

Introdução

François Dagognet afirma no prefácio do livro *O Corpo entre a Biologia e a Psicanálise* (1988) que Dejours cometeu uma falta imperdoável ao atrever-se a abrir uma discussão proibida, porque desafia as doutrinas, os territórios e as fronteiras. A discussão afronta a própria questão do corpo no seu duplo registro, ao mesmo tempo biológico e erógeno, chegando a esclarecer os ardis somatopsíquicos. Para Dagognet, a dificuldade desencoraja e, até mesmo, os filósofos mais audaciosos renunciaram à tarefa por correr-se o risco de cair num monismo incompreensível e redutor ou num dualismo enigmático. O impasse pune o aventureiro e a história das soluções-compromisso só traz pobreza e desgosto. Então, inquieto e corroído pela culpa, Dejours procurou um juiz-árbitro, um universitário, distanciado desse drama, para avaliar sua violência, senão seu crime teórico. Dagognet deve a esta situação excêntrica a alegria de ter sido o primeiro a ler o livro acima citado e afirma que o psicanalista e o antropólogo não poderão ignorá-lo, nem o biólogo renegá-lo e, como epistemólogo que é, reconhece aí uma vitória.

O assunto que Dejours (1988) aborda no livro e Dagognet lê em primeira mão conferindo valor vitorioso à empreitada, é a questão da unidade do homem apoiada “ao mesmo tempo nas aquisições da Biologia contemporânea e nas observações provenientes da clínica psiquiátrica e psicanalítica” (Dejours, 1988, p.12). Para o autor, não se trata de propor uma *síntese* entre a Biologia e a Psicanálise, visto que, ela não existe. A finalidade de seu trabalho é apenas pôr frente a frente certos conhecimentos da Biologia com certos resultados da investigação clínica. Sendo assim, o corte entre Biólogos e Psicanalistas, não é apenas a repetição do distanciamento cartesiano entre o corpo e o espírito, pois os dois lados deploram esse distanciamento tornando esse corte grave e difícil de ser ultrapassado. Dagognet elucida com poesia e veemência a complexidade que é abordar a questão do corpo em psicanálise e Dejours (1988) nos convida a refletir sobre o tema sem a proposta de superposição, nem síntese: ao par corpo e espírito propõe dar a cada um deles o que lhes pertence.

A proposta de Dejours (1998) nos parece tanto sensata quanto complexa e, ao nos propormos a pesquisar e refletir sobre as questões do corpo e suas modificações na clínica psicanalítica, inevitavelmente somos convocadas a executar a delicada tarefa de delimitar, nesta introdução, um recorte que comporte a noção de corpo que iremos abordar. Se para Dejours (1988) Freud era um neurobiólogo² e na publicação *A Interpretação de Sonhos* (Freud, 1900) há uma “elaboração que marca uma renúncia absoluta a esta primeira perspectiva de pesquisas e propõe-se a desenvolver os conceitos da psicanálise a partir da clínica, sem mais referências à Biologia” (Dejours, 1988, p.13), na clínica sabemos que o corpo e toda a dimensão corporal ficaram durante muitos anos afastados do interesse da psicanálise. Para Birman (1999) ocorreu uma espécie de esquecimento e de recalçamento do corpo em psicanálise, nos modelos teóricos que procuravam logificar o sujeito do inconsciente, seja pela via do pensamento, seja pela linguagem.

O fato é que boa parte da teorização da era pós-freudiana parece ter caminhado privilegiando sua organização em torno da noção de representação e do registro do recalçamento. Apesar de Dejours (1998) ter ressaltado que Freud nunca falou de incompatibilidade entre *teoria* psicanalítica e Biologia, abordar o corpo e seu estatuto em psicanálise requer cautela, pois esse corpo também é matéria e devemos levar em consideração, além dos aspectos simbólicos e imaginários, a sua biologia e a cultura. A pergunta poderia ser, então, como falar do corpo? Bruno Latour (2004) em uma comunicação apresentada ao simpósio *Theorizing the Body*, em Paris, em setembro de 1999, fez um pequeno teste e pediu aos participantes que anotassem o antônimo da palavra “corpo” (*body*). Recebeu uma longa lista, com algumas definições previsíveis e divertidas, como “anticorpo” (*antibody*) ou “ninguém” (*nobody*); mas afirma que as que mais chamaram a sua atenção foram “insensível” e “morte”. Para Latour “se o contrário de ser um corpo é morrer, não podemos pretender ter uma vida separados do corpo, muito menos uma vida depois da vida, ou uma vida do espírito: ou se tem

