

## A tortuosa trajetória do corpo na psicanálise

Flávio Carvalho Ferraz<sup>1</sup>

**Resumo:** O trabalho trata do estatuto do corpo em psicanálise, partindo do conceito de *neurose atual* e procurando analisar as razões pelas quais Freud o foi deixando de lado. A seguir, com base em idéias de autores pós-freudianos ligados à escola francesa de psicossomática, são propostas articulações entre as neuroses atuais e os conceitos freudianos de *trauma* e *pulsão de morte*. Por fim, examina-se o aproveitamento clínico dessa proposta. *Grosso modo*, defende-se a idéia de que o corpo, em psicanálise, é essencialmente um “resto”, e que tal “resto” é simultaneamente resto da teoria – aquilo que foi, em determinado momento, abandonado como objeto psicanalítico – e “resto” do *sujeito psíquico* em sua ontogênese, ou seja, o seu patrimônio genético herdado, que fica aquém da formação de um sujeito psíquico fundado na linguagem (logo, marcado pela simbolização) e cujo funcionamento obedece aos esquemas filogenéticos ainda não singularizados. Retoma-se, assim, a distinção entre *corpo somático* e *corpo erógeno*, marcada pela ação do *apoio* (*Anlehnung*) ou da *subversão libidinal*, conforme terminologia de C. Dejours.

**Palavras-chave:** corpo; neuroses atuais; psicossomática.

Nos últimos anos têm proliferado, nas publicações psicanalíticas, trabalhos que tratam do problema das manifestações psicopatológicas que se articulam, de diferentes formas, ao corpo. Não mais àquele corpo da histeria – corpo erógeno ou representado –, mas ao corpo biológico ou soma. Tal preocupação, evidentemente, encontra razão de ser na própria clínica contemporânea, quando se constata um aumento da incidência das patologias que, diferentemente das neuroses, ligam-se de algum modo ao corpo somático, seja pela via do adoecimento, seja pela predominância da ação (*acting*) em sua manifestação (Fuks, 2000). É assim que foram povoando as publicações psicanalíticas temas como as somatizações em geral, os transtornos alimentares, o transtorno do pânico e as adicções, ao lado de fenômenos diversos como a *body art*, o *barebaking*, modificações e manipulações corporais e “novos” tipos de sado-masiquismo (Silva Jr. & Lírio, 2005).

A psicanálise se viu, diante de tais manifestações, convocada a pronunciar-se sobre essa nova realidade, até porque o tipo de demanda presente nos consultórios psicanalíticos foi se alterando. Ocorre que seu aparato teórico-clínico clássico, como sabemos à exaustão, direcionava-se às psiconeuroses; o alvo da clínica psicanalítica sempre foi o sintoma neurótico, entendido de modo bastante peculiar e distinto daquele pelo qual a medicina o define.

<sup>1</sup> Membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae e livre-docente pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Uma das possíveis vertentes da investigação sobre a crescente presença do corpo na psicopatologia passa pela antropologia da sociedade contemporânea. O estudo das peculiaridades da cultura atual pode nos ajudar a formular hipóteses sobre as novas representações e os novos usos que se fazem do corpo. Mas, para a utilização desses dados na psicopatologia, deve haver uma hipótese de cunho psicológico que as fertilize; caso contrário, ficaríamos apenas com informações estanques. E qual seria a hipótese francamente psicanalítica a fazer um elo com a constatação antropológica?

Ora, seria a idéia, hoje bastante aceita, de que um *excesso* não elaborável – produto de um mundo que lança uma quantidade altíssima de estímulos e exigências aos indivíduos, que impõe aos sujeitos um processamento do tempo e das informações praticamente impossível – pode conduzi-los a formas de manifestação do sofrimento psíquico por vias similares às do traumático (Lima, 2000). Aí então as modalidades de sintoma definidas pelas defesas neuróticas, ligadas à formação de representações, de seu recalque e de seu ressurgimento sob formas simbólicas, vão dando lugar a manifestações somáticas, pré-simbólicas, “brutas” ou “cruas”, por assim dizer. Tais manifestações estariam mais próximas do que se convencionou chamar de *actings* do que propriamente do sintoma, na acepção psicanalítica clássica do termo. O corpo, mais do que a linguagem, seria o cenário onde essas formações se desenvolvem: tanto no plano da motricidade – que rege o *acting* dirigido ao exterior ou *acting* psicopático –, como no plano anátomo-fisiológico – em que o *acting* se dirige ao soma, dando origem às mais diversas formas de adoecimento psicossomático.

