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 7). p. 205.

⁵³ FREUD, S. (1914). "À guisa de introdução ao narcisismo", In: Obras completas de Sigmund Freud. Escritos sobre a psicologia do inconsciente - 1911-1915, Rio de Janeiro: Imago, 2004, v. 1, p. 101.

⁵⁴ Ibid, 1905a, p. 128.

⁵⁵ Ibid, loc cit.

Numerosas, provêm de múltiplas fontes orgânicas, exercem de início sua atividade independentemente umas das outras e só bem mais tarde são amalgamadas em uma síntese mais ou menos completa. A meta que cada uma delas persegue é obter o *prazer de órgão*. Só depois de completada a síntese é que elas entram a serviço da *função da reprodução*, tornando-se reconhecíveis como pulsões sexuais. Em sua primeira manifestação, ainda se veiculam apoiadas nas pulsões de auto-conservação, das quais só se separam pouco a pouco⁵⁶.

Com isso ele reafirma o primado biológico de onde surge a sexualidade integrada e ligada à reprodução. De início, as pulsões sexuais não encontram situações em que seja negada a satisfação, não se submetendo de imediato ao princípio da realidade. Essa permanência inicial do princípio do prazer faz com que as pulsões sexuais se aproximem mais da fantasia em relação às de autoconservação:

Nesse reino do fantasiar, o recalque permanece onipotente; ele é capaz de inibir representações em *statu nascendi*, caso a carga nelas investida possa dar margem a liberações de desprazer, e o faz antes que essas representações sejam notadas pela consciência⁵⁷ (FREUD, 1915, V. 1, p. 68).

Freud fala de uma apreensão de representações, junto a seus investimentos, em nível inconsciente. Para podermos aprofundar estas questões é necessário que compreendamos a definição de recalque dentro do corpo teórico freudiano. Para Freud,

O inconsciente é uma fase inevitável que ocorre regularmente nos processos que constituem nossa atividade psíquica, e todo ato psíquico começa com um ato inconsciente e pode assim permanecer, ou pode desenvolver-se em direção à consciência, dependendo de encontrar ou não resistência⁵⁸.

Portanto, de início, há um fluxo dos processos psíquicos inconscientes na direção de sua percepção pela consciência. Se há alguma perturbação desse fluxo, aparece uma resistência à consciência daquele processo específico. O

⁵⁶ FREUD, S. (1915d). Pulsão e Destinos da Pulsão. In: _____ *Obras Psicológicas de Sigmund Freud Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente*. Tradução Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago 2004, v. 1. p. 151.

⁵⁷ *Ibid*, p. 68.

⁵⁸ *Ibid*, p. 87.

recalque é, portanto, a exclusão da possibilidade da chegada de um processo psíquico à consciência. Esse fenômeno foi detectado na clínica e mostra que se tentarmos tornar consciente aquilo que se encontra inconsciente, pelo recalque, encontramos uma resistência para concretizarmos tal tarefa. Assim:

Podemos, portanto, constatar que a idéia inconsciente é excluída da consciência por meio de forças vivas que se opõem à sua recepção. Aqui a psicanálise não deixa margem a dúvidas: as idéias inconscientes são repelidas unicamente devido às tendências que incorporam em seu conteúdo⁵⁹.

Freud trata do *recalque de um representante pulsional, entendendo esse último como a representação ou grupo de representações investido pela pulsão com certa quantidade de energia psíquica (libido, interesse) [...]*⁶⁰

Por outro lado, ele fala de um outro elemento do representante psíquico o qual ele denomina 'quantidade de afeto'. Essa quantidade de *afeto corresponde à pulsão, na medida em que se desprende da representação e encontra expressão, de acordo com sua magnitude, em processos que se fazem perceber a sensação na forma de afetos*⁶¹.

Para Freud, o afeto é a união da representação com a energia de base do afeto; no entanto, quando há o recalque, a representação, afastada do quanto afetivo, permanece com um investimento libidinal acoplado a ela. Esse investimento é que nos faz *considerar a atração que o recalcado original exerce sobre tudo com que consegue estabelecer conexão*⁶².

Fica claro que *o recalque não impede o representante pulsional de continuar existindo no inconsciente, de continuar a se organizar, a formar novas representações derivadas e estabelecer ligações [beziehungen]*⁶³.

No inconsciente há toda uma organização, ou melhor, uma auto-organização proporcionada pelo investimento. O representante pulsional encontra formas de expressão camufladas e, ao tentarmos traduzir essas formas para o paciente, ele as estranhará. *Essa força pulsional enganosa é o resultado tanto de*

⁵⁹ FREUD, S. (1912b). *Nota sobre o inconsciente na psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 87. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 12).

⁶⁰ FREUD (1915d). op. cit. p. 182.

⁶¹ FREUD (1915d), loc. cit.

⁶² Ibid, p. 179.

⁶³ FREUD (1915d), loc. cit.

*um desdobramento desinibido da representação na fantasia quanto do acúmulo ocorrido quando a satisfação foi impedida*⁶⁴.

A representação na fantasia é fruto da atuação do processo primário sobre a representação original: deslocando; condensando, em parte ou no todo; ligando-a às outras representações; disfarçando-a; impedindo uma leitura racional e direta (processo secundário). Por outro lado o acúmulo da insatisfação faz crescer a pressão do processo inconsciente no sentido de se fazer conscientizar. O acúmulo de insatisfação tem, portanto, uma tendência determinada pelo princípio da constância, que busca uma melhor forma de se descarregar e isso só acontece de uma forma não patológica, com a representação acoplada ao quanto afetivo. Ao retomar sua totalidade, com a eliminação das forças de contrainvestimento, o afeto por sua própria natureza se descarrega. O recalque provoca uma divisão no processo psíquico entre a representação investida e o 'quanto de afeto'.

A exigência de construção do circuito da pulsão, no ensaio metapsicológico de 1915, indicou uma das linhas de reformulação da biologia freudiana. A oposição e a complementaridade entre os registros da força e os do outro enunciavam a existência de um organismo humano incapaz de se autoregular. A morte seria agora então o movimento originário do organismo humano, na medida em que essa seria o resultado da eliminação excitatória e não a manifestação de qualquer intenção.

O conceito de pulsão de morte, em oposição agora ao de pulsão de vida, condensaria a nova leitura da biologia freudiana. O movimento para a descarga absoluta seria realizada agora pela pulsão de morte, herdeira do conceito de força pulsional, a que se contraporía a pulsão de vida, operacionalizada pelo outro.

A vida biológica humana estaria agora na estrita dependência do investimento erótico do outro, que ofereceria a regulação que o organismo não teria mais por si mesmo. Isso corresponde a dizer que a ordem da vida, no que concerne ao organismo humano, dependeria estritamente de uma organização promovida pelo outro. Desta maneira, a vida humana não seria apenas algo da ordem da natureza, mas também da ordem do artifício e da construção, propiciados sempre pelo outro.

⁶⁴ FREUD (1915d). op. cit. p. 179.

Freud (1924) realizou a sua autocrítica sistemática em *O problema econômico do masoquismo*⁶⁵. Neste ensaio o autor descartou a posição originária atribuída ao princípio do prazer, desde o *Projeto de uma psicologia científica* (1895)⁶⁶, retificando o princípio da inércia pela formulação do princípio da constância. Enunciava, em contrapartida, que o princípio originário seria o do Nirvana, pelo qual o organismo aspirava à quietude absoluta, obtida pela descarga total de excitações. Evidentemente, o princípio do Nirvana foi o caminho teórico assumido pelo discurso freudiano para restaurar o princípio da inércia como originário e colocar então o princípio do prazer como secundário.

O princípio do Nirvana se enunciou como sendo um terceiro princípio de funcionamento psíquico, ao lado do princípio do prazer e da realidade. O primeiro regularia os movimentos para a eliminação da excitabilidade da força pulsional, com vistas à obtenção mortal da quietude, não reconhecendo a existência do outro; os dois outros visariam impedir a descarga pela ligação da força pulsional com objetos que possibilitariam a construção do circuito pulsional e da experiência de satisfação, regulados sempre pelo outro, independente de estar ou não presente no registro do princípio do prazer, mas apenas no do princípio da realidade.

Retoma-se a ideia enunciada de que a condição humana de vida estaria atrelada a uma construção e a um artifício orgânico voltado primariamente para a morte. Deste modo, seria necessária a construção de uma organização capaz de se contrapor ao movimento infalível do organismo para a morte, no sentido que Bichat enunciou quando referiu que a vida seria *o conjunto de forças que lutam contra a morte*⁶⁷. Esta organização condensaria o conjunto de forças que lutam contra a morte, para tornar a vida possível, constituindo o verdadeiro corpo-psiquismo nos diversos níveis de complexidade.

De qualquer maneira, o corpo e o psiquismo estariam no registro da ordem, polarizando a vida, e se contraporiam à desordem originária, voltada para a morte. Isso quer dizer que agora, nesta nova concepção freudiana, a vida biológica implica o prazer e a erotização promovidos pelo outro. O corpo-psiquismo seria

⁶⁵ FREUD, S. (1924). *O problema econômico do masoquismo*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 19).

⁶⁶ FREUD (1895a). op cit.

⁶⁷ BICHAT apud KAUFMANN, P. *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1996.

então um outro aparelho, que tornaria o organismo humano viável, do ponto de vista estritamente biológico, e, é claro, do ponto de vista simbólico.

De acordo com Birman (2003), o corpo consiste na produção de territórios no campo do organismo, resultante dos efeitos provocados pelo outro para reorientar o movimento da força pulsional voltada para a descarga absoluta. Prosseguindo, o autor refere que o corpo seria a tessitura de territórios diversos no campo do organismo. O retorno orientado da força da pulsão para o organismo, realizado sempre pelo outro, permitiria a territorialização do organismo, produzindo o corpo em si.

Neste contexto, o psiquismo se forjaria como formas de subjetivação, que se inscreveriam nestes territórios corporais. Logo, o corpo e as formas de subjetivação seriam as resultantes maiores dos destinos das pulsões, pelas quais as forças da vida se contraporiam às forças voltadas para a morte.

Entretanto, o corpo é múltiplo e plural, não se restringe a um único registro, ocorrendo o mesmo com as formas de subjetivação, que são inscritas em diversas corporeidades, advindo, assim, diferentes territórios corporais, que se articulariam sempre com diversas formas de subjetivação, ambos, resultantes, dos destinos da força pulsional, na ordenação do circuito da pulsão.

O primeiro destino descrito por Freud foi o da passagem da atividade para a passividade. Refere-se ao efeito fundamental do outro como agente, que se contrapõe ao movimento originário de descarga da força pulsional. Se esse movimento corresponde à pura atividade, à descarga absoluta, frente à quietude nirvânica do organismo, o outro impediria esta perda da força, pela ligação com um objeto capaz de gerar satisfação. Essa ligação promove a passagem crucial da atividade para a passividade. A primeira implica o segundo destino da força pulsional, sendo o retorno sobre a própria pessoa. É o que veremos a seguir.

A ligação da força a um objeto possível de satisfação impede a disseminação e a perda da energia da pulsão, que se desdobra para o retorno da força, que se encontra ligada ao ponto do organismo de onde foi expulsa. Apaziguada pela satisfação, a fonte de excitação conduz originariamente à descarga energética. É importante ressaltar que não se trata de um retorno sobre uma *pessoa*, mas de um retorno sobre o polo de onde se produziu a emergência da força pulsional no campo do organismo.

A fonte de excitação se delinea como pólo, destacando o retorno, no qual se circunscreveria numa área do organismo. Essa área é um território corporal, no qual o corpo se produz como uma incrustação sobre o organismo. Esse seria então ocupado pelo corpo originário, que seria um território inscrito sobre o organismo. No discurso freudiano, este registro originário do corpo é denominado de zona erógena, em que o registro se caracteriza pelo prazer de órgão, marcado pela pontualidade na sua circunscrição. Trata-se de um prazer local e bastante bem regionalizado enquanto território corporal.

Os polos da excitação e da satisfação se superpõem nesta territorialização descrita, ao ponto de Freud enunciar que o *psíquico* encontraria em si próprio os objetos para a sua satisfação. É claro que o referido objeto foi possibilitado pelo outro, que construiu um circuito pulsional, mencionado anteriormente. Da mesma forma, não é o psíquico que é o agente do processo em pauta, uma vez que é privilegiado pelo processo, como o território corpóreo originário circunscrito e pelo próprio retorno, ou seja, pela passagem decisiva da atividade para a passividade.

Contudo, a constituição do autoerotismo seria a economia do prazer que se realizaria numa zona erógena, como prazer de órgão. O prazer aqui se refere ao prazer local, no qual os polos da excitação e da satisfação se superporiam, constituindo a corporeidade autoerótica. A pulsão, sendo fonte constante e contínua, se produz inúmeras vezes, de maneira incessante e insistente. Desse modo, produzem-se inúmeras zonas erógenas no campo do organismo em diferentes áreas. As zonas erógenas se disseminam pelo organismo, na região do corpo, produzindo, assim, diferentes corporeidades autoeróticas de formas privilegiadas, que fazem parte do organismo.

Este organismo poderia ser apreendido pela circunscrição permanente destas corporeidades, ao longo de todo o percurso de sua existência. Esta ocupação seria então inesgotável, correspondendo a uma verdadeira colonização insistente do organismo pelo processo de produção de corpo, uma vez que a exigência do trabalho da força pulsional é constante.

Portanto, esta totalidade dispersa e disseminada de zonas erógenas, incomunicáveis entre si, constitui o registro originário do corpo, denominado de corpo auto-erótico. Mencionado anteriormente, este território corporal seria regulado pelo princípio do prazer, que sobrepujaria o originário princípio do Nirvana. Assim, a

pulsão de morte e o princípio do prazer regulariam o circuito da pulsão, constituído com a efetiva intervenção do outro.

Na *interpretação dos sonhos*, Freud (1900)⁶⁸ refere à experiência alucinatória do desejo, que constituiria o registro originário do corpo autoerótico. Neste sentido, o psiquismo começa a se esboçar de maneira precisa, integrado organicamente ao registro autoerótico do corpo. Isso é possível pelo fato de ocorrer a incorporação, que aqui proponho como o mecanismo constitutivo do corpo autoerótico e da sua forma de subjetivação correspondente. Isso porque é pela incorporação que a força pulsional toma corpo de forma literal, ou seja, se materializa como corporeidade.

Através da transformação da atividade em passividade e pelo retorno sobre o próprio organismo, a força da pulsão se faz corpo pela construção de diversos territórios auto-eróticos, de forma dispersa e disseminada.

A forma de subjetivação a que faço alusão é a do eu real originário, que seria a formação psíquica correspondente à passagem crucial na economia da pulsão, por meio da qual a força da pulsão está marcada pelo investimento erótico do outro. Caracterizado pela pontualidade e pela dispersão, o eu real originário estaria nas diferentes corporeidades autoeróticas. No seu ser não existiria no eu real originário qualquer separação espacial entre dentro e fora, tampouco entre interior e exterior.

Estas oposições espaciais não existiriam para o corpo autoerótico, tampouco para o eu real originário, em que a marca psíquica e corpórea seria a positivação efetiva destes registros. Assim, a experiência alucinatória do desejo e a incorporação se realizam, tendo como positividade a produção das marcas psíquicas e corpóreas.

Observa-se que os diferentes registros do corpo e do psíquico se constituem ao mesmo tempo numa relação intrincada, que distingue definitivamente os conceitos de força pulsional e circuito da pulsão. Por isso mesmo, em *O eu e o isso*, que é contemporâneo destas transformações cruciais, no que concerne ao discurso, Freud pôde enunciar que *o eu é corporal*. Esta afirmação sublinha de maneira eloquente a articulação de que existiria no discurso freudiano uma

⁶⁸ FREUD, 1900, op.cit.

formulação fundamental, pela qual os diversos territórios de corpo se constituiriam em relações sempre intrincadas com as formas de subjetivação.

O terceiro destino da força da pulsão, descrito em *As pulsões e seus destinos*, é o recalque, denominado por Freud de recalque originário. O autor concebeu a existência de dois tempos e de dois momentos presentes na operação do recalque: o recalque originário e o recalque propriamente dito.