² Dejours refere-se, neste ponto do texto, à formação acadêmica de Freud e ao fracasso na tentativa de publicar o *Esboço de uma Psicologia Científica* (1895), compreendido como o risco de, partindo dos conhecimentos da época sobre o sistema nervoso, bascular numa construção fantasiosa. Marca a publicação de 1900 – *A Interpretação de Sonhos*, como a primeira distante da Biologia.

um corpo, se é um corpo; ou está-se morto, é-se cadáver, um número numa macabra contagem de corpos” (Latour, 2004, p.39).

Mesmo que nossos objetivos sejam diferentes da proposta do filósofo Latour ao falar do corpo³ é interessante ressaltar que as palavras que mais chamaram a atenção dele como antônimo de corpo (*body*) tenham sido “insensível” e “morte”. O insensível remete-nos ao seu contrário, o sensorial, que acreditamos ser extremamente importante na constituição do corpo e do psiquismo. A palavra morte remete-nos às ideias de Foucault em seu livro *O Nascimento da Clínica* (1980), com seu projeto deliberado de determinar as condições de possibilidade da experiência médica, tal como a época moderna a conheceu, considerando o que desde o princípio as sistematiza para torná-las, pelo tempo a fora, infinitamente acessíveis a novos discursos e abertos à tarefa de transformá-los. No capítulo VIII intitulado *Abram Alguns Cadáveres*, o autor nos apresenta a bela transmutação do cadáver: “um terno respeito o condenava a apodrecer no negro trabalho da destruição; na audácia do gesto que viola apenas para desvelar, o cadáver se torna o mais claro momento das figuras da verdade. O saber tece onde cresce a larva” (Foucault, 1980, p.142). A morte, representada pela figura do corpo morto, do cadáver, parece permitir que, ao se investigar a doença, se ilumine a vida.

Interessante para nós também ressaltar que Foucault (1980) ao tratar do espaço, da linguagem, da morte e do olhar inicia sua pesquisa apresentando-nos o tratamento dado por Pomme⁴ a uma histérica em meados do século XVIII, fazendo-a tomar banhos de 10 a 12 horas por dia, durante dez meses. Ao término desta cura contra o ressecamento do sistema nervoso e o calor que o conservava, Pomme viu “porções membranosas semelhantes a pedaços de pergaminho molhado... se desprenderem com pequenas dores e diariamente saírem na urina, o ureter do lado direito se despojar por sua vez e sair por inteiro pela mesma via⁵”. O mesmo ocorreu “com intestinos que, em outro momento, se despojaram de sua túnica interna, que vimos sair pelo reto. O esôfago, a traquéia-artéria e a língua

³ Latour apresenta a comunicação - *Como falar do corpo? A dimensão normativa dos estudos sobre a ciência*, em 1999, em Paris, e teoriza suas idéias a partir das “conversas com o corpo”, aprofundadas no campo da filosofia e antropologia. Nosso campo de pesquisa é a psicanálise.

⁴ Foucault localiza sua pesquisa no *Traité des affections vaporeuses des deux sexes* de P. Pomme, 4ª edição, Lyon, 1769, T. I, p. 60-65.

⁵ Ibid.

também se despojaram e a doente lançara vários pedaços por meio de vômito ou de expectoração⁶”.

Pomme, provavelmente, utilizou-se dos conhecimentos médicos da época para oferecer esse tipo de tratamento a esta paciente histérica. Século XVIII, época de inquietudes, pesquisas e descobertas que referenciavam o corpo doente e seus mistérios ainda não desvendados pela “ciência”. Quase cem anos depois de Pomme, Bayle⁷, em 1825, percebe e descreve minuciosamente uma lesão anatômica do encéfalo e seus invólucros, trata-se de “falsas membranas” que freqüentemente se encontram nos indivíduos atingidos por “meningite crônica”, [...] as falsas membranas são freqüentemente transparentes, sobretudo quando muito delgadas; mas habitualmente apresentam uma cor esbranquiçada, acinzentada, avermelhada e, mais raramente, amarelada, acastanhada e enegrecida [...]. Essa descrição detalhada e atenta elucidou um salto conceitual existente entre as colocações de Pomme e Bayle. O primeiro conduzia os velhos mitos da patologia nervosa à sua última forma, e o segundo descrevia, para uma época que ainda é a nossa, as lesões encefálicas da paralisia geral. Entre os dois médicos e pesquisadores a diferença é ínfima e total para Foucault: “total para nós, na medida em que cada palavra de Bayle, em sua precisão qualitativa, guia nosso olhar por um mundo de constante visibilidade, enquanto que o texto precedente nos fala a linguagem, sem suporte perceptivo, das fantasias ” (Foucault, 1980, p. VIII).