Pois bem, podemos, assim, organizar esta reflexão em torno da seguinte questão: como a psicanálise pode, hoje, se posicionar sobre o corpo somático e, mais do que isso, sobre o sintoma que se processa *no* soma? E ainda: como pode ela reposicionar seus esquemas clínicos de modo a incluir no estreito espectro da chamada “analisabilidade” esses sintomas cada vez mais freqüentes?

Para tentar realizar essa tarefa, é necessário, como na expressão de Laplanche, “fazer trabalhar” Freud e a psicanálise – por exemplo, procurando os pontos de seu pensamento que iluminam as novas problemáticas. O que ali há de contribuição ao problema do corpo somático não é pouco. Assim trabalhando, é possível ver a obra de Freud em seus avanços e suas paradas, ou, como quer Laplanche, em seus “recalques”. Não raro, verifica-se que o recalque na teoria estará articulado a aspectos do próprio objeto em questão, como tentarei demonstrar mais à frente. A partir dessa perspectiva metodológica, é possível, então, fazer avançar o conhecimento e não temer a aceitação de novos conceitos que, certamente, serão necessários à ampliação do espectro teórico e clínico da psicanálise. Aqueles psicanalistas que se dedicaram ao campo da psicose já haviam provado, antes mesmo do desenvolvimento da psicossomática, que atribuir os critérios de analisabilidade aos pacientes é uma inversão. Quando se diz que certo tipo de paciente é inalisável, atribui-se a ele o que é, em verdade, uma insuficiência do arsenal teórico-clínico disponível no momento.

Partindo do conceito freudiano de “neurose atual” (Freud, 1894/1990) e seguindo por trilhas abertas por autores contemporâneos, proporei outras articulações entre as neuroses atuais com conceitos da própria lavra freudiana, tais como o de *trauma* e o de *pulsão de morte*. Depois, examinarei o aproveitamento clínico dessa proposta. Para antecipar sucintamente o percurso, registro três afirmativas cujos desdobramentos veremos a seguir:

1. O corpo, em psicanálise, é essencialmente um “resto”.
2. Esse resto é simultaneamente resto da teoria – aquilo que em determinado momento foi abandonado como objeto psicanalítico – e “resto” do próprio *sujeito psíquico* em sua ontogênese, ou seja, o seu patrimônio genético herdado, que remanesce aquém da formação de um sujeito psíquico fundado na linguagem (logo, marcado pela simbolização) e cujo funcionamento obedece aos esquemas filogenéticos ainda não singularizados.
3. O fato de ser “resto” na teoria decorre exatamente do fato de ser o “resto” da ontogênese psíquica, ou seja, aquilo que permaneceu, como um remanescente do corpo somático, fora da área de ação do *apoio* (*Anlehnung*); permaneceu, portanto, como corpo somático propriamente dito, sem se “converter” em corpo erógeno. Dejours (1991) dirá: sem sofrer o processo de *subversão libidinal*.

Freud, como sabemos, fazia uma distinção entre as psiconeuroses e as neuroses atuais, as primeiras apresentando sintomas psíquicos e as outras, sintomas somáticos. Entretanto, o que se verificou no desenvolvimento ulterior da psicanálise foi um progressivo abandono dessa nosografia, devido à ênfase que se deu ao papel do recalque e da sexualidade infantil na constituição do campo propriamente psicanalítico. A idéia de *neurose atual*, sobre a qual Freud despenderá tantos esforços, foi, silenciosamente, perdendo importância e caindo em desuso. Contudo, não se pode dizer que ele chegou a abandonar explicitamente tal categoria. Ao contrário, ela ainda surgiria intacta em outros momentos de sua obra (Freud, 1908/1980, 1914/1980 e 1917/1980).

Como explicar esse crepúsculo das neuroses atuais na teoria psicanalítica? Por que Freud as teria deixado de lado? Parece ter sido este o preço para que se desenvolvesse toda uma teoria das psiconeuroses que se confundiria, até certo ponto, com a teoria psicanalítica em si mesma (Ferraz, 1997). Em suma: quando o *corpo erógeno*, conceito genialmente descoberto a partir do estudo da histeria, ganhou a cena como local em que se processavam os sintomas psiconeuróticos, o corpo somático sofreu um apagão no pensamento psicanalítico. É assim que as funções remanescentes do corpo – aquelas ligadas ao domínio do somático ou ao registro da necessidade – foram deixadas de lado. Como afirma Nayra Ganhito (2001), é como se o sonho tivesse tirado todo o lugar do sono, o primeiro assimilado à vida fantasmática e o segundo, ao funcionamento biológico.