Freud descreveu a existência de uma divisão psíquica, pela qual o inconsciente, como registro psíquico, se diferenciaria da consciência e do pré-consciente, assim como os outros registros psíquicos. Essa separação seria possibilitada pelo recalque originário, que contraporaria a existência de dois sistemas psíquicos, o inconsciente e o pré-consciente-consciência, no qual o primeiro seria regulado pelo processo primário e o segundo pelo processo secundário. O princípio do prazer estaria presente no primeiro, o princípio da realidade regularia o segundo.

Assim, concebe-se outra forma de subjetivação, que passaria a existir diante da oposição entre os registros do dentro e o fora, produzidos pela divisão do princípio do prazer e do princípio da realidade. O primeiro se voltaria para o que Freud denominou de realidade psíquica, enquanto o segundo estaria voltado para a realidade material.

Como nos disse Freud em *A interpretação dos sonhos*, as marcas psíquicas produzidas no aparelho de percepção-consciência, *eu real originário*, seriam, nesta nova forma de subjetivação, colocadas em séries e ordenadas em sequências, caracterizadas pela simultaneidade e pela concatenação. A condensação e o deslocamento seriam os mecanismos psíquicos que realizariam estas ordenações das marcas originárias, constituindo as inscrições psíquicas de forma literal. Essas constituiriam as cadeias de representações psíquicas inconscientes. O inconsciente, como sistema e registro psíquico, se constituiria então dessa forma.

A temporalidade, como sequência e como seriação de acontecimentos, seria engendrada, transformando a dimensão temporal originária do instante. Desta forma, a condensação e o deslocamento passam a trabalhar sobre as marcas psíquicas originárias, sendo essas a matéria-prima. Esse funcionamento só é possível, se tais marcas forem consideradas equivalentes, mas a simultaneidade e a concatenação entre elas impossibilitariam esses procedimentos. O prazer seria o principal critério que permitiria que essas marcas fossem ordenadas, por

simultaneidade e por concatenação, apesar de suas diferenças. A parte e o todo se constituiriam como registros por meio da mediação estabelecida pelo prazer, possibilitando a comparação entre as diferentes experiências criadas pelos diversos eu real originários, lançados numa totalidade orgânica, num processo que teria no prazer o seu critério fundamental de montagem.

Dessa forma a parte passa a representar a totalidade, além de continuar a ser ela própria parcial, participando de dois registros de existência.

No entanto, outra modalidade de território corporal incidirá como sendo o seu correlato. O corpo narcísico⁶⁹, ou o corpo do prazer/desprazer, outra forma de subjetivação. Freud distingue o corpo autoerótico do corpo narcísico, afirmando que esta transformação crucial seria produzida a partir do ato psíquico. Com o advento do corpo narcísico, o corpo como totalidade se ordenaria; partes e o todo estabeleceriam entre si relações intrincadas. Seria apenas o eu narcísico que passaria a representar o corpo como uma totalidade.

Estaríamos diante do registro do eu ideal, no qual o eu se colocaria como sendo o seu próprio ideal, não se submetendo a qualquer outro ideal que não seja ele próprio. Desta forma estamos aqui submersos no irrevogável mundo da onipotência.

A instauração dessa nova forma de subjetivação Freud (1914)⁷⁰ denominou de narcisismo primário, que concebe o corpo como uma totalidade, que se ordenaria pela mediação da imagem totalizante. Essa imagem seria produzida pelo olhar das figuras parentais, que inscreve o infante no registro do eu ideal e da onipotência primária, por um gesto antecipatório enunciado pela *his majesty, the baby*. Esta imagem costuraria e perpassaria as diferentes modalidades de corporeidades autoeróticas, inscrevendo-as numa totalidade unificante.

A formulação do eu ideal como forma de subjetivação, correspondente à separação dos registros psíquicos do inconsciente e do pré-consciente/consciência, pressupõe a instauração da economia do narcisismo. Este, primário, seria o registro corpóreo o equivalente ao eu ideal, que se fundaria sempre no recalque originário.

⁶⁹ Expressão usada por Birman (2003)

⁷⁰ FREUD (1914). (1914). *À guisa de introdução ao narcisismo*. Rio de Janeiro: Imago, 2004. p. 97-131. (Obras completas de Sigmund Freud. Escritos sobre a psicologia do inconsciente, 1911-1915, V. 1).

Outro mecanismo que se faz presente é a introjeção. Através de sua mediação, a imagem unificante e totalizante se constituiria, de maneira que o eu e o corpo se imbricariam como totalizantes de si mesmos. Assim, incorporar e introjetar não seriam mecanismos idênticos, em que a ordem corporal e psíquica são bem diferenciadas.

Freud descreve outra forma de subjetivação, o eu real, que seria regulado pelo princípio da realidade, não se fundando mais nem na hegemonia do fantasma tampouco na do princípio do prazer. Existiria aqui a separação entre os registros do interior e do exterior, como dois mundos distintos e bem discriminados, em que a objetividade como critério diferenciaria devidamente a interioridade *realidade psíquica* e a exterioridade *realidade material*.

Nesse registro, constituir-se-ia no ideal do eu, pelo qual a subjetividade passaria a se regular por algo que a transcenderia e a ultrapassaria. A objetividade como critério diferencial pressuporia a existência do ideal do eu, como regulador cognitivo ético e estético que seria a forma de subjetivação. Isso significa a instauração do *complexo de Édipo* e a constituição da diferença sexual, que marcariam o eu real definitivo. Ser homem e ser mulher seriam então atributos fundamentais do eu real definitivo, nesta forma de subjetivação.

Outro destino da pulsão seria a sublimação, que ofereceria diferentes possibilidades para o retorno do recaiado, na metapsicologia freudiana. A sublimação faria parte da constituição da objetividade, diferenciando-se da interioridade e da exterioridade. Através da sublimação a subjetividade pode aceitar a existência de algo que a transcenda, nos registros éticos e estéticos, correspondendo ao projeto existencial.

O eu realidade se regularia pela temporalidade, como princípio ordenador que seria do mundo. Temos aqui o registro do narcisismo secundário, no qual o ideal do eu retifica as pretensões do eu ideal. Outra ordem corporal estaria aqui em questão, na qual seria a realidade como princípio o que permitiria uma percepção do corpo bastante distinto daquela dotada pelo imperativo do prazer. Não se pode mais dizer aqui, neste novo território do corpo, que é prazeroso o que é meu e que é desprazeroso o que não é meu, pois o eu - corpo em pauta reconhece as marcas do que é prazeroso e do que é desprazeroso.

Através deste registro subjetivante as identificações poderiam se constituir como traços psíquicos referentes à diferença sexual e o Édipo estaria no

seu fundamento. As identificações nada mais teriam a ver com as imagens narcísicas, tampouco com as marcas incorporadas dos objetos primordiais, diferenciando-se tanto das introjeções quanto das incorporações. São constitutivas do eu real, como forma de subjetivação, de uma economia corporal, na qual o prazer não seria mais o único imperativo presente.

Diante do pensamento freudiano, seria impossível considerar o corpo e o psiquismo de maneira separada. A psicanálise ficou circunscrita ao registro das representações psíquicas e dos significantes.

O corpo, no discurso freudiano, seria então uma territorialização do organismo, isto é, uma ocupação e uma colonização, produzida pelo intercâmbio permanente entre a força pulsional e o outro, tendo as diferentes formas de subjetivação. Vale ressaltar que não existiria um corpo sem psiquismo e vice-versa, na concepção freudiana, registros complementares, na luta trágica reiniciada da vida contra a morte. A vida é a marca de Eros, como sua condição de possibilidade, que se contraporía à morte iminente, anunciada pela força constante da pulsão, na sua insistência.

Assim, diferentes modalidades de territórios corporais estariam sendo permanentemente constituídos, ao lado de suas correlatas formas de subjetivação, justamente porque a pulsão seria uma força constante. Isso quer dizer que tudo o que foi descrito não se restringiria ao infante, mas se produziria o tempo todo, na medida em que a pulsão como força constante impõe a exigência de trabalho ao outro como imperativo, o que implica ainda afirmar que o corpo seria marcado pela mobilidade permanente, não obstante o fato de que, pelos critérios narcísicos do eu, a subjetividade não possa reconhecer esta mobilidade que seria constitutiva da corporeidade.

Contudo, a leitura freudiana do corpo, articulado sempre com as formas de subjetivação, possibilitou também a análise do dualismo cartesiano, como se viu. Sem essa análise, o conceito de corpo em psicanálise não poderia ser diferente do conceito de organismo. Através da análise do dualismo cartesiano o pensamento freudiano pôde construir uma leitura original do psiquismo, como forma de subjetivação, podendo empreender uma outra leitura do corpo como territorialização do organismo.

Como já vimos, Freud havia trabalhado a formação do eu através do narcisismo, na teoria do eu e de suas relações com os objetos. No texto *Sobre o*

narcisismo: uma introdução, (1914/1996), o autor evocava um narcisismo primário, autoerótico, em que todos os investimentos libidinais estavam dirigidos ao eu, sem que este eu ainda estivesse constituído, e que se constituiria, justamente, destes investimentos. Um segundo momento seria o do narcisismo secundário em que a energia libidinal depositada nos objetos retornaria ao eu através de um movimento de reversão da libido. Assim, podemos entender que o narcisismo é o fundador do eu, aquele que vai proceder às identificações no complexo de Édipo, e que permitirá ao sujeito uma imagem de totalidade em relação ao seu corpo.

Lacan⁷¹, sucessor de Freud, forjou o conceito de estádio do espelho, para enunciar a constituição do eu narcísico e do corpo unificado, como contrapartidas que seriam para o corpo fragmentado do autoerotismo.

O autor vai trabalhar o narcisismo freudiano através do que ele chamou o estádio do espelho, momento coincidente com o primeiro tempo do Édipo lacaniano. Ele faz uso da metáfora do espelho para explicar como o eu se constitui de imagens, de imagens fora dele, na superfície do espelho. Assim, o eu se constitui a partir de um outro especular, de uma imagem completa, que cria no eu a convicção de totalidade. É justamente esta operação imaginária que possibilita ao ser humano não se considerar apenas um punhado de órgãos, que lhe dá a experiência da unidade, da consistência, fundamentais para poder se relacionar com seus semelhantes sem risco de perda da integridade psíquica. Em contrapartida, essa operação aliena o sujeito no outro, sede da ambivalência que o dividirá de forma radical. Nicolau afirma que:

Uma das coisas que se pode dizer do corpo é que ele é uma substância gozante. No sentido do gozo, ter um corpo resulta de um imaginário diferente do especular, esse que faz com que o sujeito atribua a si próprio uma imagem que, na verdade, vem do outro como configurada em sua totalidade. Ao investir prematuramente nessa imagem, o homem fica aprisionado por ela, que não é sua, mas do outro semelhante. A importância desta imagem explica a relação que o homem mantém com seu corpo, uma relação imaginária, que o apreende.⁷²

⁷¹ LACAN, J. O Estado do Espelho e sua função na formação do Eu. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1949.

⁷² NICOLAU, R. Corpo e Gozo. *Revista A' Linha, Psicanálise & Transmissão*, n. 2, p. 7. 2001.

O estádio do espelho funcionaria como uma matriz simbólica, a *imago* primordial, por onde se instaura a ordem simbólica. Nesse momento do ensino de Lacan, a ordem simbólica é tributária desta matriz, pois somente a partir da significação produzida por essa última será possível ao homem se constituir como corpo significado, isto é, inserir o corpo na linguagem.

Desse modo, a ordem simbólica opera pela assunção imaginária do eu, e quando isto não ocorre o que se tem são os efeitos brutos de um imaginário não constituído, sem ordenação significante, o corpo é puro corpo, em toda a sua dimensão escatológica. Podemos dizer que o imaginário põe véus sobre o real sustentado no simbólico.

A partir de 1966 Lacan já apontava em suas formulações um novo estatuto para o simbólico. Soler⁷³ cita o *Seminário A lógica da fantasia*⁷⁴ e o texto *A posição do inconsciente*⁷⁵ para localizar esta virada em relação ao simbólico. A estes dois textos nós somamos um terceiro: *Do Trieb de Freud e do desejo do psicanalista* de 1964⁷⁶. Neles, o que está em jogo é a idéia de que o desejo não pode ser capturado todo pela linguagem, portanto, que no simbólico falta um significante e que “o desejo é desejo de desejo, desejo do Outro [...] submetido à Lei”⁷⁷.

A lei à qual o significante está submetido é a lei da castração, é antes a *assunção da castração que cria a falta pela qual se institui o desejo*⁷⁸, porque “a lei está a serviço do desejo que ela institui pela proibição do incesto”⁷⁹. Mas esta lei não é propriamente a da ameaça de castração. Lacan teria tentado diferenciar o mito edípico da estrutura da linguagem fazendo com que de um lado estivesse a castração na linguagem que nos remeteria à *falta real de um significante capaz de nomear o desejo feminino* e de outro a ameaça de castração como *uma falta imaginária, fantasia edípica, que antes encobre a falta real do que a revela*⁸⁰.

⁷³ SOLER, C. "Los diagnosticos", In: *Freudiana*, n. 16, Catalúnia, Escuela Europea de Psicanálisis/ Ediciones Paidós, 1996, p. 21-33.

⁷⁴ LACAN, J (1967) Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: LACAN, J. *Outros Escritos*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p. 248-264.

⁷⁵ LACAN, J.. (1957-1958). *O Seminário*. Livro 5: As formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

⁷⁶ _____. (1964). Do "Trieb" de Freud e do desejo do psicanalista In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

⁷⁷ Ibid, p. 866.

⁷⁸ LACAN, J., 1964, loc. cit.

⁷⁹ LACAN, J., 1964, loc. cit.

⁸⁰ COELHO DOS SANTOS, T. As estruturas da psicose: transferência e interpretação em casos-limite. *Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, n. 30, p. 45-73, 1998.

Tendo a linguagem como estrutura, Miller⁸¹ esboça que esta falta é um dado da estrutura, falta fundamental em torno da qual o sujeito se organiza. Se à estrutura falta algo, como poderíamos conceber o simbólico sem buracos? Assim, não só o simbólico *cria buracos no real, como também ele mesmo tem seu buraco irreduzível*⁸².

Soler vai dizer que este buraco é tamponado pela fantasia, *há algo, de uma só vez imaginário e real, na fantasia que pode cumprir a função de tampão*⁸³. Tomando o simbólico como não todo, e sendo esta uma condição da estrutura, temos que admitir que isto ocorre tanto para a neurose quanto para a psicose.

A doença à luz da psicanálise ratifica o corpo em sua positividade, não o reduzindo ao registro do biológico, mas assumindo-o como sexual e pulsional, como construído no regime autoritário que o retira da ordem autoerógena, mergulhando-o nas malhas do social, do outro. A clínica psicanalítica põe em questão a participação do sujeito na doença, visando a operar uma interrogação em relação ao seu lugar frente a si mesmo a partir da construção de possibilidades de ressignificação do adoecer orgânico na experiência do corpo erógeno, além do corpo biológico doente que se torna consistente através de uma manifestação devastadora que rompe o silêncio dos órgãos.

O corpo em psicanálise está para além do organismo-máquina devassado pela ciência. O corpo biológico não é dado desde o nascimento, mas construído nas primeiras relações com a mãe, que, ao cuidar de seu filho, marca-lhe o corpo libidinalmente, à medida que o deseja e lhe atribui significados. O corpo do *infans* vai deixando de ser um simples organismo biológico e vai sendo humanizado, marcado pela energia sexual e pelo desejo, e dele o indivíduo vai se apropriando, ou não. E é desse corpo pulsional, erógeno, que se trata em psicanálise, corpo marcado, em última instância, pela linguagem e pela falta, cuja satisfação é sempre incompleta, desencaixada, o que mantém o sujeito como eterno desejante. Desejo de muitas expressões, muitas roupagens, e que só finda com a morte do organismo.

Corroborando a discussão, Lacan⁸⁴ menciona que um corpo pulsional é visto de forma diferente daquele ao qual a ciência médica se dedica: corpo

⁸¹ MILLER, J. A.. *Matemas II*. Buenos Aires: Ed. Manantial, 1994.

⁸² SOLER, 1998, op. cit., p. 27

⁸³ *ibid*, p. 28.