Sobre a ousadia e perspicácia de Bayle, Pereira⁸ escreve que o prodígio médico, aos 23 anos, apresenta sua tese de medicina defendida em 1822, em Paris, intitulada *Pesquisas sobre as Doenças Mentais* e, apoiado no exame cadavérico e no método anátomo-clínico, realiza uma descrição clínica rigorosa de uma entidade psicopatológica típica, de evolução crônica e progressiva e demonstra sua relação com uma lesão cerebral específica e objetivamente demonstrável. Para Pereira: “tal descoberta, inicialmente recebida com muitas reservas, constituiria posteriormente uma espécie de paradigma para a pesquisa e para o projeto teórico e terapêutico para a psiquiatria biológica que começava a se organizar na França

⁶ Ibid.

⁷ Foucault baseou-se na leitura de *Nouvelle doctrine des maladies mentales*, de A.L.Bayle, Paris, 1825, p. 23-24, para registrar sua pesquisa.

⁸ Mário Eduardo Costa Pereira abordou esse tema no artigo “Bayle e a descrição da aracnoidite: sobre as origens da psiquiatria biológica na França”, publicado na *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 12, n. 4, p. 743-751, dez. 2009.

ao longo do século XIX” (Pereira, 2009, p.743). Estava assim consolidada a anatomia, permitindo que a medicina passasse a ser regida pelo par conceitual normal-patológico determinado pela lesão do órgão⁹. Logo percebemos que a experiência clínica passa a explorar um novo espaço: “o espaço tangível do corpo, que é ao mesmo tempo esta massa opaca em que se ocultam segredos, invisíveis lesões e o próprio mistério das origens” (Foucault, 1980, p.139). A medicina classificatória, a localização da doença no corpo e a nova distribuição dos elementos do espaço corporal permitiram a articulação da doença com o organismo, marcando fortemente “as formas de se falar do corpo” na época.

Foucault apresenta sua versão a respeito dessa virada conceitual afirmando que não houve “psicanálise” do conhecimento médico, nem ruptura mais ou menos espontânea dos investimentos imaginários. Para o autor não foi a medicina “positiva” que fez uma escolha “objetiva” apoiada finalmente na própria objetividade, pois os poderes de um espaço visionário através do qual se comunicavam médicos e doentes, fisiólogos e práticos (nervos tensos e torcidos, secura ardente, órgãos endurecidos ou queimados, novo nascimento do corpo no elemento benéfico do frescor das águas) não desapareceram, mas foram deslocados e como que encerrados na singularidade do doente, na região dos “sintomas subjetivos” que define para o médico não mais o modo do conhecimento, mas o mundo dos objetos a conhecer (Foucault, 1980). Se a medicina moderna datou seu nascimento no final do século XVIII, com a reflexão sobre si mesma e a identificação da origem de sua positividade em um retorno, além da teoria, à modéstia eficaz do percebido; no início do século XIX uma reorganização do espaço manifesto e secreto ocorreu quando o olhar se deteve no sofrimento dos homens:

“O vínculo fantástico do saber com o sofrimento, longe de se ter rompido, é assegurado por uma via mais complexa do que a simples permeabilidade das imaginações; a presença da doença no corpo, suas tensões, suas queimaduras, o mundo das entranhas, todo o universo negro do corpo, que longos sonhos sem olhos recobrem, são tão contestados em sua objetividade pelo discurso redutor do médico, quanto fundados como objetos para seu olhar positivo. As figuras da dor não são conjuradas em benefício de um conhecimento neutralizado; foram redistribuídas no espaço em que se cruzam os corpos e os olhares. O que mudou

⁹ Uma série de três artigos abordando “o método clínico” foi publicada na *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental* por Manoel Tosta Berlink. Usamos nesta pesquisa “O Método Clínico 3”, publicado pelo autor no vol. 11, n. 2, em 2008.