Dejours (1988) procura dar uma explicação histórica a esse fato. Para ele, Freud se afasta progressivamente da neurofisiologia e, quando passa a falar em angústia psíquica, refere-se a uma outra angústia que talvez não seja a mesma da qual falava antes, isto é, a angústia somática (aquela das neuroses atuais). “É provável que já não fale mais dos mesmos doentes. Pois seu centro de interesse deslocou-se para os neuróticos” (p. 31), afirma Dejours. E prossegue:

Para dizer a verdade, Freud dá lá e cá, em seus manuscritos da época, detalhes clínicos que permitem reconhecer doentes caracteropatas [isto é, que sofrem de doenças somáticas]. Ainda perto de sua prática neurológica, não é surpreendente que Freud tenha tido muito contato com esse tipo de paciente que se encontra nas consultas médicas [...] Mas, à medida que se desenvolveram suas teorias a partir da histeria, ele começa a ser conhecido por outra coisa do que tratar

estados de angústia ou de nervosidade, e sua prática muda. A técnica psicanalítica contribui para trazer os neuróticos ao seu consultório, enquanto aos poucos os primeiros pacientes se rarefazem e não têm mais o mesmo interesse por ele (Dejours, 1988, p. 32).

Na conferência *O estado neurótico comum*, o próprio Freud (1917/1980) dá testemunho desse processo, demonstrando profundo interesse pelo processo complexo através do qual o psiconeurótico exclui suas atividades sexuais de qualquer consideração, enquanto nas neuroses atuais “a significação etiológica da vida sexual é um fato indisfarçado que salta aos olhos do observador” (p. 449). Diz ele que chegou até a “sacrificar sua popularidade” junto a certos pacientes para provar a tese sobre a participação da sexualidade na formação das neuroses, quando, nas neuroses atuais, bastara “um breve esforço para que pudesse declarar que, se a *vita sexualis* é normal, não pode haver neurose” (p. 450).

Pois bem, visto que a consideração sobre neuroses atuais, ao menos com essa terminologia, foi cessando na obra de Freud, o que dizer sobre a continuidade de seu trabalho inicial, quando genialmente intuía a divisão estrutural entre duas formas distintas de formação de sintomas e, dito de outra forma, de processamento da angústia?

Uma resposta a essa indagação pode ser buscada em *Além do princípio do prazer*, de 1920, trabalho que muitos vêem como uma verdadeira inflexão em seu pensamento. Entretanto, é perfeitamente plausível pensar que se tratou de uma retomada daquela intuição clínica inicial de que se originaria o conceito de neurose atual. Pois se trata exatamente de uma psicologia do traumático, ou seja, do não-representável. Nesse sentido, gostaria de priorizar, entre os diversos elementos contidos na complexa e controversa idéia de pulsão de morte, aquele que a define fundamentalmente como um *dispositivo anti-representacional*. O retorno ao estado originário (Freud diz: ao inorgânico) poderia ser visto mais como retorno ao pré-representacional, que remete diretamente ao corpo biológico primordial.

Ora, esse corpo anátomo-fisiológico é aquele que ficou aquém da ação da linha do apoio (*Anlehnung*), preso, portanto, ao domínio da *necessidade*, isto é, não convertido à sexualidade psíquica. Dejours (2001) foi o autor que levou às últimas conseqüências a teoria freudiana do apoio, propondo um fenômeno que chamou de *subversão libidinal*. Nessa operação, que funda o corpo erógeno por sobre o corpo somático, a criança procura mostrar aos pais que seu corpo não se presta unicamente à satisfação das necessidades vitais. A boca, por exemplo, já não serve apenas para a função de nutrição, mas também para o sugar sensual, para o morder, para o beijo e assim por diante. O processo pode até se radicalizar quando, para tentar afirmar que a boca nem sequer serve mais ao propósito da nutrição, o sujeito recusa os alimentos, ingressando numa anorexia. É nesse sentido que o apoio pode se definir como uma verdadeira *subversão*.

Por meio dessa subversão, o sujeito liberta-se parcialmente do domínio das “funções fisiológicas, dos instintos, dos seus comportamentos automáticos e reflexos, e até mesmo de seus ritmos biológicos” (p. 16) – como ironiza François Dagognet (citado por Dejours, 1991), esse sujeito seria quase tomado como uma miragem. No entanto, não é bem assim. A ontogênese do sujeito psíquico marca também o nascimento de um novo corpo, colonizado pela libido; o domínio da pura necessidade cede lugar aos jogos mais elaborados, que pertencem ao domínio propriamente do desejo. Mas a subversão será sempre um processo inacabado, sendo possível, sob certas condições, um movimento regressivo na linha do apoio, quando

então a função somática se imporá sob o domínio psíquico. Contudo, o corpo somático, depois do movimento da subversão, já não será o mesmo, visto que uma parte da energia inerente aos programas comportamentais filogenéticos foi derivada para fins eróticos, o que retira o sujeito da determinação biológica. Instaura-se um modo de funcionamento desse corpo que agora não serve mais apenas à ordem fisiológica, mas desdobra-se em expressão de um sentido. Trata-se do que Dejours (1991) chama de *agir expressivo*, no qual há uma dimensão de intencionalidade e de direcionamento ao outro.