⁸⁴ LACAN, J. *Os Escritos Técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

organismo, matéria reativa, máquina cujas falhas podem ser estudadas, examinadas, manipuladas, medicadas, enfim, compreendidas pelo cientista.

Valas⁸⁵ afirma que o corpo biológico não é real, pois o real deste corpo é *pulverizado* à medida que nos aproximamos dele por meios científicos, enquanto em psicanálise, *quando falamos de corpo trata-se do corpo próprio em seu aspecto animal, corpo vivo emparelhado ao gozo através da libido, quer dizer do desejo*⁸⁶. Além disso, trata-se do corpo de um ser falante (*parlêtre*), ele é, também, um organismo que, a partir da incorporação da linguagem, pode ser analisado em três dimensões: o Real, o Simbólico e o Imaginário. Para nos ajudar a pensar, Valas refere que:

Corpo real é a carne viva com sua pulsação de gozo. Aqui o corpo próprio é considerado o Outro radical. Corpo simbólico é o corpo vazio separado de seu gozo pela operação do significante, o gozo se refugia nas zonas erógenas. Esse corpo é o Outro do significante, significante que despedaça o corpo próprio. Corpo imaginário é o que dá forma e consistência de corpo ao vivente antes que se dissolva pela morte⁸⁷.

O corpo é real, não porque é orgânico. O corpo real é o que dá lugar a um vazio não simbolizável, lugar que se constitui como furo no campo das representações.

A psique, estrutura psíquica inconsciente, inundada pela libido, marcada pela linguagem, quando lembrada esvaziada do sujeito se torna objeto da psiquiatria. Como nos diz Lacan (1967): *O que ocorre não é que a ciência se oponha ao sujeito, é que o arranca da linguagem, o expulsa. Cria fórmulas de uma linguagem vazia de sujeito*⁸⁸.

O indivíduo alijado de seu ser pulsional, semicompreendido, dessubjetivado, apassivado pelo saber da ciência, se alia a ela para combater um *mal* que lhe é externo. Não existe furo nesse saber, tudo tem explicação, tudo tem resposta mesmo que vaga, daí a metáfora usada para referir-se à ciência como

⁸⁵ VALAS, P. El cuerpo en la biología, la medicina y el psicoanálisis. *Vectores del acontecer analítico*: Publicación de la Biblioteca Internacional de Psicoanálisis, n. 4/5, p. 5-10, nov./1988.

⁸⁶ Ibid, p. 7.

⁸⁷ Ibid, p. 7-8.

⁸⁸ LACAN, J. (1967) Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: _____. *Outros Escritos*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p. 248.

*conhecimento paranoico*⁸⁹. Retirar o sujeito da linguagem significa negar a sua dimensão inconsciente, aquela que nos traz o mal-entendido.

Em psicanálise o corpo é tomado pela pulsão desde o início da vida. Antes da entrada da linguagem, podemos pensar, em termos puramente lógicos, que se trata do corpo todo, não castrado, em estado de gozo. É a partir da intervenção do significante da lei, da metáfora paterna, que haverá um corte e um esvaziamento desse gozo, ou seja, a pulsão passará a ser restrita às bordas corporais, às zonas erógenas. Eis o que diz Miller:

[...] a incorporação da estrutura de linguagem exerce sobre o corpo um efeito preciso, que é a separação do corpo e do gozo, princípio a que se pode chamar sua evacuação, seu esvaziamento, o fato deste gozo estar reservado a certas zonas do corpo, ditas erógenas por Freud. E isso nos conduz a supor o corpo – eu desenvolvi recentemente este tema – como deserto de gozo – o que tem relação com o hieróglifo no deserto⁹⁰.

Como resultado dessa ação significativa ocorre a fragmentação, a desvitalização e a mortificação do corpo. *A incorporação da estrutura tem um efeito mortífero, mas o gozo, ao contrário, é uma função vital [...] a linguagem mata o corpo [...] a articulação significativa mesma é fragmentadora para o corpo*⁹¹.

Não se trata, portanto, do corpo como um simples organismo da natureza, mas de um efeito de linguagem, marcado pelo Outro. Daí não podemos pensar, em psicanálise, na separação soma/psique, como o faz a ciência médica. Diante da Psicanálise e da Medicina o corpo tem resposta, pois o significante não tem como abarcar, dar sentido a tudo que vem do real, ou seja, lidamos com o furo no saber, diferente do saber da ciência que exclui aquilo que não é objetivo.

No contexto, o organismo (somático) e as representações do corpo (a biologia e a medicina) começam a ceder às pressões da lógica do erotismo, das pulsões e seus destinos e o sujeito-corpo-desejo irrompe pela inflamação do corpo desejante no lugar do corpo-organismo, fazendo falar o sujeito não pela lógica da

⁸⁹ BIRMAN, J. *Corpos e formas de subjetivação em psicanálise*. 2003. Estados Gerais da Psicanálise. Disponível em: http://www.estadosgerais.org/mundial_rj/download/3_Birman_38020903_port.pdf.

⁹⁰ MILLER, J. A. Algumas reflexões sobre o fenômeno psicossomático. In. WARTEL. Roger et al. *Psicossomática e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

⁹¹ MILLER, J. A. *O osso de uma análise*. Salvador: Agente, EBP- Seção Bahia, 1998.

anatomopatologia, porém pela lógica da representação, que subverte o corpo-organismo, possibilitando a construção de uma história rumo à verdade do sujeito.

Portanto, o conceito de pulsão foi o lugar teórico realizado com maior vigor, em que a linguagem, o fantasma e a economia intensiva foram tecidos como amarras conceituais situadas na base e no horizonte de toda a construção teórica em andamento, na medida em que eram as mediações fundamentais para outra leitura do corpo e da subjetividade inaugurados pela psicanálise.

Todavia, do ponto de vista psicanalítico, o corpo é concebido não somente como um corpo biológico, mas também como corpo erógeno, disponível e habitado por pulsões. Este corpo, que se presta à ação das pulsões, é um corpo plástico, capaz de se servir para finalidades diferentes quanto à economia psíquica. Nicolau nos ajuda, a entender essa noção de corpo em psicanálise quando diz:

A psicanálise é entre outras coisas, uma experiência de pensar o homem *entre* os corporais e os incorporais, o infinito e o finito, humano e o inumano, trazendo a idéia de um estatuto do corpo que não se traduz unicamente a sua existência enquanto ente assujeitado ao natural nem a dominação simbólica [...]. O sintoma orgânico, que é vivenciado como sensação corporal, pode ser pensado como um transbordamento, como uma via que permite uma descarga, [...] ⁹².

Por meio das palavras da autora pode-se pensar no corpo pulsional, localizado entre o somático-psíquico e o corpo erógeno, o que corresponderia ao duplo do corpo biológico. Por esta razão, é preciso considerar a existência de uma dupla via corporal: sintomática e epistemo-somática ⁹³. Compreender essa dupla via corporal ganha relevância no momento em que precisamos conduzir o tratamento. Para isso, é necessário saber distinguir a falha epistemo-somática das manifestações corporais de ordem sintomática, para que se possa responder à questão desse estudo.

Percebe-se, então, a importância de levantar a questão dessas duas afecções corporais que, apesar de se manifestarem no corpo, obedecem a lógicas diferentes.

⁹² NICOLAU, R. F. A angústia e sua relação com o corpo que adocece. *Revista do Laboratório de Psicanálise da UFC*, Fortaleza, v. 1, p. 23. 2000.

⁹³ Expressão inaugurada por Lacan para se referir aos fenômenos psicossomáticos. Para ele, esses fenômenos refletem uma falha no saber, na própria cadeia de significantes.

4 A DUPLA VIA DO CORPO: CONVERSÃO HISTÉRICA OU FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO?

*Meu corpo não é meu corpo, é ilusão de outro ser. Sabe a arte de esconder-me e é de tal modo sagaz que a mim de mim ele oculta.*⁹⁴

4.1 SINTOMA EM FREUD

Nas *Conferências Introdutórias*, Freud⁹⁵ se refere aos sintomas neuróticos como manifestações que comportam um sentido, como as parapraxias e os sonhos, e como estes têm uma conexão com a vida de quem as produz. No mesmo texto, com a finalidade de elucidar de forma mais compreensível, Freud ilustra uma variedade de formas clínicas estudadas, como a histeria e a neurose obsessiva, para se referir aos sintomas. Em *Os Caminhos da formação dos sintomas*⁹⁶, Freud prossegue dizendo que de algum modo, o sintoma repete uma forma infantil de satisfação, deformada pela censura, que advém de um conflito. A satisfação é, via de regra, transformada em uma sensação de sofrimento, mesclada com elementos provenientes da causa precipitante da doença.

Mais tarde, em *Inibições, Sintoma e Ansiedade*, Freud⁹⁷ define sintoma como um substituto de uma satisfação pulsional, de algo que foi afastado pelo recalçamento⁹⁸, indicação de um retorno do recalçado, decorrente de conflitos entre o eu e as pulsões. Estas, por sua vez, movimentam o aparelho psíquico, procurando

⁹⁴ ANDRADE, Carlos Drummond de. *Corpo*. 6.ed. Rio de Janeiro: Record, 1985.

⁹⁵ FREUD, S. (1916-1917a). Conferência XXII: os caminhos da formação dos sintomas. Rio de Janeiro: Imago, 1996. 361-377 (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 16).

⁹⁶ FREUD, S. (1916-1917b). Conferência XXIII: os caminhos da formação dos sintomas. Rio de Janeiro: Imago, 1996. 361-378 (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 16).

⁹⁷ FREUD, S. (1926). *Inibições, Sintoma e Ansiedade*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 20).

⁹⁸ Mecanismo de defesa próprio das neuroses, que resiste à ação das pulsões, impedindo a descarga total de energia e garantindo a autoconservação do Eu (FREUD, (1915b). O Recalque. In: _____ *Obras Psicológicas de Sigmund Freud Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente*. Tradução Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago 2004, v. 1.

sempre a satisfação, o alívio de tensão e, para isso, precisa descarregar uma certa quantidade de energia. Essa energia tem vários destinos e, de acordo com Freud (1915d)⁹⁹, um deles é o recalque. Então, o sintoma, em sua essência, é produto do recalque e só existe por conta dele.

Ainda com relação à pulsão, no mesmo texto, Freud salienta que toda a pulsão necessita de um objeto para sua satisfação. No caso do sintoma de conversão, o objeto de satisfação é o corpo, que se presta à formação do sintoma e carrega consigo uma representação. Nesse caso, o corpo é complacente à pulsão, entregando-se a ela. Já no que tange à neurose obsessiva, o objeto da pulsão é o pensamento.

Ao falar de sintoma, Freud geralmente estava se referindo ao sintoma histérico, o que não nos surpreende. É que o nascimento da Psicanálise, entendida como uma clínica da transferência, deve em muito a esta característica particular do sintoma histérico: ser uma fala sintomática- atuações, sonhos, sintomas, destinadas ao analista.

O sintoma para Freud (1905)¹⁰⁰ é representação de uma fantasia sexual. Ele reencena, de forma distorcida, uma fantasia que dói, alvo de recalque, mas que permaneceu atuante no inconsciente.

Em uma de suas conferências, Freud (1916) assinala que:

Ademais, devemos lembrar que os mesmos processos pertencentes ao inconsciente têm seu desempenho na formação dos sintomas, tal qual o fazem na formação dos sonhos, ou seja, condensação e deslocamento.¹⁰¹

Nota-se então que no sintoma, numa analogia ao sonho, os mecanismos da condensação e do deslocamento em ação fazem com que a fantasia que foi recalçada seja expressa de uma forma modificada.

O autor prossegue dizendo que: *Quando uma organização psíquica semelhante a uma doença durou algum tempo, ela termina por funcionar como um*

⁹⁹ FREUD, S. (1915d), op cit.

¹⁰⁰ FREUD, S. Fragmento da análise de um caso de histeria. In: _____. (1905a). Fragmento da análise de um caso de histeria. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 44. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 7).

¹⁰¹ FREUD, (1916a), op cit., p. 428.

mecanismo independente [...] ¹⁰². O sintoma adquire uma autonomia e uma estabilidade dentro do aparelho, e passa a ser uma resposta automática para lidar com o conflito. Isso constitui um ganho do sintoma, pois o sujeito já tem uma resposta pronta para o conflito. Uma espécie de motivação inconsciente no sintoma, um benefício auferido pelo fato de se estar doente, a ponto de Freud chegar a falar num desejo de não se curar.

O sintoma tende a se repetir movido por uma compulsão que emana do inconsciente. Eis o que diz Freud (1916): *Ele repete uma forma infantil de satisfação*¹⁰³. Repete algo da ordem de uma masturbação e que, de modo algum, no momento presente é acompanhada de prazer, pois, por obra do recalque, a satisfação é vivenciada agora como uma compulsão a que o sujeito não pode se furtar.

Formando um núcleo dentro do eu, o sintoma revela-se como um “território estrangeiro”, algo enigmático para o sujeito que não o reconhece como fazendo parte dele. Podemos pensar nesse estranho a fala no sujeito como discurso do Outro, o qual o sujeito é obrigado a reproduzir.

Corroborando o pensamento freudiano, vejamos o que Lacan tem a nos dizer sobre o sintoma.

4.2 SINTOMA EM LACAN

Lacan produz novas concepções metapsicológicas que contribuem para o entendimento do sintoma. O conceito de sintoma para Lacan não permanece estável, passa por algumas formulações. No entanto, não pretendo perpassar por toda sua obra sobre o sintoma, apenas mencionar formulações que nos ajudem a pensar a temática proposta.

Em *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise*¹⁰⁴, refere ao sintoma como o “significante de um significado recalcado da consciência do sujeito”,

¹⁰² FREUD, (1916a), op cit., p. 448.

¹⁰³ FREUD, ibid., p. 368.

¹⁰⁴ LACAN, J. (1953). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 282.

sendo um enigma que pode ser decifrado porque mantém a latência significativa que sustenta seu sentido e sua significação. Posteriormente, no seu seminário sobre *A angústia* (1962-1963)¹⁰⁵, conclui que o sintoma não está como o *acting-out*¹⁰⁶, pedindo a interpretação, uma vez que o sintoma, em sua essência, não é um apelo ao Outro, não é o que mostra o Outro. O sintoma em sua natureza é o gozo encoberto. O sintoma não precisa do sujeito como o *acting-out*, ele se basta. Prosseguindo:

É da ordem do que lhes ensinei a distinguir do desejo, como sendo o gozo, quer dizer, algo que vai em direção à Coisa, tendo passado a barreira do Bem [...] quer dizer, do princípio do prazer, e é por isto que este gozo pode se traduzir por um Unlust, [...] desprazer¹⁰⁷.

O conceito de gozo, formalizado por Lacan, abrange a ideia de excesso, daquilo que está para além do princípio do prazer, associado à pulsão de morte, que foi atribuída por Lacan como uma pulsação de gozo que insiste na repetição da cadeia de significante inconsciente. Aliás, no *Seminário 11*, Lacan (1964)¹⁰⁸ aponta para a ideia de inconsciente estruturado como linguagem, a partir de uma rede de significantes na qual um significante representa o sujeito para outro significante. O sujeito aparece no intervalo entre esses significantes, na falha do discurso. Assim, o sintoma representa o sujeito. Entretanto, não podemos esquecer que o sujeito lacaniano não se refere ao Eu freudiano. O sujeito que aqui se fala é o sujeito do inconsciente, do desejo.

A concepção de sintoma como gozo é concebida como forma de satisfação. De uma forma paradoxal o gozo é sentido como um sofrimento intolerável, em que o local por excelência do gozo é o corpo, o inconsciente goza no corpo. Um excesso que transborda, mas que nem sempre é patológico. É importante ressaltar que o gozo circula em um lugar fixo e retorna sempre ao mesmo lugar.

Em 1953, Lacan realiza uma conferência onde enuncia os três registros da realidade humana: o imaginário, o simbólico e o real, constituindo, assim, o

¹⁰⁵ LACAN, J. (1962-1963). *O Seminário*. Livro 10: A Angústia. Recife: Centro de Estudos Freudianos de Recife, 2002. Publicação interna.