foi a configuração surda em que a linguagem se apóia, a relação de situação e de postura entre o que se fala e aquilo de que se fala”. (Foucault, 1980, p. IX)

Essa retomada da clínica médica demonstra que as questões avaliadas pelos médicos seguiram o percurso da observação sobre o que o corpo mostrava, passando para o que os médicos viam e evoluindo para o que o doente dizia. Para apreendemos essa mutação do discurso na produção da linguagem médica, Foucault nos sugere interrogar outra coisa que não os conteúdos temáticos ou as modalidades lógicas e nos dirige à região em que as “coisas” e as “palavras” ainda não se separaram, onde, ao nível da linguagem, modo de ver e modo de dizer ainda se pertencem. Necessário questionar a distribuição originária do visível e do invisível, na medida em que está ligada à separação entre o que se anuncia e o que é silenciado: assim surgirá em uma figura única, a articulação da linguagem médica com seu objeto (Foucault, 1980).

Machado (2009) ajuda-nos na compreensão dessa articulação entre a linguagem médica e seu objeto ao apontar que essa mutação existe, mas situa-se em outro nível e é muito mais radical:

“Não foi nossa época que ensinou a ver e a dizer. O que muda é que ela diz de outro modo e vê um outro mundo; o que muda é a relação entre aquilo de que se fala e aquele que fala, o que muda é a própria noção de conhecimento. O objeto da medicina moderna é outro não porque ela consegue ser finalmente um conhecimento objetivo, mas porque diz respeito a outra coisa. No nível do objeto, a ruptura que inaugura a medicina moderna é o recorte de um novo domínio, a demarcação de um novo espaço: a passagem de um espaço da representação, ideal, taxonômico, superficial, para um espaço objetivo, real, profundo. Mais explicitamente, a passagem de um espaço de configuração da doença, considerada como espécie nosográfica, para um espaço de localização da doença, o espaço corpóreo individual”. (Machado, 2009, p. 88)

A mudança na própria noção de conhecimento apontada por Machado (2009), além de marcar a entrada da configuração da doença no espaço corpóreo individual, os ditos “sintomas subjetivos” da época, convocou a emergência na elaboração de uma nova linguagem no discurso médico que, ao seguir o modelo classificatório da história natural, privilegiou o olhar. Um olhar despretensioso em revelar espaços ocultos e obscuros, raso na profundidade das coisas ao percorrer apenas a superfície, mas que permite definir a doença por sua estrutura visível. A aparência ganha status de verdade, essa verdade é elevada à categoria de sintoma, porém ainda mantém a doença uma realidade inacessível pelo desconhecimento

de sua natureza, de sua essência. Logo, certa complexidade é introduzida na estrutura do sintoma no final do século XVIII, pois mesmo o *signo* não possibilitando o conhecimento da doença, nem enunciando sua natureza, oferece através de seu desenvolvimento temporal no corpo do doente, a possibilidade da elaboração do diagnóstico, do prognóstico e da anamnese.

Assim sendo, a doença se apresenta ao observador segundo *sintomas e signos*. O *sintoma* ganha lugar de destaque ao representar a forma como se apresenta a doença: de tudo o que é visível, ele é o que está mais próximo do essencial; e da inacessível natureza da doença, ele é a transcrição primeira. Permite designar um estado patológico (por oposição à saúde), uma essência mórbida e uma causa próxima. O *signo* anuncia: prognostica o que vai se passar; faz a anamnese do que se passou; diagnostica o que ocorre atualmente. Entre ele e a doença reina uma distância que ele não transpõe sem confirmá-la, na media em que ele se dá de viés e muitas vezes de surpresa. Não faz reconhecer; quando muito pode-se esboçar, a partir dele, um reconhecimento; pois através do invisível, o signo indica o mais longínquo, o que está por baixo, o mais tardio. Trata-se nele do término, da vida e da morte, do tempo, e não desta verdade imóvel, dada e oculta que os sintomas restituem em transparência de fenômenos (Foucault, 1980). O tempo abarcava e marcava as evoluções do corpo adoecido, desvelando assim o seu desfecho, o seu destino.