E como se processa a subversão libidinal? Ela se dá basicamente graças à relação que se estabelece entre a criança e seus pais. O corpo erógeno surge como resultado de um “diálogo” que se dá em torno do corpo e de suas funções e que tem como ponto de apoio justamente os cuidados corporais fornecidos pelos pais. Assim, o resultado dependerá fundamentalmente do inconsciente parental, da história dos pais, de sua sexualidade, suas inibições e suas neuroses. Aquilo que os pais comunicam à criança é captado por esta como um enigma, mas é fundamentalmente enigma também para eles, visto que pertence ao domínio do inconsciente. Trata-se do que Laplanche (1992) chamou, com muita propriedade, de *significante enigmático*.

Dito de outro modo, e recorrendo a Freud, podemos pensar que esse corpo erógeno que se cria a partir do apoio ou da subversão libidinal é um *corpo representado*, ou mesmo o *corpo da representação*. Esquemáticamente, poderíamos afirmar: enquanto o processo de conversão, na histeria, opera sobre o corpo representado, a somatização recai sobre o corpo biológico ou somático; recai exatamente sobre a função não subvertida – logo, não representada. E aqui nos encontramos com o papel definitivo da pulsão de morte na eclosão das patologias não-neuróticas, ligadas ao registro do corpo real. Sobre a função com a qual a mãe não puder “brincar”, não incidirá uma subversão, permanecendo ela, então, mais suscetível às respostas menos elaboradas psiquicamente ou, em outros termos, expostas às respostas estereotipadas e impessoais herdadas da filogênese. Tais respostas passarão principalmente pelo *acting*, em detrimento do pensamento, e, em vez de se expressarem como sintoma que recorre à linguagem para se constituir, vão lançar mão da motricidade automática ou da descarga sobre o soma (Volich, 1998).

É novamente Dejours (1991) quem arrisca um ponto de vista no mínimo ousado sobre essa determinação das patologias não-neuróticas, chegando ao que eu aqui proponho chamar de *teoria da somatização generalizada*. Nas doenças psicossomáticas reconhecidas como tais, que são doenças orgânicas, teríamos um processo de somatização incidindo sobre determinada função que escapou da plena subversão libidinal. Poderia ser a digestão, a respiração ou a função ligada à pele, por exemplo. O próprio sono, como mostra Ganhito (2001), é uma função biológica a ser erogeneizada, graças à riqueza dos rituais de adormecimento que a mãe proporciona ao seu bebê. A insônia, assim, poderia ser encarada como uma espécie de somatização. Quando não ocorre a subversão libidinal, a função permanece exposta ao funcionamento fisiológico, o que Dejours chama de *forclusão da função*:

Uma *função do corpo* que não pôde se beneficiar de uma *subversão libidinal* em benefício da economia erótica durante a infância, em razão dos impasses psiconeuróticos do pais, é condenada a manter-se expulsa do jogo ou de todo o comércio erótico. De qualquer forma, essa função é a forclusão da troca intersubjetiva (Dejours, 1991, p. 30).

Dejours, de modo muito peculiar, estende a hipótese da subversão libidinal para além das doenças classicamente reconhecidas como “psicossomáticas”. Propõe que também a psicose possa ocorrer por uma falha nesse processo, quando limitações parentais se colocam sobre o campo do pensamento associativo. Para ele, a psicossomática interessou-se sobretudo pelas doenças viscerais – mais claramente ligadas ao soma –, mas esqueceu-se de que o sistema nervoso central e o encéfalo fazem parte do corpo somático. Assim, justifica-se que a psicossomática reivindique para si o terreno das doenças mentais (esquizofrenia, paranóia e psicose maníaco-depressiva) e também neurológicas (mal de Alzheimer e doença de Parkinson, por exemplo). Ademais, considerar as doenças mentais como doenças do corpo seria coerente com as recentes descobertas das neurociências. A psicose, assim, seria uma somatização que, em vez de atingir as vísceras, atinge o cérebro, o que significa que as falhas na subversão libidinal ou o “desapoiamento da função” ocasionaram estragos no sistema nervoso central.