¹⁰⁶ “Busca da verdade, imita aquilo que não se pode dizer por falha de simbolização” CHEMAMA, R; VANDERMERSCH, B. *Dicionário de Psicanálise*. São Leopoldo, RS: Ed. da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), 2007., p. 20).

¹⁰⁷ LACAN, J. (1962-1963), op. cit. p. 134.

¹⁰⁸ Id. (1964). *O seminário*, Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar Rio de Janeiro, 1992.

marco do seu sistema metapsicológico. Levando em consideração os três registros, podemos dizer que o gozo do sintoma está localizado no registro do simbólico, uma vez que é fálico, nortado pelo falo, pelo recalçamento, que impede a realização do gozo mortífero.

Mas foi como uma manifestação do inconsciente que Lacan retomou o conceito de sintoma. Assim, como o lapso, o chiste e o sonho, que são formações do inconsciente estruturado como uma linguagem, o sintoma é construído por metáfora e metonímia, obedecendo deste modo às características de um significante. Lacan (1953) refere que: [...] *o sintoma se resolve por inteiro em uma análise de linguagem, porque ele mesmo está estruturado como uma linguagem, porque é linguagem cuja palavra deve ser liberada*¹⁰⁹. O sintoma é um significante que veio ocupar o lugar do significante recalçado, é uma metáfora.

Tomado como um significante, o sintoma será o *Um* a se repetir na cadeia, ele ocupará sempre um mesmo lugar nesta cadeia, ainda que se apresente de formas diferentes. O sujeito será portador do sintoma, mensagem cujo sentido ele desconhece, e é endereçado a um Outro.

Nos seguintes termos, Lacan refere novamente o fato de o sintoma ser um fenômeno de linguagem: *O sintoma neurótico desempenha o papel da língua que permite exprimir o recalque*¹¹⁰. O sintoma pertenceria a uma espécie de dialeto que o neurótico formula para veicular o retorno do recalçado, trazendo de volta um passado da fala do sujeito.

O sintoma está no simbólico, e é esta faceta do sintoma que exploramos em nossa pesquisa, pois tratamos da histeria, daquela que instituiu a “cura pela fala” e exigiu de Freud que a deixasse falar livremente, tal é a prevalência do simbólico na histeria. Além do mais, o sintoma histérico é um substituto simbólico a uma fantasia, resposta simbólica e uma falta imaginária do Outro.

Não se pode deixar de mencionar que Lacan também vai falar, a respeito do sintoma, que ele está no real. Lacan, em 1974, no texto *La Troisième*¹¹¹, profere: *Chamo de sintoma aquilo que vem do real. Isso quer dizer que apresenta como um peixinho voraz cuja boca não se fecha senão ao se colocar sentido entre*

¹⁰⁹ LACAN, J. (1953). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

¹¹⁰ LACAN, J.. (1955-1956). *O Seminário*. Livro 3: As Psicoses. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

¹¹¹ LACAN, Jacques. *A terceira*. Texto apresentado pelo autor no Congresso de 1974 em Roma, Traduzido por: Élide Valarini. [s.l.]: [s.n.], 1974. 16 p. Tradução de: *La troisième*.

os dentes. O sintoma seria o que o sujeito tem de mais real, sendo sua própria natureza e o que interroga por um sentido.

Nessa linha o autor propõe o termo *Le sinthome*¹¹², para indicar um quarto círculo no nó borromeu, representando o sintoma como aquilo que não deve ser dissociado do sujeito, algo que deve ser modificado mas não arrancado do sujeito, por ser fundamental em sua estrutura, como para Joyce¹¹³.

O sintoma consiste numa formação de compromisso entre o desejo e defesa, ou seja, é a solução encontrada pelo neurótico para lidar com um conflito psíquico, garantindo assim uma satisfação substitutiva para o desejo que foi recalçado, ou um gozo parcial, em que é preferível uma satisfação parcial a enfrentar um gozo que se supõe ser terrível figurado como morte ou loucura. O neurótico fabrica seus sintomas para fazer a este gozo do Outro. Mas o que seria esse gozo?

O gozo equivale à energia psíquica que o inconsciente utiliza para trabalhar, o que pode ser situado muito próximo do conceito freudiano de libido. O gozo, da mesma forma que a libido, é passível de ser investido, tem a característica de aderir às representações e pode ser acumulado. O seu local por excelência é o corpo. O corpo inconsciente goza no corpo. Segundo Nasio:

[...] o gozo faz-se ouvir por atos cegos, sejam eles ações produtivas, quando um pintor cria, fora de si, sua tela ou ações destrutivas, como a do motorista que roçou a morte. Mas, em todos os casos, são atos em que o sujeito é apenas corpo, ou [...] em que o corpo toma tudo; o sujeito não fala nem pensa¹¹⁴.

O conceito lacaniano de gozo envolve uma noção de transgressão e excesso, e se expressa enquanto a satisfação da pulsão de morte, encarada como vontade de destruição. *Vontade de recomeçar com novos custos e de Outra coisa*¹¹⁵.

¹¹² Antiga grafia francesa.

¹¹³ Em seu seminário *Le Sinthome* (1975-1976), Lacan surpreende o público com uma inusitada combinação teórica, a obra do escritor James Joyce e a teoria matemática da topologia, em particular o estudo dos nós, e destaca a formulação do nó Borromeu a quatro, cujo quarto aro constitui o sinthoma, noção da clínica lacaniana.

¹¹⁴ NASIO, J. D.. Cinco lições sobre a Teoria de Jacques Lacan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993a, p. 42

¹¹⁵ LACAN, J. (1959-1960). *O Seminário*. Livro 7: A ética da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988. , p. 259.

Isto quer dizer que o gozo visa ao reencontro impossível e proibido de *Das Ding*, de outra coisa, busca renovada a cada decepção com os objetos que aparecem e se mostram para o sujeito, que não coincidem com a Coisa, apresentando apenas traços dela. Além disso, significa também que o gozo anima a repetição, ou seja, é a energia da qual a repetição se serve, quando esta engendra os objetos visando à Coisa. Nesta empreitada, tem por objetivo recuperar o que é pago em forma de gozo. A repetição pode ser definida como sendo gozo à procura incansável de mais gozo. Lacan refere que:

Das Ding é originalmente o que chamaremos de fora-do-significado. É em função desse fora-do-significado e de uma relação patética a ele que o sujeito conserva sua distância e constitui-se num mundo de relação, de afeto primário, anterior a todo recalque¹¹⁶.

Lacan coloca *Das Ding* no centro do mundo subjetivo organizado em relação ao significante, no centro do psiquismo e ao mesmo tempo no exterior.

Das Ding, esta primeira referência no mundo externo, foi objeto original, o Outro absoluto, que o sujeito conseguiu nomear e destacar de si mesmo. É em direção a ela que o desejo orienta um significante após outro, os quais nunca serão a Coisa. Não existe um significante que represente, ou palavra que a nomeie, ela permanece no horizonte, na condição de *bem supremo e inacessível*, a que todos aspiram e almejam avidamente. Visa à direção da ação específica da satisfação do desejo. Enquanto Outro absoluto do sujeito, a Coisa se manterá além dos objetos do mundo, ela constituirá uma miragem, algo inalcançável e na condição de um polo atrativo do desejo.

Se levarmos para a histeria, por exemplo, a Coisa servirá de suporte a uma aversão. Toda meta da histeria compreende a reprodução de um estado de insatisfação, ordenado pelo objeto que se distingue por ser aversivo. Dora sentiu repugnância ao ser beijada pelo Sr. K, contrariando as expectativas de que tal contato com alguém estimado fosse agradável. É por isso que se diz que o desejo na histeria é desejo de insatisfação, pois, encontrando o que deseja, ela não o quer mais, repudia-o com veemência.

¹¹⁶ LACAN, J. (1959-1960), op. cit., p. 71.

Na histeria, assistimos sempre à repetição dessa específica relação com o objeto, e assim nada irá satisfazer ou contentar nesse engendramento de objetos aversivos comandado pela Coisa. O Objeto mítico de reivindicação por parte da totalidade dos homens, a Coisa é o ideal, o Objeto em última instância, procurado no funcionamento do princípio do prazer. Constituindo a falta na qual este princípio esbarra, ela se mantém para além das representações possíveis, pois há uma lei em vigência e operando de forma plena. O que a lei da castração proíbe de certa forma é justamente o gozo da Coisa.

O sujeito, ao afinal, tem que se contentar com um gozo parcial e irrisório dos bens possíveis ao seu alcance, e o encontro com a Coisa está vetado, uma vez que, se enlaçar a ela, seria mergulhar de cabeça no horror do incesto, no vazio, em que o sujeito se consumiria e seria engolido por inteiro, não sendo mais nada, nem mesmo sujeito, apenas um pedaço de carne sem vida.

No seminário 7 (1959-1960) Lacan¹¹⁷ retoma a carta 52 de Freud a Fliess, em que o sintoma histérico aparece não como uma descarga, mas como uma ação. Lacan nos confia que a essência da ação do sintoma histérico é reproduzir o estado inicial, reencontrar *Das Ding*. Desta forma, podemos compreender o sintoma histérico como uma recriação em torno de um objeto perdido. O que está em questão na neurose histérica é o Outro como *Das Ding*. Esse Outro pré-histórico, impossível de esquecer, de acordo com Freud na sua carta.

A histérica faz sintoma diante daquilo que, por estrutura, se coloca para todo sujeito, ou seja, a falta do objeto.

Feitas estas observações sobre o sintoma, vejamos agora a conversão histérica que é da ordem do sintoma e de grande relevância em nosso estudo.

4.3 HISTERIA DE CONVERSÃO

¹¹⁷ LACAN, J. (1959-1960), op. cit.

No que se refere à histeria, Freud¹¹⁸, adotando firmemente os preceitos de Charcot, concebe-a como sendo uma neurose fundamentada em mudanças fisiológicas do sistema nervoso, sintetizando sua visão nos seguintes termos:

Os sintomas de afecções orgânicas, como se sabe, refletem a anatomia do órgão central e são as fontes mais fidedignas de nosso conhecimento a respeito dele. Por essa razão, temos de descartar a idéia que na origem da histeria esteja situada alguma possível doença orgânica [...]¹¹⁹.

Observa-se que, de certo modo, o autor não atrela a causa da histeria aos acontecimentos de origem orgânica, aludindo que tais alterações ocasionadas não possuem um caráter permanente.

Desta forma, para possibilitar a nossa compreensão do fenômeno de conversão faz-se necessário retomarmos certos conceitos da teoria freudiana, alguns já mencionados.

Em *Comunicação Preliminar*, Freud (1893b)¹²⁰, ao investigar a origem dos sintomas histéricos crônicos, como os sonhos, a auto-hipnose e os afetos, verificou que estes estariam relacionados com a disposição e os resultados dos traumas absolutos. Tratava-se de um mecanismo normal ao qual deu o nome de deslocamento, devido, em parte, ao longo de uma vida normal de somas de excitação que não foram dissipadas.

Desse modo, ao apontar os traumas absolutos como causa da histeria, Freud alude que toda a sua sintomatologia, de fato, seria decorrente de conflitos de ordem psíquica.

O fenômeno histórico é a porta por onde o Freud neurologista se abre para a psicologia. Veja o que diz:

Tentarei mostrar que pode haver modificação funcional sem lesão orgânica concomitante, ou, ao menos, em outras palavras, darei um exemplo adequado de modificação de uma função primitiva; e, com essa finalidade, somente peço permissão para passar à área da

¹¹⁸ FREUD, S. (1893a). *Estudos Sobre a Histeria*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 3)

¹¹⁹ Ibid, p. 85.

¹²⁰ Id. (1893b). *Esboços para a "comunicação preliminar"*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 1).

psicologia, que dificilmente se pode evitar, em se tratando de histeria¹²¹.

Os conhecimentos neurofisiológicos não eram suficientes para explicar as conversões somáticas das histéricas. Freud afirmou que:

A lesão nas paralisias histéricas deve ser completamente independente da anatomia do sistema nervoso, pois, nas suas paralisias e em outras manifestações, a histeria se comporta como se a anatomia não existisse, ou como se não tivesse conhecimento desta. Essa constatação introduz o aspecto subjetivo já que a percepção da realidade para histeria toma os órgãos pelo sentido comum, popular, dos nomes que eles têm: a perna é a perna até sua inserção no quadril, o braço é o membro superior tal como aparece visível sobre a roupa¹²².

O aspecto psicológico tem um outro componente que será fundamental para o desenvolvimento de uma técnica de abordagem clínica da histeria em que:

Todo evento, toda impressão psíquica é revestida de uma determinada carga de afeto (Affektbetrag) da qual o ego se desfaz, seja por meio de uma reação motora, seja pela atividade psíquica associativa. Se a pessoa é incapaz de eliminar esse afeto excedente ou se mostra relutante em fazê-lo, a lembrança de impressão passa a ter a importância de um trauma e se torna causa de sintomas histéricos permanentes¹²³.

Neste momento teórico, a prática clínica era soberana e isso imprimia uma visão mais fluida e unitária do acontecer psíquico. Todos os eventos psíquicos têm uma carga afetiva. A lembrança de um evento, ou seja, sua representação se encontra sempre ligada a um afeto, que deve ser descarregado. Os afetos quando não descarregados são os motores dos conflitos psíquicos. A definição de afeto desde o início da teoria freudiana é que ele é algo que se descarrega para manter o equilíbrio do aparelho psíquico.

O conceito de conversão histérica encontra-se presente nas primeiras formulações de Freud que lhe permitiram abandonar qualquer psicopatologia baseada na ideia de degenerescência, ao se desvincular de Pierre Janet (1859-

¹²¹ FREUD, S. (1893a), op. cit., p. 213.

¹²² Ibid, p. 212.

¹²³ Ibid, p. 215.

1947)¹²⁴. O conceito de conversão ocupa um lugar importante nas concepções psicopatológicas desenvolvidas por Freud entre 1893 e 1896, que permitem delinear e organizar o campo das psiconeuroses.

Nas “neuropsicoses de defesa” Freud (1894)¹²⁵ analisa que uma representação incompatível com a consciência perde a força quando é desligada de sua soma de excitação. Em relação ao mecanismo do sintoma histérico, Freud refere que uma representação incompatível é tornada inócua pela transformação de uma soma de excitação em algo corporal. Esse mecanismo Freud denominou de conversão. Assim, um conflito desprazeroso para a consciência converte-se num sofrimento corporal. A conversão significa a passagem de uma energia do domínio psíquico para um outro, que é somático. De acordo com Freud, os sintomas histéricos podem ser versáteis como: dores, formigamentos, paralisias, cegueiras, surdez, gagueira, afonia, crises convulsivas, pseudociese e anorexia.

Partindo das suas observações clínicas, Freud fala das ideias excessivamente intensas que acarretam descargas de afeto, conversões e substituições. Esses fenômenos levaram a uma concepção geral da excitação neuronal como qualidades em fluxo que ele designou Q e definiu sua principal funcionalidade. Freud (1895a) vai dizer que: *Esse é o princípio da inércia neuronal, os neurônios tendem a se livrar de Q*¹²⁶. Prosseguindo, o autor afirma que:

a princípio, os esforços dos aparelhos tinham o sentido de mantê-lo tão livre de estímulos quanto possível; conseqüentemente, sua primeira estrutura seguia o projeto de um aparelho reflexo, de modo que qualquer excitação sensorial que incidisse nele podia ser prontamente descarregada por uma via motora¹²⁷.

Freud em seu “Projeto” descreve de um ponto de vista mais neuronal este mesmo processo em que o enchimento dos neurônios impermeáveis terá como resultado um acúmulo energético que levará a uma propensão à descarga, fazendo essa urgência ser liberada pela via fisiológica. O primeiro caminho a ser seguido é a alteração interna (expressão das emoções, gritos e inervação vascular).

¹²⁴ Discípulo de Charcot

¹²⁵ FREUD, S. (1894). *As neuropsicoses de defesa*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 3).

¹²⁶ Id. (1895a), op. cit., p. 348.

¹²⁷ Id. (1900) op cit., p. 549.