Logo constatamos que a formação do método clínico está ligada à emergência do olhar do médico no campo dos signos e dos sintomas. Ao seguir esse processo e marcar o papel ingênuo desempenhado inicialmente pelo sintoma - por não existir uma essência patológica além deles, percebe-se posteriormente “um olhar que escuta e um olhar que fala: a experiência clínica representa um momento de equilíbrio entre a palavra e o espetáculo” (Foucault, 1980, p. 131). Diante do par Natureza-Doença, a clínica é um olhar e, apesar da fragilidade do postulado que todo *visível é enunciável, ser visto e ser falado*, além de um olhar é ao mesmo tempo, também linguagem.

Essa “linguagem” fez com que, no século XIX, o visível passasse a ser explorado e o “golpe de vista” do médico fosse convocado, marcando a entrada do tato e da sensibilidade na análise que a experiência clínica tinha a oferecer, provocando uma mutação essencial no saber médico. Mas, essa mutação essencial, essa sensorialidade do saber médico, mesmo tendo provocado uma

reorganização na medicina no início do século XIX, não é a que nos fundamenta no campo psicanalítico. Nessa virada de percepção sobre o paciente, não é o patológico que funciona, com relação à vida, como uma contranatureza, mas o doente com relação à própria doença (Foucault, 1980). Para que o médico conhecesse a patologia, deveria abstrair o doente: era preciso separar em detalhada descrição os sintomas que eram próprios às patologias e os que eram acidentais e fortuitos. Não havia espaço para os sintomas que se relacionassem ao temperamento ou a idade do paciente dentre vários outros, fato que indicou a existência de um paradoxo: o paciente tornara-se apenas um fato externo em relação àquilo que sofria. A sensorialidade médica adveio através da própria manifestação sensível, fenomênica da doença, visto que no nível dos sintomas: “uma doença é um conjunto de sintomas capazes de serem percebidos pelo olhar” (Machado, 2009, p.93).

Entre o tratamento que Pomme prescreveu à histeria, em 1769, com banhos de 10 a 12 horas contra o ressecamento do sistema nervoso e a descrição precisa e detalhada de Bayle sobre a inflamação das meninges em 1825, pudemos conhecer algumas das questões que os médicos tinham sobre o corpo e as doenças contextualizadas naquela época. Entre a medicina clássica com o método de classificação baseado na botânica e a medicina moderna com o método anátomo-clínico, e a ousada proposta de configuração da linguagem médica calcada no olhar e na sensorialidade, pudemos conhecer algumas das questões que a própria noção de conhecimento refletia. Preocupações com a díade natureza-doença, com a vida e com a morte, com o visível e o invisível atravessavam o corpo bem mais do que a atenção ao doente. A doença modificava o corpo e, simultaneamente, engendrava o conhecimento a respeito dele, assim como seus mistérios.

Hoje para investigarmos o corpo e as modificações corporais presentes na clínica atual, partiremos da premissa que esse corpo é objeto de estudo de diferentes campos de saber e ocupa várias posições: o corpo da biologia, da anatomia, das especialidades médicas, da filosofia, da história, da religião, da sociologia, da antropologia e da cultura, apesar de delimitarmos nosso campo de pesquisa à psicanálise. Mas, se não nos aprofundamos na direção da análise anátomo-clínica do corpo na medicina de meados do século XIX, muito menos tomamos a direção da análise filosófica endereçada à pergunta de Latour sobre

como falar do corpo, como prosseguir? Como falar do corpo em psicanálise? Qual corpo a ser modificado?

Prosseguimos com a tarefa de abordar, nesta introdução, o recorte de nossa noção de corpo em psicanálise e recorreremos aos pensamentos de Roussillon (2006) e Winograd (2003) para localizar a complexidade que a envolve. Roussillon¹⁰ afirma que o que vem do corpo tem má fama, ele representa com frequência o que é necessário aceitar para existir, mas deve permanecer mudo, deve permanecer silencioso, pois desprovido de sentido. Para o autor:

“Aqueles que pretendem, ao contrário, que o corpo e o ato poderiam conter mais organizações e sentido que parecem, são então considerados como românticos do inefável, sonhadores que projetam um sentido no que não caberia, por natureza, possuir um, não sendo, portanto, considerados científicos, nem mesmo racionais. Alguns psicanalistas foram por vezes complacentes em relação a estas posições, as quais se observa que são originárias de um certo pensamento médico, em nome da consideração dos fatores econômicos, em nome de uma separação epistemológica dos campos, em nome de uma definição do “psíquico” que exclui o corpo, ou do “mental” sem o soma”. (Roussillon, 2006)