A postulação da pulsão de morte por Freud foi, sem dúvida, um retorno da temática psicopatológica, presente em 1894 nas neuroses atuais. Tanto é que trouxe de volta o aspecto econômico da metapsicologia, que ficara ofuscado, por uma longa temporada, pelo aspecto dinâmico. Assim, a pulsão de morte responde pelo que veio a se chamar de “fator atual”, presente nas formas de adoecimento não-neurótico, mas encontrada também como um fundo – resíduo ou precipitado – não elaborável ou não representável que subjaz a toda psicose. Segundo Dejours (1988), Freud só pôde evocar a “angústia automática” e o “estado de aflição” (*Hilflosigkeit*) em sua última teoria da angústia porque pouco antes introduzira o conceito de pulsão de morte e falara em “neurose traumática”, o que para ele constituía “inegavelmente o ressurgimento das neuroses atuais de 1895”, quando a preocupação com o biológico volta à cena, “ao mesmo tempo em que são evocadas as doenças somáticas e a morte biológica que quase tinham desaparecido da teoria psicanalítica” (p. 33).

Ora, Freud já deixara assinalado, na conferência de 1917, que um “fator atual” subjaz a toda psicose. Seria algo como o limite do representável, ou, dizendo de modo livre, uma espécie de “umbigo” de todo sintoma simbólico que marca o substrato somático sobre o qual o funcionamento psíquico se assenta. Numa metáfora do próprio Freud (1917/1980), as influências somáticas desempenhariam o papel de um “grão de areia que o molusco cobre de camadas de madrepérola”, quando se produzem os sintomas histéricos. Diz Freud ainda:

[...] uma notável relação entre os sintomas das neuroses atuais e os das psicoses oferece mais uma importante contribuição ao nosso conhecimento da formação dos sintomas nestas últimas. Pois um sintoma de uma neurose atual é freqüentemente o núcleo e o primeiro estágio de um sintoma psiconeurótico (Freud, 1917/1980, p. 455).

A pulsão de morte atua como um dispositivo contra a representação; nesse sentido, pode conduzir ao desapoiamento da função. Corresponde à força que leva ao que Marty (1998) chamou de *má mentalização*, ou seja, um *déficit* representacional que torna empobrecidos o sistema inconsciente e o pré-consciente, fazendo-se sentir sobretudo pelo discurso concreto e objetivo e pela carência de atividade onírica.

A angústia, nesse caso, seria sempre a angústia automática da qual Freud (1926/1980) veio a falar em *Inibições, sintomas e angústia* e que retoma, de certo modo, aquela angústia definida como descarga em 1985 no caso das neuroses atuais. Trata-se de uma modalidade

de angústia que é sobretudo somática, numa contrapartida da angústia-sinal, essencialmente psíquica. A angústia automática é aquela que marca uma *falha do ego* diante do perigo, quando este, não tendo tido condições de examinar os processos da realidade, deixa-se tomar de surpresa. É claro que estamos falando aqui do trauma, ou seja, do irrepresentável que se articula exatamente à pulsão de morte. *Grosso modo*, o sujeito da neurose atual funciona no registro da neurose traumática; responde automaticamente, passando ao largo dos processos propriamente psíquicos na sua montagem sintomática. Age segundo os modelos herdados da filogênese ou aprendidos intelectualmente, mas sem a singularidade e a criatividade inerentes às formações simbólicas, essencialmente idiopáticas. Desconhece o *agir expressivo*: age sem metaforizar sua experiência na produção de uma resposta; responde, quando muito, lançando mão de uma produção metonímica.

Michel de M'Uzan (2003) retoma o problema do “fator atual” que jaz no fundo de toda psicose, e que se encontra na própria superfície das neuroses atuais, para afirmar que ele constitui o fundo inanalísável do neurótico. Os traumas verdadeiros, sendo inelaboráveis, não são passíveis de se representarem; convertem-se em força degradante da energia de autoconservação. Assim, para ele, a articulação entre pulsão de morte e compulsão à repetição não é indispensável. A incidência letal da compulsão à repetição não necessita de uma referência necessária à atividade de um instinto ou de uma pulsão especial: explica-se pela degradação da energia atual, em essência um fator quantitativo que coincide com a força de autoconservação e que passa a funcionar de modo perverso diante do trauma verdadeiro, irrepresentável. Seria a isso que a psicanálise chamou de “pulsão de morte”.

Marília Aisenstein e Claude Smadja (2003), que, a exemplo de M'Uzan, pertencem à Escola Psicossomática de Paris, também se preocuparam com a questão do “fator atual”. Lembram que a obra de Pierre Marty é indispensável por ter definido uma “ordem psicossomática” que organizou o pensamento dos psicossomatistas da primeira geração da escola de Paris. Marty, de fato, deu particular atenção ao aspecto econômico e à textura e variabilidade do funcionamento mental. Foi assim que localizou e definiu o “pensamento operatório”, presente numa organização psíquica em que “os delegados pulsionais, que são as representações efetivamente investidas, parecem estar ausentes” (p. 410).