Para o autor a alteração interna se compõe da expressão das emoções; gritos e enervação vascular, numa conjugação do fisiológico com o emocional. Mas essa descarga não produz um resultado de alívio já que o estímulo endógeno permanece e, portanto, o acúmulo energético também. O estímulo só pode ser abolido se algo suspender provisoriamente a pressão dessa energia no interior do corpo e isso é possível através de uma alteração no mundo externo (fornecimento de víveres, aproximação do objeto sexual), que, com ação específica, só pode ser promovida de determinadas maneiras. Freud, prossegue dizendo que:

O organismo humano é, a princípio, incapaz de promover essa ação específica. Ela se efetua por ajuda alheia, quando a atenção de uma pessoa experiente é voltada para um estado infantil por descarga através de via de alteração interna. Essa via de descarga adquire, assim, a importância da função secundária da comunicação, ou seja, é necessário que aquele que cuida do bebê inicie essa troca. Quando a pessoa que ajuda executa o trabalho de ação específica no mundo externo para o bebê, este fica em posição, por meio de dispositivos reflexos, de executar imediatamente no interior de seu corpo a atividade necessária para remover o estímulo endógeno¹²⁸.

Esse acontecimento a dois leva o nome de experiência de satisfação. A característica desse afeto, já desde esse momento, não é de essência fisiológica e automática. É mediada por um sujeito, um interlocutor externo, que chama atenção do bebê para aquilo que acontece em seu interior, articulando um sentido à expressão afetiva. Desde o início de suas idéias, Freud integra o psíquico, o corpo e o social, através do outro, no desenvolvimento de um organismo diferenciado para o indivíduo psíquico. Incluso nesse processo mãe/bebê, há também um objetivo de constituir identidades que gradativamente vão constituir o Eu. Freud (1900), refere que:

Um componente essencial dessa vivência de satisfação é uma percepção específica (A da nutrição, em nosso exemplo) cuja imagem mnêmica fica associada, daí por diante, ao traço mnêmico da excitação produzida pela necessidade. Em decorrência do vínculo assim estabelecido, na próxima vez em que essa necessidade for despertada surgirá de imediato uma moção psíquica que procurará recatexizar a imagem mnêmica da percepção e reevocar a própria

¹²⁸ FREUD, S. (1895a), op. cit., p. 370.

percepção, isto é, restabelecer a situação da satisfação original. Uma moção dessa espécie é o que chamamos de desejo¹²⁹.

A partir daí, toda vez que aquela necessidade reaparece, surge uma moção que (re)investe a lembrança da percepção. Uma questão que fica é a diferenciação pela nomeação entre imagem mnêmica da percepção e traço mnêmico da excitação. O traço mnêmico da excitação é outra forma de construção da memória, já que é fruto de sensações internas do indivíduo e não tem a mesma consciência das lembranças.

Esse fenômeno basicamente tem caráter não racional, pois pode levar à alucinação e, portanto, trabalha como processo primário. Algum nível desse sentido pré-racional permanecerá presente mesmo enquanto fundido com a lembrança.

Mas Freud continua mais adiante, na mesma página citada acima, resumindo seu pensamento da seguinte forma: *Logo, o objetivo dessa primeira atividade psíquica era produzir uma identidade perceptiva, uma repetição da percepção vinculada à satisfação da necessidade*¹³⁰.

Portanto, a vivência da satisfação produz a união da imagem mnêmica da cena da satisfação e a marca deixada pela excitação vinda da necessidade. Desse processo surge uma organização psíquica que define uma via preferencial que conduz um quanto de energia livre, fixando-o na busca e no (re)investimento da imagem mnêmica da percepção, visando primitivamente à alucinação da satisfação e, num segundo, momento à busca motora para essa satisfação. Essa organização psíquica inicial só pode ser de cunho pré-racional, dado o primitivismo do momento de sua gênese. Esse percurso é atualizado sempre que aquela necessidade específica surge. A energia captada por essa via preferencial é uma moção, ou seja, uma pulsão em ato, agora chamada de desejo. De forma clara, a identidade perceptiva está na concepção de memória para Freud.

Recorrendo ao “Projeto de uma psicologia científica” *a memória está representada pelas diferenças nas facilitações entre neurônios, Ψ* ¹³¹ Mas o que fazer para que essa facilitação ocorra? *Segundo o conhecimento psicológico, a memória de uma experiência (isto é sua força eficaz continua) depende de um fator*

¹²⁹ FREUD, (1900), op. cit., p. 594-595.

¹³⁰ FREUD, (1900), loc. cit.

¹³¹ Id. (1895^a), op. cit., p. 352.

*que se pode chamar de magnitude de impressão e da frequência com que a mesma impressão se repete*¹³². Aqui a questão é vista por um fator econômico e quantitativo. Um dos determinantes desse processo é a intensidade e o outro é a frequência em que se deu.

Do ponto de vista dinâmico, temos outro fator: *quando uma lembrança, ao ser catexizada, causa desprazer, isso em geral se deve ao fato de que, no momento em que ocorreu a percepção correspondente, esta causou desprazer, isto é, fez parte de uma experiência de dor*¹³³..

Diante do exposto, Freud vai se indagar: *Mas como se dá o patológico desse processo já que a dor em si não é necessariamente patológica e suas facilitações estão sujeitas a uma decadência gradativa (esquecimento)?*¹³⁴

Algo acontece para que uma determinada lembrança seja rechaçada - *como resultado da experiência de dor, a imagem mnêmica do objeto hostil adquiriu uma facilitação excelente para esses neurônios-chave, em virtude da qual (facilitação) se libera então desprazer no afeto.*¹³⁵ Esses neurônios-chave são neurônios secretos que quando investidos causam no interior do organismo uma estimulação dos neurônios Ψ gerando um aumento da produção de energia endógena (Q_n) sem que haja descarga. A totalidade dos neurônios Ψ e seus investimentos, num dado momento, correspondem ao que chamamos Eu.

Desta forma, mesmo que haja eventualmente um investimento pouco expressivo de uma determinada memória hostil, isto acarretará uma grande liberação de desprazer, ou seja, de afetos repulsivos, como medo, angústia, agressividade, tristeza, vergonha, etc. *Os resíduos dos dois tipos de experiências [de dor e satisfação] que acabamos de examinar são os afetos e os estados de desejo*¹³⁶

Assim, é certa auto-organização do Eu que marca, através da fixação de uma facilitação, os objetos que são hostis, que geram afetos repulsivos. Evitar esses afetos repulsivos é o objetivo, em última instância, do mecanismo do recalque. Freud afirma, numa carta a Fliess de 02 de maio de 1897 que: *as estruturas psíquicas que,*

¹³² FREUD, . (1895^a), op. cit., p. 352-353.

¹³³ Ibid., p. 436.

¹³⁴ Ibid., p. 437-438.

¹³⁵ Ibid., p. 373.

¹³⁶ Ibid., p. 374.

*na histeria, são afetadas pelo recalque não são, na realidade, lembranças, de vez que ninguém se entrega à atividade mnêmica sem um motivo - mas sim impulsos decorrentes das cenas primitivas*¹³⁷.

Fica claro que nessa ocasião o afeto e a recordação estavam enlaçados. Apesar desses avanços na compreensão do recalque, Freud escreve a Fliess, em 8 de outubro de 1895, dizendo que estava planejando escrever um terceiro caderno que traria do recalque, pois esse item não se encontrava suficientemente claro no que havia escrito até então. Este pensamento o fez rever o que já escrevera, já que as coisas não se encaixavam – *O que ainda não está coerente não é o mecanismo - posso ser paciente quanto a isso - e sim a elucidação do recalque – cujo conhecimento clínico fez grandes progressos em outros aspectos*¹³⁸.

Essa articulação, feita pelo afeto, do neurofisiológico com o psíquico era acompanhada, na esfera clínica, da técnica da catarse. De início, a hipnose acompanhava esse método, que mais tarde foi abandonado por Freud. O afeto aparece no método catártico como a pedra angular de sua teoria. A formação do sintoma histérico teria como base o fato de o afeto permanecer num estado “estrangulado” e a lembrança da experiência, ligada este, seria afastada da consciência. Eis o que diz:

É o que verificamos a princípio com grande surpresa, que cada sintoma histérico individual desapareceria, de forma imediata e permanente, quando conseguíamos trazer à luz com clareza a lembrança do fato que o havia descrito com maior número de detalhes possível e traduzido o afeto em palavras. A lembrança sem afeto quase invariavelmente não produz nenhum resultado.¹³⁹

Para que a cura do sintoma se desse, era necessário que a experiência original, com seu afeto, pudesse ser (re)introduzida na consciência e esse afeto, então, fosse ab-reagido, fazendo cessar a fonte de alimentação do sintoma e conseqüentemente produzindo o desaparecimento deste. O afeto e a representação

¹³⁷ FREUD, (1897). *Carta 61*. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 296 – 307. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 1).

¹³⁸ MASSON, Jeffrey Moussaieff. *Sigmund Freud – Briefe an Wilhelm Fliess*. Frankfurt am Main: S. Fischer, 1986, P. 142.

¹³⁹ FREUD, S. (1895b). *Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada neurose de angústia*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 42. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 3).

precisavam estar juntos no processo de desfazer o recalque. O autor vai mencionar que:

O esmaecimento de uma lembrança ou perda de seu afeto dependem de vários fatores. O mais importante destes é se houve uma reação energética ao fato capaz de provocar um afeto. Pelo termo “reação” compreendemos aqui toda a classe de reflexos voluntários e involuntários - das lágrimas aos atos de vingança – nos quais, como a experiência nos mostra, os afetos são descarregados. Quando essa reação ocorre em grau suficiente, grande parte do afeto desaparece como resultado... Quando a reação é reprimida o afeto permanece vinculado à lembrança.¹⁴⁰

O ponto importante é que o apagar de uma lembrança está ligado, também, à gradativa diminuição do afeto correspondente, através de descargas. Essas descargas se dão por uma reação energética através de reflexos voluntários ou involuntários, do choro a raiva. Quando isso acontece, o afeto é descarregado, em grande parte, e a lembrança perde seu valor afetivo e, como consequência, sua importância psíquica para o indivíduo. É interessante aludir ao verbete do termo descarga, do dicionário de termos freudianos em alemão, em que o *Verbo ‘abfuhr’ (descarga) significa genericamente “conduzir daqui” (para além), “levar embora”; o substantivo Abfuhr designa um movimento de “retirada”, “escoamento”. [...] Algo diverso de uma “descarga” ou “abrupto”*¹⁴¹.

Esse processo, portanto, se dá ao longo de um tempo e não de forma abrupta e absoluta. Caso esse processo não se dê é porque algo impediu essa reação. Vejamos o que o autor diz a respeito: *Quando a reação é reprimida (unterdrückt), o afeto permanece vinculado à lembrança. Uma ofensa revidada, mesmo que apenas com palavras, é recordada de modo bem diferente de outra que teve que ser aceita.*¹⁴²

Freud conota a expressão mortificação (Kränkung), em alemão, literalmente, “fazer adoecer”) como resultado da ofensa sofrida sem reação. Desta forma, em qualquer acontecimento onde não haja descarga afetiva, a lembrança permanece viva e atuante. Na histeria as lembranças persistem com: *Surpreendente vigor e com todo o seu colorido afetivo [...] mas essas experiências estão*

¹⁴⁰ FREUD, (1895b), op. cit., p. 43-44.

¹⁴¹ HANS, L. A. *Dicionário Comentado do Alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 129.

¹⁴² FREUD, (1895b), op. cit., p. 44.

*inteiramente ausentes das lembranças de pacientes quando em estado psíquico normal, ou só se fazem presentes de forma bastante sumaria*¹⁴³.

Essas experiências são rememoradas, pelas pacientes, através da hipnose com uma nitidez alucinatória. Freud cria que a origem dos conflitos mentais era traumas externos reais e eventos físicos. Para ele, a sedução havia de fato acontecido. O autor chegou a recorrer a um diário da mãe de uma paciente, que descreve os mesmos fatos relatados pela paciente, para comprovar a “realidade externa” dos acontecimentos traumáticos.

Nesse estágio do pensamento freudiano havia uma cena traumatizante real que era acoplada a um afeto. Se esse afeto não fosse descarregado se dava o trauma. Esse trauma passa a saturar e, para desfazê-lo, é necessário que a reação que não aconteceu se dê, segundo ele,

A reação da pessoa insultada em relação ao trauma só exerce um efeito inteiramente “catártico” se for uma reação adequada – como, por exemplo, a vingança. Mas a linguagem serve de substituto para a ação; com sua ajuda um afeto pode ser ‘ab-reagido’ quase com a mesma eficácia. Em outros casos, o próprio falar é o reflexo adequado; quando, Por exemplo, essa fala corresponde a um lamento ou é a enunciação de um segredo torturante, por exemplo, uma confissão. Quando não há uma reação desse tipo, seja em ações ou palavras, ou, nos casos mais benignos, por meio de lágrimas, qualquer lembrança do fato preserva sua tonalidade afetiva do início.¹⁴⁴

O falar só era funcionalmente catártico caso as palavras tivessem carga afetiva ou fossem, elas mesmas, meios de expressão do afeto. A palavra isolada do afeto não tinha uma função curativa. É importante dizer que essa foi a primeira vez em que foi usada, no texto freudiano, as palavras “catarse e ab-reação”.

A palavra catarse vem do grego ‘catharsis’ e significa purificação e purgação. Ela é, para a psicanálise, um sinônimo de ab-reação, mas foi esse termo catarse que gerou o nome de catártico [kathartische methode], em que a cura se dava pela purgação das lembranças e dos afetos correspondentes, eliminando o caráter de trauma. O autor prossegue: *coisas que o paciente desejava esquecer, e, portanto, recalcar intencionalmente do pensamento consciente, inibindo-as ou suprimindo-as. São precisamente as coisas aflitivas dessa natureza que, sob*

¹⁴³ FREUD. (1895b), op. cit., p. 45.

¹⁴⁴ Ibid, p. 44.

*hipnose, constatamos serem a base dos fenômenos histéricos [...]*¹⁴⁵. É nesse texto que, pela primeira vez, o termo recalque (*verdrangung*) é usado como uma possibilidade, em meio a outras, de lidar com os conflitos.

O método catártico foi aplicado por Freud entre dezembro de 1887 até um pouco antes de 1895, quando escreve o capítulo “a psicoterapia da histeria”, em que revê a questão técnica. Eis o que diz: *Verifiquei que nem todas as pessoas que exibiam sintomas histéricos indiscutíveis e que, muito provavelmente, eram regidas pelo mesmo mecanismo psíquico podiam ser hipnotizadas*¹⁴⁶.

Além dessa questão técnica, ele percebe que algumas pessoas eram mais tenazes na defesa ao recordar os acontecimentos traumáticos. Essa defesa era devida à natureza aflitiva das representações patogênicas:

Reconheci uma característica universal de tais representações: eram todas de natureza aflitiva, capazes de despertar afetos de vergonha, de autocensura e de dor psíquica, além do sentimento de estar sendo prejudicado; eram todas de uma espécie que a pessoas preferia não ter experimentado, que preferia esquecer¹⁴⁷.

O aparelho psíquico é algo em fluxo, e todo ato psíquico vem acompanhado de seu afeto. Este, por sua vez, junto com a percepção, forma uma unidade com a representação.

Mais tarde, Freud e Breuer (1893-1895) elucidam que a noção de histeria não poderia ser compreendida a partir de um único sintoma ou trauma, por conta da sobredeterminação; como expressam:

[...] No caso da histeria comum não é rara a ocorrência, em vez de um trauma principal isolado, de vários traumas parciais que formam um grupo de causas desencadeadoras. [...] Existem outros casos em que uma circunstância aparentemente trivial se combina com o fato realmente atuante ou ocorre numa ocasião de peculiar suscetibilidade ao estímulo e, dessa forma, atinge a categoria de um trauma, que de outra forma não teria tido, mas que daí por diante persiste¹⁴⁸.

¹⁴⁵ FREUD, S. (1895b), op. cit., p. 45-46.

¹⁴⁶ Ibid., p. 272.

¹⁴⁷ Ibid., p. 283.

¹⁴⁸ FREUD, S; BREUER, J. *Estudos sobre a histeria*. 1893-1895. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 41. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 2).