Roussillon (2006) ilustra que a tentativa de alguns psicanalistas de incluir na mesma equação o corpo e os sentidos os colocam na condição de românticos e sonhadores, “adjetivos” que parecem apontar para certo desmerecimento de respeito e admiração. Fato compreensível, visto que as relações entre esses dois campos, a Psicanálise e a Biologia, carece de mais estudos. Winograd (2002), após pesquisar a bibliografia sobre as relações entre a psicanálise e discursos biológicos, ressalta que aparece mais claramente um aspecto importante ao fazermos um recuo estratégico: das vizinhanças do campo psicanalítico para o centro da metapsicologia. Para a autora trata-se de uma questão teórica e clínica central para a psicanálise e nem de longe esgotada: a das relações em diversos níveis entre corpo e psiquismo e que, a investigação deste problema internamente ao campo da psicanálise, particularmente na obra de Freud, mostra os fundamentos da psicanálise (Winograd, 2002, p.3). Em relação a bibliografia que pesquisou, acrescenta que:

“A bibliografia especificamente psicanalítica - especialmente a francesa - privilegia o problema da representação psíquica do corpo, de como ele é, mais do que afetado, constituído pelo simbólico e pelo imaginário. Noutras palavras, de

¹⁰ Conferência apresentada no Colóquio Lyon 2: “Corpos e Atos Mensageiros” em 10.03.2006 e disponível em <http://www.joseouteiral.com.br/artigos.html>.

como o corpo é feito de palavras. Isto é verdadeiro do ponto de vista da psicanálise, mas é só parte do problema. Torná-lo pelo todo resulta em equívocos tão teoricamente ingênuos e clinicamente graves quanto os cometidos pela neurobiologia a mais reducionista”. (Winograd, 2002, p. 3)

Sabemos que a psicanálise debruçou inicialmente sua atenção ao tratamento de um sofrimento psíquico que escapava à medicina, referido a sintomas que atingiam o corpo não pelo viés do registro orgânico, mas pela ordem do representacional, como no caso das conversões histéricas. Caminho oposto das pesquisas e estudos do início do século XIX que privilegiavam outra noção de sintoma, baseada nas observações do método anátomo-clínico que buscava relacionar as doenças e as lesões, como vimos anteriormente. Para Birman (2009) a histeria condensava o conjunto de questões fundamentais colocadas para o discurso da clínica, pois desestabilizava totalmente o discurso teórico evidenciando seus impasses, contradições, paradoxos e fissuras. Acabou por colocar em questão, o discurso da anatomoclínica, visto que o corpo da histérica não indicava alteração alguma, qualquer materialidade lesional.

O interesse de Freud pela clínica e sua grande dedicação ao estudo dos casos das histéricas, visto que “o corpo histórico não se assujeitava a uma aproximação puramente fisicalista, revelando ser o fenômeno histórico mais do que somente orgânico e biológico e exigindo considerações a partir de outro ponto de vista” (Winograd & Mendes, 2009, p. 213), acabaram designando a entrada do corpo na experiência analítica. Assoun refere à histérica o merecimento de ser associada à fundação da psicanálise e postula: “vamos compreender que é o Corpo constituído de órgãos que emerge aqui como alvo do sintoma: que dá ‘aos processos psíquicos inconscientes uma saída corporal’ (*einen ausweg ins Körperliche*)” (Assoun, 1995, p.179). Reconhecemos a saída corporal para os processos inconscientes, a entrada do corpo na psicanálise, mas Winograd & Mendes (2009), nos lembram que não há, na teoria freudiana, um conceito de “corpo”, embora ele esteja presente como problema ainda que implicitamente. Assim como demonstram que Freud não considerava o corpo apenas em seu aspecto simbólico e imaginário, tendo sempre levado em conta o fato de que o corpo é também matéria, sendo sua biologia igualmente determinante, em maior ou menor grau, do que se passa no indivíduo.