Isto que, no pensamento de Marty, aparece como carência – *déficit* do funcionamento mental – pode ser compreendido e explicitado no âmbito geral da teoria freudiana por meio da noção de pulsão de morte, que dá conta da destruição dos processos de pensamento verificados nos estados operatórios e em patologias comportamentais, que podem então ser compreendidos como resultados de um verdadeiro “dispositivo antipensamento” (Aisenstein & Smadja, 2003, p. 412).

Concluo, com esses autores, propondo a idéia de que, após a segunda teoria pulsional, de 1920,

as neuroses atuais saem de sua latência teórica e são repensadas por Freud numa perspectiva econômica e se integram conceitualmente a uma introdução além do princípio do prazer [...]. Hoje não há mais dúvida de que a neurose atual contém, na sua organização, uma dimensão traumática e que a destrutividade interna é obra dos mecanismos interruptivos que privam o tecido mental de uma parte de suas pulsões eróticas (p. 413).

E a clínica psicanalítica, o que nela se transforma com isso? Freud (1917/1980) parecia descrente sobre a potência da psicanálise diante das neuroses atuais, deixando-as para o domínio da medicina. Chegou a afirmar que “os problemas das neuroses atuais, cujos sintomas provavelmente são gerados por uma lesão tóxica direta, não oferecem à psicanálise qualquer ponto de ataque”. E que esta “pouco pode fazer para esclarecê-los”, devendo “deixar a tarefa para a pesquisa biológico-médica” (p. 453).

Ora, o que a clínica psicossomática fez foi restituir à psicanálise uma problemática – o corpo – que, apenas por um equívoco, ficou-lhe alheia por tantos anos. *Grosso modo*, essa exclusão se deveu à idéia de que aquilo que se expressa no corpo somático não tem *sentido*, tal como se compreende “sentido” no sintoma neurótico. Até mesmo Marty (1993), um dos grandes responsáveis por esse retorno do corpo, corroborava tal impressão, propondo ao doente somático uma psicoterapia não interpretativa, situada mais no plano da pára-excitação do que propriamente nos remanejamentos dinâmicos; seria uma psicoterapia centrada no aspecto econômico, por assim dizer.

A abordagem lacaniana não deixa de ir na mesma linha, quando recusa à formação psicossomática o estatuto de sintoma – este reservado à neurose – para falar em *fenômeno psicossomático*. Este estaria privado de um caráter fundamental ao sintoma: a intencionalidade – no sentido husserliano<sup>2</sup> –, que se traduz pela proposição de que tal “fenômeno” não estaria endereçado ao outro.

Mas seria mesmo impossível pensar que a manifestação sintomática no corpo pode conter um outro sentido que já não seja um “sentido” na acepção em que empregamos o termo para as psiconeuroses?

É aqui que vislumbramos a importância da noção dejouriana de *trabalho do sintoma*. Vejamos do que se trata. Quando um sintoma surge no corpo, ele é o resultado de uma simbolização que foi abortada, que não se fez. Mas não podemos negar-lhe o caráter de rudimento. Isso é evidente, por exemplo, no transtorno do pânico, que fica aquém da fobia por não encontrar um objeto. Se tal sintoma é tratado apenas no plano somático, isto é, medicalizado, ele pode cessar temporariamente, sem se desenvolver em direção ao possível sentido a que daria início se para tal fosse potente. Mas, quando esse sintoma é “escutado”, pode se tornar possível, sob transferência, fantasmaticá-lo, nem que seja por meio de uma elaboração secundária, o que não lhe restituiria seu sentido “causal” ou “verdadeiro” – se ainda fôssemos positivistas! –, mas lhe ofereceria uma oportunidade de ingressar na categoria de *formação do inconsciente*. Dejours define a tarefa da seguinte maneira:

A partir do seu surgimento, o sintoma pode conhecer dois destinos: ou bem a intencionalidade se detém no sintoma, ou bem ela se prolonga no movimento de realização de seu sentido. [...] Se a escolha do sujeito é deter as coisas, o sintoma não tem sentido. O cenário vai de uma intencionalidade sem significação a um tratamento médico convencional, em regra, nos dias de hoje. Se a escolha é concluir o trabalho do sintoma, então talvez o sentido possa ter lugar. Com a condição, todavia, de que sua vontade encontre a do outro, e

<sup>2</sup> Husserl (1901-1980) define a estrutura da consciência como *intencionalidade*. Nesta acepção, a palavra significa “dirigir-se para”, “visar alguma coisa”. Para ele, a consciência não é uma substância (alma), mas uma atividade constituída por *atos* (percepção, imaginação, volição, especulação, paixão etc.), com os quais visa algo.



isso quer dizer, no presente caso, um analista disposto a oficializar esta intencionalidade (Dejours, 1991, p. 36).