A suscetibilidade referida está ligada à experiência da pessoa afetada, podendo evocar afetos aflitivos, tais como os de susto, angústia, vergonha ou dor física, atuando como um trauma. Nesse período, Freud passa a se dedicar ao tema e aos *Estudos Sobre a Histeria*¹⁴⁹, que é considerada a base da psicanálise. No caso de Anna O. (1893)¹⁵⁰, publicado em parceria com Breuer, ele descobre o significado simbólico dos sintomas histéricos e as técnicas de transferência que envolvem a relação médico/paciente.

Posteriormente, trabalhando sozinho, Freud (1915)¹⁵¹ descreve os mecanismos dinâmicos que regem o inconsciente e passa a considerar o *recalque* a pedra angular da psicanálise. O autor observa que as histéricas *vivem de reminiscências* e seus sintomas representam uma solução de compromisso entre o desejo sexual recalçado e a sua expressão consciente.

Laplanche¹⁵² refere que Freud aponta o ataque histérico como uma tentativa de reação por meio da recordação, cuja origem dos estigmas era altamente obscura. Em sua perspectiva, as recordações subjacentes aos fenômenos histéricos estão ausentes da memória acessível do paciente, pois, uma vez *convertido no corpo*, o conflito psíquico permanece inacessível a sua consciência. O autor afirma que numerosas recordações dessa ordem relacionam-se a fatos ocorridos em estados peculiares, cujo conteúdo não está em conexão associativa com a consciência normal.

Com essas formulações, Freud explica que o conteúdo da consciência se torna facilmente dissociado por um tempo e determinados complexos de ideias, que não estão em conexão associativa, com facilidade, se descarregam. Afirma ainda que, para pessoas com disposição histérica, qualquer afeto pode dar origem a uma divisão entre o conteúdo e a consciência, sendo que a vida sexual é especialmente apropriada para proporcionar o conteúdo traumático.

Freud elucida que o mecanismo da *conversão* é um sintoma puramente psíquico que se transforma, ou se converte, num sintoma somático.

¹⁴⁹ FREUD (1893a), op. cit.

¹⁵⁰ FREUD, S. (1893c). *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar (Breuer e Freud)*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 2).

¹⁵¹ Id. (1915b), op. cit.

¹⁵² LAPLANCHE, Jean. *Vocabulário de psicanálise/Laplanche e Pontalis*. Direção de Daniel Lagache. Tradução Pedro Tamen. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

Por esta razão, uma das formas mais bem identificadas na histeria é a conversão, em que o conflito psíquico se expressa nos sintomas corporais mais diversos, como a crise emocional com teatralidade, ou outros mais duradouros, como anestésias, paralisias histéricas, sensação de "bola" faríngea e outros.

Nasio (1991) refere que o eu histérico é um corpo composto à maneira de um traje de arlequim, em que cada losango da roupa corresponde à imagem deformada de um órgão particular, de um membro, de um orifício ou de qualquer outra parte anatômica. No momento do trauma, o impacto da sedução destaca um desses losangos, toca pontualmente numa dessas imagens, justamente na que corresponde à parte corporal que entrou em um jogo do acidente traumático. O autor afirma que:

[...] Precisamente, o que chamamos representação inconsciente ou idéia parasita, ao qualificar a histeria de "doença por representação", é justamente essa imagem do inconsciente, desligada do corpo imaginário (o eu), remetendo à parte do corpo implicada na cena traumática, e altamente investida de uma carga sexual. Um detalhe, uma postura do corpo do adulto sedutor ou corpo da criança seduzida, um odor, uma luz, um ruído: todas essas formas podem constituir o conteúdo imaginário da representação inscrita no inconsciente e no qual vem se fixar o excesso de afeto sexual¹⁵³.

Desta forma, a histeria de conversão parte do princípio de tornar inócua a representação inconciliável, deslocando a soma de excitação desprendida da representação recalcada, convertendo-a para o corpo, uma espécie de trauma que opera como um corpo estranho.

Os sintomas histéricos não cessam de mudar, uma vez que eles não são produzidos ao acaso, ao contrário, parecem ser bem determinados de acordo com as chances que eles têm. Por uma duplicidade que nunca se deixa agarrar, por uma mobilidade da própria máscara. O que o histérico procura de fato é ser o desejo do Outro. A histérica interpreta a aceitação de um sacrifício, uma doação à vontade do Outro.

Frente a um sintoma histérico, o sujeito se vê estranho ao mundo, e faz apelo ao corpo para alojar representações recalcadas, com escritas em hieróglifos, de valor metafórico, tornando seu próprio corpo num corpo estranho e enfermo.

¹⁵³ NASIO, J. D. *A Histeria: Teoria e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991. p. 27.

Nicolau nos ajuda a pensar quando diz que: *Corpo marcado pelo significante, que, no sintoma de conversão, vem servir de suporte ao sintoma, fazendo saber de um sujeito que se constitui no campo do Outro, campo do significante*¹⁵⁴. Prosseguindo, a autora refere que:

[...] tal qual o sintoma neurótico, a conversão é uma formação do inconsciente, onde o que se observa são os efeitos de corpo da linguagem inconsciente, fundada por uma operação simbólica irreduzível, onde aparecem os sinais da mensagem do Outro¹⁵⁵.

A conversão é possível, por meio da presença do recalçamento, que impossibilita a chegada de um processo psíquico à consciência. Ao contrário do evento conversivo, o fenômeno psicossomático não remete a outra cena. O corpo nem sempre fala pela via do simbólico. É o que veremos a seguir.

4.4 FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO

A partir da concepção de sintoma e de conversão histérica, podemos pensar na falha epistemo-somática. A expressão “falha epistemo-somática” foi atribuída por Lacan (1966) na Conferência *Psicanálise e Medicina*¹⁵⁶ para elucidar os fenômenos psicossomáticos. Essa conferência foi endereçada aos médicos, para definir o efeito do progresso da ciência sobre a relação da medicina com o corpo.

Vimos que a entrada do recalque determina a formação do sintoma e que este carrega consigo um sentido a ser dado pelo sujeito. Diferentemente, no caso da falha epistemo-somática, o que ocorre é justamente uma falha no recalque.

Na linguagem lacaniana, trata-se de uma falha na metáfora paterna¹⁵⁷. A metáfora paterna inaugura o surgimento do sujeito lacaniano no momento em que o insere no universo simbólico, da linguagem. Logo, se há falha na cadeia de

¹⁵⁴ NICOLAU, 2008, op. cit. P.969.

¹⁵⁵ NICOLAU, 2008, loc. cit.

¹⁵⁶ LACAN, J. (1966). O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, São Paulo, n. 32, dez. 2001.

¹⁵⁷ Expressão introduzida por Lacan para designar a entrada no significante Nome-do-Pai que vem a castrar a relação do bebê com o seu primeiro Grande Outro, a mãe (CHEMAMA; VANDERMERSCH, 2007).

significantes, há uma falha no saber que o próprio sujeito vai ter sobre ele, pois sabemos que é esta cadeia que possibilita que nomeie o que lhe afeta.

Desta forma, o sujeito acometido por uma falha epistemo-somática não consegue simbolizar o órgão lesionado, uma vez que o órgão fica fora da compleição imaginária do eu, não sendo afastado de sua natureza pela representação. Trata-se da manifestação da pulsão na sua forma pura, sem representação, uma manifestação da pulsão de morte.

Devido à falha do significante mestre (Nome-do-Pai), no Seminário sobre *As psicoses*, Lacan (1955-1956)¹⁵⁸ refere-se à psicossomática pela sua semelhança com as psicoses e faz uma aproximação entre a lesão na psicossomática e o delírio como respostas do confronto com o real, quando não é possível uma intermediação simbólica.

Discorrer sobre a falha epistemo-somática traz implícita a questão da *holófrase*¹⁵⁹. Lacan utilizou o termo em vários momentos, porém só o associa à falha epistemo-somática no *Seminário 11* para elucidar o congelamento do primeiro par de significantes (S1-S2). Se há holófrase, não há deslizamento da cadeia de significantes e, portanto, o sujeito não aparece. Deste modo, a falha epistemo-somática não é significativa.

A lesão do corpo do sujeito seria um signo, uma marca, uma inscrição, não se convertendo em sintoma. Assim, os fenômenos psicossomáticos estão fora do âmbito das construções neuróticas, estão fora do engendramento narcísico do eu. Como se observa nas palavras de Lacan no Seminário 2:

[...] não se trata de uma relação de objeto. Trata-se de uma relação a algo que está sempre no limite de nossas elaborações conceituais, em que se pensa sempre, de que se fala por vezes, e que propriamente falando não podemos apreender e que, no entanto está aí, não se esqueçam disto – estou-lhes falando do simbólico, do imaginário, mas há também o real. As reações psicossomáticas estão no nível do real¹⁶⁰.

¹⁵⁸ LACAN, J.. (1955-1956). *O Seminário*. Livro 3: *As Psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

¹⁵⁹ Termo linguístico usado por certos povos que se reportam a uma situação tomada no seu conjunto, que consiste em apenas um signo linguístico muito geral que pode se traduzir numa série longa de palavras (LACAN, J.. (1953-1954). *O Seminário*. Livro 1: *Os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985).

¹⁶⁰ LACAN, J.. (1954-1955). *O Seminário*. Livro 2: *O eu na teoria de Freud e na técnica da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

Diante do exposto, o registro do real coloca-se como principal personagem no desenrolar da falha epistemo-somática. O que falha no saber, no simbólico, recai no real do corpo que se põe a serviço do gozo do Outro. Este é concebido por Lacan como o gozo mítico, não barrado, que demanda uma representação por não ter sido simbolizado. Vale ressaltar que o real é aquilo que não cessa de não se inscrever, sendo da ordem do impossível e do irrepresentável. Sendo assim, o doente afetado por uma lesão psicossomática fica preso a sua doença, que se encontra no nível do real. É o que Lacan chama de fixação local de gozo.

O gozo do outro goza à custa do corpo do “psicossomático”. A lesão ou a afecção surge como vindo de fora do sujeito, deixando-o amordaçado, preso a este significante ao qual se encontra “ilhado”, perdido, à procura de um outro significante a que possa articular-se. O desejo do Outro toma o corpo do sujeito, sob o impacto arrasador da transformação corporal¹⁶¹.

Lacan (1975)¹⁶², em sua conferência em Genebra, compara o corpo do doente psicossomático com um “cartucho”, que vem revelar o nome próprio do sujeito. Sugeriu que as lesões psicossomáticas são traços inscritos no corpo, sendo uma assinatura, comparando-os com hieróglifos egípcios, que correspondiam a uma série de sinais separados do resto da escrita.

Retomando o *Seminário 2*, Lacan demarca a importância da questão do narcisismo para compreensão dos fenômenos corporais ao delimitar o que pertence ao campo das neuroses e o que está fora da representação, no caso, a falha epistemo-somática. Neste último, a pulsão é investida no Eu, ou mais especificamente no órgão. O que está em jogo são os órgãos eleitos na relação narcísica imaginária com o outro, em que o Eu se forma numa estrutura imaginária, que se efetua em torno da imagem especular do próprio corpo frente à imagem do outro. Nas neuroses, o que acontece é um retorno ao narcisismo propriamente dito.

Lacan desenhou o campo da psicossomática como aquele que fica fora do engendramento narcísico e, portanto, fora das construções neuróticas por não

¹⁶¹ ASSOUN, Paul-Laurent. *Corp set Symptôme – Tome 1: Clinique du corps*. Paris: Economica Ed, 1997.

¹⁶² _____. Conferencia in Ginebra sobre el sintoma. In: *Intervenciones y textos*. Buenos Aires: Manantial, 1975.

haver pacto com a relação de objeto. A psicossomática, neste sentido, é o campo do autoerotismo movido pela entropia, ou seja, movido pela pulsão de morte, sendo o próprio corpo alvo de suas manifestações.

Levando em conta o caráter mortífero dos fenômenos psicossomáticos, é necessário fazer a leitura de que esses fenômenos estão fora do âmbito das construções neuróticas, fora do acesso da linguagem, fora do acesso do simbólico. A psicossomática, deste modo, passa a pertencer a uma área tênue, contornando a estrutura de linguagem.

Diante das observações elucidadas acima, verificamos que, no caso do sintoma neurótico, a afecção corporal é fruto de um trabalho psíquico, pois obedece às leis de formação do inconsciente; diferentemente da falha epistemo-somática, na qual a doença manifestada no corpo não representa nada para o doente.

É por isso que ao falarmos de falha epistemo-somática não podemos apontar para um sintoma neurótico, analítico e sim para um fenômeno que se inscreve no corpo, sem qualquer representação. Justamente por não haver qualquer representação, sujeitos acometidos por doenças psicossomáticas vão em busca de médicos amparados tecnologicamente, submetendo-se muitas vezes a exames invasivos. O corpo só é examinado e não escutado, não existem palavras nesse corpo, não há uma escrita, a linguagem não foi instituída. Dessa forma, podemos, então, contar com uma escuta analítica nesses casos?

O grande desafio nesses casos está justamente na escuta de uma fala vazia, que não se remete a nada. O analisante fica fixado no real do seu gozo e não abre espaço para a falta e, por isso, não fala, pois se sente “pleno” com sua doença. Trata-se de uma escuta capaz de conduzir o sujeito à questão de assumir o seu desejo.

Diante da escuta mencionada anteriormente, veremos a seguir fragmentos de sintomas, através de um caso clínico em um jovem, como forma de ilustrar uma determinada manifestação corporal.

5 MANIFESTAÇÕES CORPORAIS A PARTIR DE FRAGMENTOS DE UM CASO CLÍNICO

Falar sobre alguém é como tentar montar um grande quebra-cabeça, jamais completado, sabendo que sempre deixaremos de fora possíveis montagens [...] Uma coisa, porém, é certa: só podemos falar de uma pessoa recorrendo à experiência que vivemos com ela.¹⁶³

Aproximando-nos do final desta pesquisa, vamos nos debruçar sobre fragmentos de um caso clínico, e nele tentar localizar a conversão histórica.

O caso é de um jovem que identifiquei com o nome fictício de Bruno, que chegou encaminhado pelo serviço médico com o diagnóstico de Transtorno Bipolar. Antes deste diagnóstico, Bruno apresentou sintomas como *paralisia dos membros inferiores, perda da visão, contraturas musculares e lapsos de memória*, que o levaram a uma peregrinação pelas urgências e emergências de hospitais.

Quem é Bruno?

Bruno é um jovem, que no período do atendimento se encontrava com 19 anos de idade, nascido em outro Estado, primeiro filho adotado (adoção à brasileira)¹⁶⁴ de um casal, com histórico de oito abortos espontâneos. Viveu no seu Estado de origem até seis meses antes de apresentar à primeira “crise”. Veio para o Estado do Pará por motivos de transferência do trabalho do pai, deixando para trás, sua história de origem: família, amigos, namorada, faculdade, casa, enfim, suas referências. Perguntei-me: será que Bruno não suportou a dor repetida da perda das referências de sua história? Bruno sabe apenas que é adotado, mas desconhece a sua verdadeira história, que se tornou um segredo de família. Bruno possui uma irmã, que também foi adotada na clandestinidade. Na fala dos pais percebia-se certo

¹⁶³ MOREIRA, A. C. G; JUNIA, V. O mito da dor-de-cotovelo: se ao menos eu pudesse esquecer. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, v. 40, n. 73, p. 219, dez. 2007.

¹⁶⁴ A adoção à brasileira é um crime previsto no artigo 242. Passa a largo da lei. Traduzia-se no ato de muitos que “apanharam crianças” em hospitais ou em outro lugar, ou receberam das próprias mães sob alegação de falta de condições para criá-las, crianças recém-nascidas ou não, registradas como se fossem seus filhos.

alívio pela mudança de Estado, pois a mãe do paciente relatava uma adaptação com desejo de permanecer na nova cidade, chegando mesmo a dizer: “foi a melhor coisa que me aconteceu”. Intriguei-me como uma família, com todas as suas referências de uma vida, de uma história, poderia estar tão bem adaptada e desejosa de permanecer em uma cidade, da qual dizia: “ Não sabia nem aonde estava no mapa”, quando há seis meses foi informada pelo marido da mudança. Entretanto, Bruno relutou em aceitar a transferência, sendo o último da família a chegar à cidade, pois ficou com os avós maternos. Desde o primeiro atendimento, Bruno afirmava: “Que Belém não tem nada, que as pessoas são diferentes, me sinto sozinho, não tenho amigos, fiquei diferente”.