Na reflexão detalhada que as autoras fazem sobre qual corpo se trata em psicanálise, investigam três temáticas centrais, que são: o conceito de pulsão entendido como um ponto de indiscernibilidade entre o corpo como organismo e o corpo como sujeito; a constituição do Eu sobre uma base corporal que o determina e; os sintomas histéricos e a noção de complacência somática, a qual introduz a consideração de materialidade orgânica e biológica do corpo nas formulações sobre a etiologia dos sintomas conversivos. A conclusão das autoras exprime claramente a noção de corpo que trabalharemos nesta pesquisa:

“Com base nas observações de pulsão como conceito que exige a consideração do corpo biológico como fonte de estimulação, da constituição do Eu sobre uma base corporal e da noção de complacência somática, vê-se como o corpo, no discurso freudiano é bem mais do que apenas fruto da representação, pois supõe uma outra ordem além do simbólico: a existência de um “corpo primeiro”, o corpo material, orgânico e biológico”. (Winograd & Mendes, 2009, p. 221)

Tentando não cometer o pecado teórico de situar-nos dentro de um campo referencial único ao abordar o corpo, e buscando uma tradição mais freudiana, nos inclinamos a pensar, como Roussillon (2006). Para o autor, nada no humano é radicalmente desprovido de sentido e tentam penetrar as lógicas e linguagens subjacentes ao que é então considerado como formas de expressão, não somente da pulsão, mas também do sujeito que a anima. Complementando a abordagem da questão do corpo, incluímos a concepção de uma vida pulsional que reconhece nas pulsões não somente um valor de descarga que visa à satisfação, mas reconhece também a importância de seus destinos. Seria como se pudéssemos montar uma singela equação: o corpo dos sentidos e os sentidos do corpo.

Sobre as Modificações Corporais

O interesse pelo tema das modificações corporais surgiu a partir do diálogo com profissionais da área da medicina (dermatologia, cirurgia plástica estética, cirurgia plástica reparadora) e odontologia (cirurgia, reabilitação oral e estética), na busca pela compreensão de sintomas apresentados por determinados pacientes após o término de procedimentos clínicos ou cirúrgicos. Os profissionais da área da odontologia relataram que cerca de até 30% dos pacientes, por eles atendidos, manifestam sintomas que expressam uma estranha inquietude

diante do espelho, descrita como certo incômodo, insatisfação, desconhecimento e estranhamento de si mesmo.

A preocupação dos profissionais com estes pacientes é grande pela alta incidência dos casos, pela escassa produção de trabalhos que se dediquem à exploração dos aspectos psíquicos envolvidos na produção desses sintomas e pelas dificuldades e desafios enfrentados durante o tratamento. Apontam alguns dos sérios problemas que podem ocorrer: o difícil manejo do paciente; prejuízos na relação do profissional com o paciente e a sua família; a insatisfação dos pacientes com o resultado final obtido no tratamento, que muitas vezes resulta na busca por novos procedimentos “corretivos” com outros profissionais (que desconhecem essa tentativa de apaziguamento da angústia apresentada diante do espelho) e, em alguns casos mais extremos, chegam a acionar processos judiciais.

Alguns encontros com esses profissionais de saúde e suas dúvidas, que serão ilustradas a seguir, podem contextualizar um pouco melhor as condições acima citadas. Certa vez, uma dermatologista fez um *peeling* (tratamento dermatológico que consistia na remoção de camadas superficiais da pele) em uma paciente. Muito satisfeita com o resultado, a paciente resolveu presentear a filha que morava nos EUA e passava férias no Brasil com o mesmo tratamento. Para surpresa da dermatologista, após o *peeling*, a paciente dizia não se reconhecer mais diante do espelho, afirmava que algo estava diferente, seus traços estavam diferentes e eram outros. A paciente não conseguiu voltar para os EUA e entrou com uma ação judicial requerendo que a dermatologista pagasse seu aluguel nos EUA, visto que ela não poderia voltar até que “tudo” fosse resolvido.

Um médico homeopata quis marcar uma consulta para o irmão mais velho, pois a família não sabia mais o que fazer para “convencer” o irmão que seus traços familiares não haviam mudado após uma cirurgia plástica reparadora para retirada do excesso de pálpebras. O irmão do médico havia sido reprovado no exame do Detran para renovação da carteira de habilitação porque seu exame de campo visual estava comprometido por um excesso de pele que havia em suas pálpebras. Houve a indicação da cirurgia para retirada desse excesso de pele (que inclusive é paga pelos convênios de saúde por ser considerada como reparadora). O irmão do homeopata não aceitou comparecer a consulta e a dermatologista mudou-se para São Paulo. Alguns casos como estes dois acima citados, serviram para fomentar o

interesse pela busca por uma melhor compreensão a respeito das manipulações corporais.