Portanto, renuncia-se aqui à exigência de que o sentido do sintoma coincida com sua causa ou origem. Quando se mantém o foco em sua intencionalidade, o sentido pode ser encarado como contingente, produto do encontro analítico. Sua validação não obedece ao caráter anamnésico de uma verdade enfim descoberta, mas vai na direção que lhe emprestou William James<sup>3</sup> e, depois, a pragmática da linguagem:<sup>4</sup> o sentido está na mudança psíquica que marca sua reapropriação pelo sujeito, indo de encontro à forclusão da função e estabelecendo – ou restabelecendo – o agir expressivo (algo próximo à *gestualidade* de que falava Winnicott<sup>5</sup>) e, não raro, levando à desaparecimento ou à estabilização de uma doença psicossomática, de um transtorno do pânico ou de um uso patológico da motricidade, como se verifica na hiperatividade infantil ou na incontinência motora de certos pacientes *borderlines*.

### *El tortuoso camino del cuerpo en psicoanálisis*

**Resumen:** *El trabajo trata del estatuto del cuerpo en psicoanálisis, partiendo del concepto de neurosis actual y analizando las razones por las que Freud lo fué dejando de lado. Partiendo de las ideas de autores pos-freudianos relacionados a la escuela francesa de psicossomática, se proponen articulaciones entre las neurosis actuales y los conceptos freudianos de trauma y pulsión de muerte. Se evalúa también el aprovechamiento clínico de esta propuesta. Grosso modo, se defiende la idea de que el cuerpo, en psicoanálisis, sería esencialmente un “resto”, y que tal “resto” es simultáneamente resto de la teoría – aquello que fué, en determinado momento, abandonado como objeto psicoanalítico – y “resto” del sujeto psíquico en su ontogénesis, o sea, su patrimonio genético heredado que queda mas allá de la formación de un sujeto psíquico fundado en el lenguaje (consecuentemente, marcado por la simbolización) y cuyo funcionamiento obedece a los esquemas filogenéticos todavía no singularizados. Se retoma así la distinción entre cuerpo somático y cuerpo erógeno, marcada por la acción del apoyo (Anlehnung) o de la subversión libidinal, siguiendo la terminología de C. Dejours.*

**Palabras claves:** *cuerpo; neurosis actuales; psicossomática.*

- <sup>3</sup> William James (1909-1979) subverteu a noção corrente de *verdade* ao incluir, entre as condições para sua verificabilidade, a *funcionalidade*. Assim, a verdade, não mais se define como adequação entre a mente e a realidade exterior ou como coerência das idéias entre si. De acordo com o *pragmatismo* que professou, a verdade não mais é compreendida como algo dado ou já feito, mas algo que se encontra em constante processo de fazer-se. Tal concepção estendeu-se para além do domínio da ciência, adentrando os campos da moral e da religião: para James, a crença religiosa poderia também ter seu valor de verdade. Contrapondo-se à tradição racional, ele sustentou que a verdade é tudo aquilo que pode satisfazer o desejo de compreensão global das coisas e que, ao mesmo tempo, pode constituir-se em um bem vital para determinado indivíduo.
- <sup>4</sup> No texto “Como nos espelhos, em enigmas”, introdução do seu livro *A ética e o espelho da cultura*, Jurandir Freire Costa (1994) explicita a visão da pragmática da linguagem sobre o problema da validação de uma verdade, retomando, entre outros autores, Davidson, para quem a verdade seria um “puro termo de aprovação ou de advertência, e não uma relação de correspondência ou adequação entre teoria e realidade” (p. 28). A asserção se presta como justificativa do valor da elaboração secundária na clínica psicanalítica do sintoma somático de que estamos tratando.
- <sup>5</sup> Sobre o gesto nesta acepção, ver o livro *O gesto espontâneo*, de Winnicott (1990); ver também a extensa discussão sobre a gestualidade feita por Decio Gurfinkel (2004), que, apesar da diferença de referencial teórico, aproxima-se da idéia de *agir expressivo* de Dejours.