Inicialmente, Bruno procurou atendimento de urgência com “crise” semelhante a “crise de epilepsia”, conforme informou sua mãe, realizando vários exames, que não confirmaram nenhum diagnóstico. Posteriormente, Bruno apresentou *paralisia nos membros inferiores*, dizendo que não conseguia mexê-los e nem mesmo senti-los. Na minha escuta perguntei - me: O que Bruno não estava conseguindo mexer? Pensei, seria sua história perdida? O que Bruno estaria querendo dizer ao paralisar seus membros? Hipotetizei que ele não conseguia “mexer”, por estar paralisado diante da sua dor repetida, agora pelo abandono de mais uma história, vendo-se novamente no desamparo que tanto lhe assombra.

Esse sintoma apresentado pelo paciente *como a paralisia dos membros inferiores* me fez lembrar que Freud já o havia identificado-o no caso de sua paciente Anna O. Ela sofria de uma estranha paralisia em seus membros inferiores, entre outros males que caracterizavam a histeria. De fato, Freud já trazia a inquietação de que havia sintomas aparentemente de origem orgânica, mas que, numa observação mais atenta, se revelavam de origem estritamente psíquica.

Ele apresentou uma série de argumentos favoráveis à conclusão de que a histeria teria um fundo psicológico, afirmando que haveria paralisias estranhas que se comportavam a revelia da anatomia. As paralisias histéricas pareciam destituir a configuração nervosa. Veja o que diz: *"Na histeria, o ombro ou a coxa podem estar mais paralisados do que a mão ou o pé. Podem surgir movimentos dos dedos enquanto o segmento proximal ainda está absolutamente inerte"*¹⁶⁵.

¹⁶⁵ FREUD (1895b), op. cit., p. 205-206.

Freud observou que a delimitação da paralisia histérica era muito precisa, o que seria impossível se o distúrbio em questão tivesse origem orgânica, como uma intoxicação ou uma lesão cerebral. As paralisias históricas, ainda, sempre se apresentavam com uma intensidade maior que a orgânica, embora durassem menos tempo e fossem acompanhadas de dificuldades no plano psicológico.

O caso em questão ratifica os estudos de Freud, haja vista que o paciente retornou novamente ao médico e este não definiu a causa de seu sintoma, uma vez que o orgânico não o identificava.

De acordo com as informações da mãe, a paralisia durou aproximadamente 48 horas.

Diante do furo no saber médico, o paciente foi encaminhado ao atendimento psicológico. No decorrer de seus atendimentos, numa determinada ocasião a mãe avisou que Bruno não poderia comparecer à sessão, em função de um quadro de *cegueira* que estava sendo investigado naquele momento. O jovem novamente realizou todos os exames cabíveis e, mais uma vez, nada foi encontrado. Neste tempo, constato quão difícil está para Bruno enxergar o real que lhe atravessa: A falta, a ausência dos amigos, da família, namorada, da cidade e da sua vida até então.

Para que possamos entender melhor este fenômeno recorro a Freud.

No artigo de 1910 “A perturbação psicogênica da visão segundo a psicanálise”, Freud¹⁶⁶ demonstra a estrutura do sintoma de conversão histérica. Diante da formação do sintoma de cegueira histérica, Freud vai mencionar que ela manifesta uma divisão entre consciente e inconsciente, pois as pessoas por ele afetadas veem e não veem ao mesmo tempo. Essa diferença de registro leva Freud a ampliar suas reflexões até chegar à teoria das pulsões.

Freud encontra neste ponto de sua análise do sintoma de conversão histérica a oposição entre a necessidade e o desejo, entre a pulsão a serviço de uma função sexual e a pulsão a serviço de uma função puramente orgânica. O prazer sexual não está ligado simplesmente à função dos órgãos genitais: a boca serve para beijar e comer. Como Freud (1910) nos diz, não é fácil servir a dois

¹⁶⁶ FREUD, S.. *A perturbação psicogênica da visão segundo a psicanálise*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1990.

senhores ao mesmo tempo. Quanto mais íntima a relação que um órgão dotado desta função estabelece com uma das pulsões, mais ele se recusa a outra.

Desta forma, na conversão histérica o conflito entre o orgânico e a pulsão, entre a necessidade e o desejo, se resolve na invasão completa da função orgânica pela função sexual. A cegueira histérica vem do fato de que o olho está destacado de sua função de visão exterior e consagrado a sua função da fantasia. A necessidade é inteiramente apagada pelo impulso do desejo que se apossa do órgão, o qual se torna puramente genital, ou seja, a pulsão sexual apossa-se do somático e o anula. O laço da pulsão sexual ao corpo é sutil na disputa pelo órgão.

A questão que se coloca em relação ao aspecto conversivo do significativo é o fato de que ele se inscreve no corpo. Nem tudo é absorvido pelo significativo, resta um real não simbolizado em torno do qual vem se construir um sintoma. O sintoma da histeria atinge um umbigo, uma representação-limite que indica um a mais fora do significativo.

Retomando o caso, após a *cegueira*, que durou um dia, Bruno sofreu de *lapsos de memória*, esquecendo o seu endereço e referindo-se: quem eu sou? Aqui se faz necessário elucidar que o paciente havia sido adotado ainda recém nascido pelos seus pais, uma vez que sua mãe havia sofrido oito abortos espontâneos. Diante da sua pergunta me interroguei: Como saber quem ele era, se as primeiras páginas de sua história estavam guardadas e não ditas a ele, uma vez que seus pais escondiam os nomes daqueles que lhe fizeram nascer? Isso tem uma enorme relevância, pois não saber quem é ou seu endereço, nos mostra que esse sintoma tem a ver com a questão de não saber o seu lugar como filho, o seu registro, o paciente converte no corpo o que é da ordem do insuportável. Seria melhor, então, esquecer? Vejamos o que Freud tem a nos dizer.

Freud, ao regressar a Viena, escreveu uma carta¹⁶⁷ a Fliess e comunicou-lhe o lapso de memória: *não consegui descobrir o nome do célebre pintor que fez o Juízo Final em Orvieto, o maior que já vi até hoje*¹⁶⁸. Freud conta que transformou "*Signorelli*"¹⁶⁹ num pequeno ensaio" que se transformou no primeiro ensaio "sobre o

¹⁶⁷ Carta de n. 96 de 22 de setembro de 1898.

¹⁶⁸ FREUD, S. (1898). O Mecanismo Psíquico do Esquecimento. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 280. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 3).

¹⁶⁹ Freud esqueceu o nome do célebre pintor italiano *Luca Signorelli*. (1898), quando viajava de carroagem acompanhado de um desconhecido (Freyhau, advogado berlinense) de Ragusa (Dubrovnick), na Dalmácia, para Cattaro (Kotor), na Bósnia-Herzegovina.

mecanismo psíquico do esquecimento, *falta de memória*. O ensaio pré-psicanalítico de 1898, que estará na origem do 1º capítulo da *Psicopatologia* (1901)¹⁷⁰, dá-nos indicações precisas não só sobre a natureza dos fenômenos que constituem, neste caso, o lapso de memória, como também, e muito em especial, facultá-nos uma imagem do mecanismo psíquico e das suas causas. O texto de 1898 representa, portanto, um valoroso testemunho das intuições originárias que vieram a dar origem à psicanálise.

Na carta a Fliess de 22 de Setembro de 1898, no caso do esquecimento do nome *Signorelli*, Freud mostra-se convencido de que o seu exemplo *prova que tinha sido um recalçamento, e não um esquecimento genuíno*¹⁷¹.

Em 26 de agosto de 1898, no primeiro relato do esquecimento de um nome próprio (Julius Mosen), Freud afirma ter conseguido provar que:

tinha recalçado o nome Mosen por causa de certas ligações; que o material infantil desempenhou um certo papel nesse recalçamento; que os nomes substitutos empurrados para o primeiro plano foram formados, tal como os sintomas, a partir desses conteúdos¹⁷².

Na obra *Psicopatologia* (1901), Freud afirma que o deslocamento que se produz do nome em falta para os nomes substitutos não é fruto do acaso, dizendo que: *não se deve à arbitrariedade psíquica, mas segue vias previsíveis que obedecem a leis*¹⁷³. *O que para os outros pode parecer desordem é, para mim, uma ordem com uma história*¹⁷⁴. Freud suspeita, portanto, que o nome ou os nomes substitutos estão em ligação direta com o nome perdido, e espera conseguir demonstrar essa conexão, lançar luz sobre a origem do esquecimento de nomes.

Portanto, o ensaio de Freud sublinha que o fenômeno da falha de memória está em íntima ligação com *vias de pensamento* que se encontram em nós recalçadas. Essas vias são os trilhos da linguagem, a *conexão de nomes*.

O autor nos mostra que a histeria é uma estratégia de ordem defensiva, que desvela a tática utilizada para velar a si mesma e sua relação com a castração.

¹⁷⁰ FREUD, S. (1901). *Sobre a psicopatologia da vida cotidiana*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 6).

¹⁷¹ Id. (1898), op. cit.

¹⁷² Ibid.

¹⁷³ Id., (1901), p. 19.

¹⁷⁴ FREUD, S. (1901), loc. cit.

Esta remete à aceitação de um limite de si que é a aceitação não só do que se é, mas, sobretudo, do que não é. Em suma, ser castrado está na ordem da resignação.

Poderíamos dizer que o caso desse jovem seria um caso clássico de histeria, semelhante ao de Anna O. e que ele apresentou uma gama de vários sintomas histéricos, como a paralisia, a perda da memória, a deterioração mental (aqui a internação do paciente numa clínica psiquiátrica), náuseas, perda da visão e da fala.

Os pacientes procuram ajuda através de seus sintomas, que podem ser de diversas ordens: psíquica, emocional e orgânica. Cabe a nós apurar a escuta, mas sem saber, *a priori* aonde iremos chegar. Acredito que o grande desafio esteja em demonstrar que existe um sujeito para além do orgânico.

Freud refere que *o analista não faz uso de qualquer instrumento, nem mesmo para examinar o paciente, nem receita quaisquer remédios*¹⁷⁵. A autora Prizskulnik nos ajuda a pensar melhor essa ideia ao referir que: *[...] para buscar ou decifrar o sentido do sintoma, o psicanalista não submete a pessoa a uma observação clínica, a um exame corporal, ou indica exames subsidiários, mas pede-lhe que fale de si mesmo sem censura ou crítica*¹⁷⁶. A escuta psicanalítica obedece à regra técnica fundamental que é a associação livre.

Freud (1926) sublinha que o uso da associação livre permite que o paciente fale mais do que sabe, pois o que se deseja ouvir do paciente [...] *não é apenas o que ele sabe e esconde de outras pessoas, ele deve dizer-nos também o que não sabe*¹⁷⁷. Bruno não sabe de sua história, mas será que ele quer saber?

Bruno permaneceu em atendimento por um período de um ano. Os sintomas foram suspensos, pois passou a converter em palavras suas dores, e não mais no corpo. Interrompeu o tratamento por alguns meses relatando: “quero dar um tempo, agora eu já sei que posso falar”. Após dez meses o paciente retorna com o discurso: “Quero saber mais de mim”. O relato do paciente, nesse segundo momento analítico, fez-me lançar mão do que poetizou Milton Nascimento, nos versos da música “Caçador de mim”:

¹⁷⁵ FREUD, S. (1926). *Inibições, Sintoma e Ansiedade*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 123. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 20).

¹⁷⁶ PRISZKULNIK, L.. As entrevistas diagnósticas em Psicanálise. *Psyché*, v. 2, n. 2, p. 19, 1998.

¹⁷⁷ FREUD, S. (1926), op. cit., p. 201.

Preso a canções
Entregue a paixões
Que nunca tiveram fim
Vou me encontrar
Longe do meu lugar
Eu, caçador de mim

Milton ao descrever a dor na busca de si mesmo, sublima sua história, dando outro tom à vida. Quem sabe Bruno não possa fazer o mesmo.

6 CONCLUSÃO

Esperamos que esta pesquisa seja produtiva à clínica, na medida em que retoma o conceito de histeria, adormecido nos dias atuais, embora saibamos que ela se encontra tão presente em nossas vidas. Que a partir da compreensão dessa estrutura possamos entender a dificuldade do paciente em abandonar seu compromisso com o sintoma, mesmo que seja em troca de uma forma de viver que implique menos sofrimento, e que abra um leque de possibilidades para além daquelas as quais a neurose permite.

Alienado e exilado de si, o sujeito histérico teima em recuperar um gozo perdido quando lança mão de seus sintomas, permanecendo numa reivindicação fálica equivocada, pois não é esta que lhe trará a tão almejada identidade sexual, em que lhe deixa encurralada.

Elucidamos neste estudo a diferença entre o corpo da medicina e o corpo da psicanálise, o primeiro obedece às leis da classificação da anatomia dos órgãos, o segundo um corpo não científico, um corpo que fala, conta história, banhado pela linguagem. Mas é importante ressaltar que a psicanálise não desconsidera esse corpo fisiológico, apenas o vê como algo que o sujeito necessita se apropriar. Um corpo constituído a partir do campo do Outro, através das relações estabelecidas pelo ser humano com seu próximo.

Freud descobre outra dimensão de corpo, em que deixa de ser de simples cunho anatômico, passa a ser a sede dos conflitos psíquicos. Em seus estudos sobre a histeria o autor vai desvincular os sintomas histéricos das lesões neurológicas, evidenciando a problemática histérica da lógica da anatomia e da fisiologia para a lógica da representação. Freud (1893) vai dizer que (...) *a histeria se comporta na sua paralisia (...) como se a anatomia não existisse, (...)*. (p. 206). Assim para entender o corpo do qual a histeria se “serve” não poderíamos nos guiar pelo “livro” da anatomia. Desta forma o corpo sai da concepção somente anatômica e passa a ser visto enlaçado pela linguagem.

Ao discorrermos sobre o conceito de corpo para a psicanálise, nos remetemos automaticamente ao conceito de pulsão, em que Freud inovou algo que faz laço com o humano, em que a pulsão inicia seu circuito num campo exterior tanto no psíquico quanto no somático, no qual se da a partir da experiência de

satisfação, como vimos no capítulo sobre o corpo pulsional. A partir desse conceito vimos como o corpo se torna erógeno, constituído pela linguagem, podendo se apreender na cadeia de significantes.

Ao falarmos da cadeia de significantes podemos adentrar tanto na conversão histérica como no fenômeno psicossomático. Na conversão histérica vimos que se trata de um gozo fálico e decifrável, já o fenômeno psicossomático observamos que se trata de um gozo específico, de um significante holofraseado, um par de significantes congelado, que não possui um sentido recalcado como a lógica da conversão.

Através do caso mencionado vimos que se tratava de um caso clássico de histeria em um homem, do qual seus sintomas se convertiam no corpo. Freud (1893-1895) refere que a razão da conversão é o recalque, e que graças a ele a representação é incompatível, não consegue alcançar a consciência, impedindo o acesso direto a ela, se expressando por uma outra via.

É o que acontece com a histeria de conversão, a sintomatologia corporal equivale a uma representação recalcada. Freud menciona que uma das características do sintoma histérico seria a realização de um desejo, e que o corpo teria a função metafórica de deslocamento e de condensação, uma maneira própria do sujeito de obter satisfação, como os sonhos. O autor vai dizer que as mesmas leis que regem os sonhos são as que formam os sintomas, a formação substitutiva, a qual se dá devido à falha do recalque é que permite o retorno do recalcado, o sintoma, uma formação do inconsciente.

Assim, as paralisias dos membros inferiores, a cegueira e os lapsos de memória que Bruno apresentou são da ordem da conversão histérica, que embora, não esteja no guia da medicina, foi possível identificá-las por uma outra via, a da psicanálise, a partir da escuta clínica oferecida a este sujeito.

Apesar de termos nos restringido à histeria nesta dissertação, foi possível perpassarmos por diversos conceitos que nos ajudam a pensar em outros estudos futuros, como sintoma, gozo do sintoma em outras estruturas psíquicas.

