

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

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

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

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

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

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

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

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

4.1.

Memória corporal: a clínica do ato

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2.

Dor e corpo: marcas de violência precoce

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Como os autores definem, trata-se de

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

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

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

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

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

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