*The tortuous path of the body in psychoanalysis*

**Abstract:** *The paper is about the status of the body in psychoanalysis, starting with the concept of actual neurosis and trying to assess the reasons as to why Freud ignored it. Next, based on the ideas of the post-Freudian authors connected to the French school of psychosomatics, connections are proposed between actual neurosis and the Freudian concepts of trauma and death instinct. Lastly, the clinical progress of this undertaking is assessed. The idea put forward is that in psychoanalysis the body means essentially a “remainder”, and that this “remainder” is at the same time the remainder of the theory – which was abandoned, at a specific moment, as a psychoanalytic object – as well as the “remainder” of the psychic subject in his ontogenesis, i.e., his inherited genetic patrimony, which does not quite achieve the constitution of a psychic subject based on language (and therefore characterized by symbolization) and which functions in accordance with the phylogenetic schemes that have not yet been categorized. This denotes a resumption of the distinction between somatic body and erogenous body characterized by the action of support (Anlehnung), or of libidinal subversion, as coined by C. Dejours.*

**Keywords:** *body; actual neurosis; psychosomatics.*

**Referências**

- Aisenstein, M. & Smadja, C. (2003). A psicossomática como corrente essencial da psicanálise contemporânea. In A. Green (org.), *Psicanálise contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago.
- Costa, J. F. (1994). Introdução: como nos espelhos, em enigmas. In *A ética e o espelho da cultura*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Dejours, C. (1988). *O corpo entre a biologia e a psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- \_\_\_\_\_. (1991). *Repressão e subversão em psicossomática: Pesquisas psicanalíticas sobre o corpo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- \_\_\_\_\_. (1999). As doenças somáticas: sentido ou sem-sentido? *Pulsional. Revista de Psicanálise*, 12(118):26-41.
- \_\_\_\_\_. (2001). *Le corps, d'abord*. Paris: Payot.
- Ferraz, F. C. (1997). Das neuroses atuais à psicossomática. In F. C. Ferraz e R. M. Volich (orgs.), *Psicossoma: Psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Freud, S. (1980). Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome intitulada “neurose de angústia”. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. 3. Trad. J. Salomão. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1894.)
- \_\_\_\_\_. (1980). Moral sexual “civilizada” e doença nervosa moderna. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. 9. Trad. J. Salomão. (Trabalho original publicado em 1908.)
- \_\_\_\_\_. (1980). Sobre o narcisismo: uma introdução. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. 14. Trad. J. Salomão. (Trabalho original publicado em 1914.)
- \_\_\_\_\_. (1980). Conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência 24: O estado neurótico comum. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. 16. Trad. J. Salomão. (Trabalho original publicado em 1917.)
- \_\_\_\_\_. (1980). Inibições, sintomas e ansiedade. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. 20. Trad. J. Salomão. (Trabalho original publicado em 1926.)
- Fuks, M. P. (2000). Questões teóricas na psicopatologia contemporânea. In L. B. Fuks e F. C. Ferraz (orgs.), *A clínica conta histórias*. São Paulo: Escuta.
- Ganhito, N. C. P. (2001). *Distúrbios do sono*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gurfinkel, D. (2004). *Sonho, sono e gesto: estudo das funções intermediárias no processo onírico*. Tese de doutorado. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Husserl, E. (1980). Investigações lógicas. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural. (Trabalho original publicado em 1901.)

- James, W. (1979). O significado da verdade. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural. (Trabalho original publicado em 1909.)
- Laplanche, J. (1992). *Novos fundamentos para a psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- \_\_\_\_\_. & Pontalis, J. B. (1984). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1967.)
- Lima, A. A. S. (2000). A produção paradoxal do nosso tempo: intensidade e ética. In L. B. Fuks e F. C. Ferraz, *A clínica conta histórias*. São Paulo: Escuta.
- Marty, P. (1993). *A psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- \_\_\_\_\_. (1998). *Mentalização e psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Marty, P. & M'Uzan, M. (1994). O pensamento operatório. *Revista Brasileira Psicanálise*, 28(1):165-74.
- M'Uzan, M. (2003). No horizonte: "o fator atual". In A. Green (org.), *Psicanálise contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago.
- Silva Jr., N. & Lirio, D. R. (2005). As destruições intencionais do corpo: sobre a lógica do traumático na contemporaneidade. In C. P. França (org.), *Perversão: variações clínicas em torno de uma nota só*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Volich, R. M. (1998). O fundamento psicanalítico da psicossomática. In R. M. Volich, F. C. Ferraz e M. A. A. C. Arantes (orgs.), *Psicossoma II: Psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Winnicott, D. W. (1978). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no *setting* psicanalítico. In *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1954.)
- \_\_\_\_\_. (1990). *O gesto espontâneo*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1954.)

[Recebido em 15.5.2007; aceito em 21.8.2007]

Flávio Carvalho Ferraz  
Rua João Moura, 647/121 – Pinheiros  
05412-911 – São Paulo SP – Brasil  
Tel. 55 11 3088-9606  
ferrazfc@uol.com.br