Mas não podemos esquecer que a psicanálise trabalha com o mesmo sujeito da ciência, e que opera com esse sujeito, ou seja, trabalha pelo viés do sujeito, não o exclui, essa é a diferença. Introduz o sujeito em uma cena discursiva, o acolhe através da escuta, como vimos no caso citado, faz a aproximação entre o corpo e o sujeito do inconsciente.

Faz-se necessário pesquisar, teorizar e escrever sobre o funcionamento do psiquismo de sujeitos, que pagam com a moeda da carne, muitas vezes entorpecidos pelo vício dos sintomas, por não saber o que fazer com a dor que é silenciada na angústia emudecida.

Feitas as sugestões para futuros estudos, gostaríamos de concluir com um verso apreciado por Freud, que encerra seu artigo “Além do princípio do prazer” (1920)¹⁷⁸, referindo que ainda há muito o que pesquisar acerca da repetição, uma vez que o sintoma tende a se repetir: *Aquilo que não podemos alcançar voando, devemos alcançar mancando; O livro nos diz que não é pecado mancar*¹⁷⁹.

Assim, ressalto que na minha pesquisa, ultrapassei barreiras jamais pensadas por mim. Sei das inúmeras possibilidades que o tema em questão suscita, e das outras contribuições que possam vir por outros pesquisadores, por isso, parafraseando Freud, concluí este trabalho na certeza de que alguns momentos alcei voos significativos, como também, em alguns outros, o fiz, ainda que mancando.

¹⁷⁸ FREUD, S. (1920). Além do Princípio do Prazer. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 18).

¹⁷⁹ Ibid, p. 85.

REFERÊNCIAS

ABLA, D. M. ; ANDRADE, M. R. A. O Corpo na interlocução do saber da psicanálise e do saber da medicina. In: Escola Letra Freudiana. *O Corpo da Psicanálise*, v. 19, n. 27, 2000.

ANDRADE, Carlos Drummond de. *Corpo*. 6.ed. Rio de Janeiro: Record, 1985.

ARASSE, D. A Carne, A Graça, O Sublime. In: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges. *História do corpo: da Renascença às Luzes*. Tradução de Lúcia M. E. Orth; revisão da tradução Ephrarim Ferreira Alves. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p.535-620.

ASSOUN, Paul-Laurent.. Conferencia in Ginebra sobre el sintoma. In: *Intervenciones y textos*. Buenos Aires: Manantial, 1975.

_____. *Corp set Symptôme – Tome 1: Clinique du corps*. Paris: Econmica Ed, 1997.

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

BECKER, P.; PRADO, I. B. B. *Arquitetura corporal na histeria*. In: ESCOLA LETRA FREUDIANA. O corpo do Outro e a criança, v. 23, n. 33, 2004.

BENOIT, P. *Psicanálise e Medicina: Teoria e casos clínicos*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1989.

BIRMAN, J. *Freud e a experiência psicanalítica: a constituição da psicanálise*. Rio de Janeiro: Taurus-Timbre, 1989.

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

_____. *Corpos e formas de subjetivação em psicanálise*. 2003. Estados Gerais da Psicanálise. Disponível em: http://www.estadosgerais.org/mundial_rj/download/3_Birman_38020903_port.pdf.

CELSO, A. C. *Traité de Médecine*. Trad. A. Védrènes. Paris: Masson, 1976.

CESAROTTO, Oscar; LEITE, Márcio Peter de Souza. *O que é Psicanálise*, segunda visão. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1992, p. 83

CHAUÍ, Marilena. *Convite à Filosofia*. 7. ed. São Paulo: Ática, 1996.

CHEMAMA, R; VANDERMERSCH, B. *Dicionário de Psicanálise*. São Leopoldo, RS: Ed. da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), 2007.

CLAVREUL, J. *A ordem médica*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COELHO DOS SANTOS, T. As estruturas da psicose: transferência e interpretação em casos-limite. *Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, n. 30, p. 45-73, 1998.

_____. *O analista como parceiro dos sintomas inclassificáveis*. Publicado em Latusa número 7, Revista da Escola Brasileira de Psicanálise-seção Rio, p. 153-169 2002

ETIENNE, T. *História da Histeria*. Tradução Patrícia Porchat. São Paulo: Escuta 1991.

FERENCZI, Sandor. (1926). As neuroses de órgão e seu tratamento. In: _____. *Psicanálise III*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

FOCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. (1926-1984) *O nascimento da clínica*. Tradução de Roberto Machado. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

_____. *A Palavra e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

FREUD, S.. (1885-1886). *Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 1).

_____. (1886). *Relatório sobre meus Estudos em Paris e Berlim*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 1).

_____. (1893a). *Estudos Sobre a Histeria*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 3).

_____. (1893b). *Esboços para a “comunicação preliminar”*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 1).

_____. (1893c). *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar (Breuer e Freud)*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 2).

_____. (1894). *As neuropsicoses de defesa*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 3).

_____. (1895a). *Projeto para uma psicologia científica*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 1).

_____. (1895b). *Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada neurose de angústia*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 3).

_____. (1896a). *A Etiologia da Histeria*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 187-189 (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 3).

_____. (1896b). *As Neurose de defesa*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 1).

_____. (1896c). *A Hereditariedade e a Etiologia das Neuroses*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 141-143 (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 3).

_____. (1897) *Carta 61*. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 296 – 307. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 1).

_____. (1898). O Mecanismo Psíquico do Esquecimento. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.273-275. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 3).

_____. (1900) *A interpretação dos sonhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 5).

_____. (1901). *Sobre a psicopatologia da vida cotidiana*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 6).

_____. (1905a). Fragmento da análise de um caso de histeria. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 15-108 (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 7).

_____. (1905b). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. Rio de Janeiro: Imago, 1996. 119-209 (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 7).

_____. (1910). *A perturbação psicogênica da visão segundo a psicanálise*". Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1990.

_____. (1912a). *A Dinâmica da transferência*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.109-111 (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 12).

_____. (1912b). *Uma Nota sobre o inconsciente na psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.275-279 (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 12).

_____. (1914). *À guisa de introdução ao narcisismo*. Rio de Janeiro: Imago, 2004. p. 97-131. (Obras completas de Sigmund Freud. Escritos sobre a psicologia do inconsciente, 1911-1915, V. 1).

_____. (1915a). Artigos sobre metapsicologia. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.111-116 (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 14).

_____. (1915b). O Recalque. In: FREUD, S. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente*. Tradução Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago 2004, v. 1.

_____. (1915c). Os Instintos e suas Vicissitudes. Rio de Janeiro: Imago, 1996.p.117-123 (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 14).

_____. (1915d). Pulsão e Destinos da Pulsão. In: FREUD, S. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente*. Tradução Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago 2004, v. 1.

_____. (1916-1917a). Conferência XXII: os caminhos da formação dos sintomas. Rio de Janeiro: Imago, 1996. 361-377 (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 16).

_____. (1916-1917b). Conferência XXIII: os caminhos da formação dos sintomas. Rio de Janeiro: Imago, 1996. 361-378 (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 16).

_____. (1920). Além do Princípio do Prazer. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 18).

_____. (1923). O ego e o id. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 20).

_____. (1924). O problema econômico do masoquismo. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 19).

_____. (1926). *Inibições, Sintoma e Ansiedade*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 20).

FREUD, S; BREUER, J. Estudos sobre a histeria. 1893-1895. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Coleção Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, v. 2).

GARCIA, A. *O Corpo para a psicanálise*. In: Escola Letra Freudiana: *O corpo do Outro e a criança*. v. 23, n. 33, 2004.

GUIR, Jean. *A Psicossomática na Clínica Lacaniana*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1988.

_____. Fenômenos psicossomáticos e função paterna. In WARTEL, Roger (coord). *Psicossomática e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990, p. 47-56.

HANS, L. A. *Dicionário Comentado do Alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

KAMMERER, T.; WARTEL, R.. Diálogo sobre os diagnósticos. In LACAN, J. et al., *A querela dos diagnósticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989. p. 27-44.

KAUFMANN, P. *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1996.

LAPLANCHE, J. ; PONTALIS, J.-B. (1967). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1975.

LACAN, J. *O Seminário*. Livro 1: Os impasses de Michaël Balint. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

_____. (1924). *O Seminário*, Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

_____. (1946) Formulações sobre a causalidade psíquica. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998, p.152-194.

_____. (1953). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. (1953-1954). *O Seminário*. Livro 1: Os escritos técnicos de Freud. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

_____. (1954-1955). *O Seminário*. Livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

_____. (1955-1956). *O Seminário*. Livro 3: As Psicoses. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

_____. (1957-1958). *O Seminário*. Livro 5: As formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

_____. (1959-1960). *O Seminário*. Livro 7: A ética da psicanálise Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

_____. (1962-1963). *O Seminário*. Livro 10: A Angústia. Recife: Centro de Estudos Freudianos de Recife, 2002. Publicação interna.

_____. (1964). Do "Trieb" de Freud e do desejo do psicanalista In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998

_____. (1964). *O seminário*, Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar Rio de Janeiro, 1992

_____. (1966). O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, São Paulo, n. 32, dez. 2001.

_____. (1967) Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: LACAN, J. *Outros Escritos*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p. 248-264.

_____. (1969-1970). *O Seminário*. Livro 17: O Averso da Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992

_____. (1970). *O Seminário*. Livro 20: Mais, Ainda. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

_____. *A terceira*. Texto apresentado pelo autor no Congresso de 1974 em Roma, Traduzido por: Élide Valarini. [s.l.]: [s.n.], 1974. 16 p. Tradução de: La troisième.

_____. (1975) Conferencia in Ginebra sobre el sintoma. In: *Intervenciones y textos*. Buenos Aires: Manantial, 1975.

_____. *O Seminário*. Livro 23: O Sinthoma (1975-1976). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. *Os Escritos Técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

_____. Conferencia in Ginebra sobre el sintoma. In: *Intervenciones y textos*. Buenos Aires: Manantial, 1985.

LACAN, J. O Estado do Espelho e sua função na formação do Eu. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor. 1949.

LAPLANCHE, Jean. *Vocabulário de psicanálise/Laplanche e Pontalis*. Direção de Daniel Lagache. Tradução Pedro Tamen. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

MAIA, Raul. *Magno Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa*. São Paulo: Difusão Cultural do Livro, 1995.

MANNONI, M.. *Um Saber que não se Sabe: A Experiência Analítica*. Campinas, SP: Papyrus, 1989.

MARCONDES, Marcello; SUSTOVICH, Duilio Ramos; RAMOS, Oswaldo Luiz. *Clinica medica: propedeutica e fisiopatologia*, com a colab. de Antonio Atilio Laudanna, Antonio Carlos Pereira Barreto, Antonio Spina-Franca Netto e outros. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1976.

MARTINS, J. D. Alguns aspectos do sintoma na medicina. In: CALDEIRA G; MARTINS, J. D. *Psicossomática: teoria e prática*. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2000. p.154-160.

MASSON, Jeffrey Moussaieff. *Sigmund Freud – Briefe an Wilhelm Fliess*. Frankfurt am Main: S. Fischer, 1986.

MILLER, J. A. Algumas reflexões sobre o fenômeno psicossomático. In. WARTEL. Roger et al. *Psicossomática e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

_____. *Percurso de Lacan, uma introdução*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

_____. *Matemas II*. Buenos Aires: Ed. Manantial, 1994.

MORAES, Z. B. Sobre a conversão histérica. In: Escola Letra Freudiana: *O corpo do Outro e a criança*, v. 23, n. 33, 2004.

MOREIRA, A. C. G; JUNIA, V. O mito da dor-de-cotovelo: se ao menos eu pudesse esquecer. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, v. 40, n. 73, p. 213-219, dez. 2007.

NASIO, J. D. *A Histeria: Teoria e clinica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

_____. *Cinco lições sobre a Teoria de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993a

_____. *Psicossomática: as formações do objeto A*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993b.

NICOLAU, R. F. A angustia e sua relação com o corpo que adocece. *Revista do Laboratório de Psicanálise da UFC*, Fortaleza, v. 1, p. 18-24. 2000.

_____. Corpo e Gozo. *Revista A' Linha, Psicanálise & Transmissão*, n. 2, p. 83-90. 2001.

_____. A psicossomática e a escrita do real. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*. Fortaleza. v. 8. n. 4, p. 959-990, dez./2008. Também disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151861482008000400006.

OCARIZ, M. C. *O Sintoma e a Clínica Psicanalítica: o curável e o que não tem cura*. São Paulo: Via Lettera, 2003.

OLIVEIRA, M. C. A. Desde Freud... no somático, o psíquico. In: Escola Letra Freudiana. *O corpo da Psicanálise*, v. 19, n. 27, 2000.

PRISZKULNIK, L.. As entrevistas diagnósticas em Psicanálise. *Psychê*, v. 2, n. 2, 1998, p. 17-23.

QUINET, A.. *A Descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

_____. A Psiquiatria e sua ciência nos discursos da contemporaneidade. In: QUINET, A. (Org.). *Psicanálise e psiquiatria: controvérsia e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2001.

_____. *As 4 + 1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

_____. *A lição de Charcot*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar, 2005.

_____. *A Descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

REZENDE, A. M. *A Questão da verdade na investigação psicanalítica*. Campinas: Papyrus, 1999.

RODRIGUES, José Carlos. *Tabu do corpo*. Rio de Janeiro: Achiame, 1979.

RÓS F. J, SURÓS BATLLO, J; SURÓS BATLLO, A. *Semiologia médica e técnica exploratória*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.

ROUDINESCO, E. *Jacques Lacan: Esboço de uma vida, história de um sistema de pensamento*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

SAFOUAN, M. *Seminário: angústia, sintoma, inibição*. 2. ed. Campinas, SP: Papyrus, 1989.

SANTOS, F. J. B. Do corpo médico ao corpo na psicanálise. In: Escola Letra Freudiana: *O corpo da Psicanálise*, v. 19, n. 27, 2000.

SARUÉ, S. O sintoma histérico como efeito plástico do ato inconsciente sobre os processos somáticos. In: Escola Letra Freudiana. *O corpo do Outro e a criança*, v. 23, n. 33, 2004.

SOLER, C. "Los diagnosticos", in *Freudiana*, n. 16, Catalúnia, Escuela Europea de Psicanálisis/ Ediciones Paidós, 1996, p. 21-33.

SOUZA, A. *O corpo da psicanálise e a falha-epistemo-somática*. In: Escola Letra Freudiana: *O corpo da Psicanálise*, v. 19, n. 27, 2000.

TRILLAT, E.. *História da Histeria*. São Paulo: Escuta, 1991.

WINTER, J. P. *Os errantes da carne: estudos sobre a histeria masculina*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2001.

VIEIRA, C. Sintoma. *Do Sintoma ao Sinthoma*. In: ESCOLA LETRA FREUDIANA. *O Corpo da Psicanálise*, v. 15, n. 17/18, 1996.

_____. Da angústia ao sintoma. In: ESCOLA LETRA FREUDIANA: *O Corpo da Psicanálise*, v. 19, n. 27, 2000.

_____. *Um corpo que fala*. In: ESCOLA LETRA FREUDIANA. *O Corpo do Outro e a criança*, v. 23, n. 33, 2004.

VALAS, P Horizontes psicossomáticos. In WARTEL, R. (coord.). *Psicossomática e psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

_____. El cuerpo en la biología, la medicina y el psicoanálisis. *Vectores del acontecer analítico*: Publicación de la Biblioteca Internacional de Psicoanálisis, n. 4/5, p. 5-10, nov./1988.

_____. Um fetiche para ingnorantes: a psicossomática. 113-126. In: ESCOLA LETRA FREUDIANA *O corpo do outro e a criança*. Rio de janeiro, v. 23, n. 33, 2004

VIEIRA, C. Sintoma. *Do Sintoma ao Sinthoma*. In: ESCOLA LETRA FREUDIANA *O corpo do outro e a criança*. Rio de janeiro, v. 15, n. 17/18, 1996.

VILHENA, Junia; MAIA, Maria Vitória Campos Mamede. “Nos deram espelhos e vimos um mundo doente”: reflexões sobre agressividade, comportamento anti-social e violência na contemporaneidade. *Revista Científica de Psicologia*, v. 1, n. 1, nov. 2003. Disponível em: <http://www.revista.inf.br/psicologia01/pages/artigos/artigo05.htm>