Sendo assim, o interesse dos profissionais das áreas da medicina e da odontologia por esses casos que desafiam a finalização e o sucesso dos tratamentos, a possibilidade de interlocução desses diferentes campos do saber com a psicanálise, a possibilidade de reflexão sobre as formas de constituição da subjetividade e o lugar que o corpo ocupa na clínica psicanalítica representam para nós a relevância deste estudo, assim como a trilha percorrida para chegarmos às modificações corporais.

O termo *modificação corporal* (*body modification*), também conhecido como *manipulação corporal*, é utilizado para designar ações voluntárias sobre o corpo visando modificá-lo em sua aparência, forma ou funcionamento. Partimos do princípio, para nós fundamental, de que elas não são recentes, acompanham o desenvolvimento da humanidade e estão intimamente relacionadas à cultura e a sociedade. Mauss, em conferência à Sociedade de Psicologia em 1934, descreveu suas considerações gerais sobre as “técnicas” do corpo e afirmou que “o que sobressai nitidamente delas é que em toda parte nos encontramos diante de montagens fisio-psico-sociológicas de séries de atos. Esses atos são mais ou menos habituais e mais ou menos antigos na vida do indivíduo e na história da sociedade” (Mauss, 1937, p.420). Encontramos algumas informações interessantes reunidas por Heuze (2000) que nos fornecem ideias sobre a história das modificações corporais. A autora relata que no período neolítico já existia a modificação corporal; escreve que o fóssil de um caçador, descoberto nos Alpes em 1991, apresentava tatuagens nas costas e atrás dos joelhos. Na Grécia clássica os escravos eram tatuados com motivos com o nome de seu senhor e no Império Romano os legionários levavam em seus corpos o nome do general que os comandava. Esses dados reforçam a premissa de que no desenvolvimento da humanidade as modificações corporais sempre estiveram presentes e para Heuze elas “relatam os acontecimentos importantes, sinalizam a condição social ou marital e o pertencimento a um grupo” (Heuze, 2000, p.6).

Para Soares Neto (2005), as modificações corporais referem-se a uma longa lista e são ações efetuadas sobre o corpo de forma consciente e voluntária, com objetivos precisos e riscos específicos bem conhecidos. Para o autor, algumas práticas incluem elementos mais marcantes, como a dor extrema, a presença de

cicatrizes permanentes ou o acréscimo de próteses. Outras não afetam diretamente a superfície corporal nem utilizam o auxílio de instrumentos para serem realizadas (Soares Neto, 2005). O autor ressalta que muitas são as formas de classificar as práticas denominadas *modificações corporais*; algumas das alternativas que apresenta como possíveis são: privilegiar a participação ou não de outras pessoas, levar em conta o tempo necessário à realização e a possibilidade de reversão. Soares Neto (2005) opta por dividi-las genericamente em duas categorias:

1 – As *manipulações corporais* que dependem de um esforço individual, geralmente prolongado, são reversíveis e estão ligadas à imagem do corpo por meio de regimes alimentares, exercícios físicos, o uso calculado de substâncias lícitas ou ilícitas para otimização do processo. Alguns exemplos importantes são todos os tipos de ginástica, musculação e o fisiculturismo. Podem ser incluídas também as dietas e até mesmo a anorexia.

2 - As *manipulações corporais* que dependem da intervenção do outro são mais pontuais, embora possam ser repetidas, e são também, em geral, irreversíveis. Cita os fenômenos ligados à decoração do corpo, como as tatuagens, os *piercings*, os implantes¹¹ e o *branding*¹². Outro tipo são as manipulações corporais que envolvem a modificação da forma e/ou função do corpo, como as cirurgias estéticas, botox¹³, amputações¹⁴, *splitting* lingual¹⁵, esculturas dentárias. Há ainda nesse grupo as modificações que permitem a exploração sensorial ou da elasticidade do corpo, como escarificações¹⁶, alargamento de orifícios¹⁷ e a suspensão¹⁸ (Soares Neto, 2005, p.51).

Atualmente percebemos outros fenômenos e procedimentos, não citados acima, que talvez possam também ser relacionados às classificações das

¹¹ São implantes fixos, sendo os mais comuns os de silicone sólido subcutâneo com formas significativas, os implantes de metal podem ou não ser subcutâneos. Na pesquisa preferimos nos referir a todo o tipo de implantes.

¹² São marcações feitas no corpo à ferro.

¹³ Utilização de toxina botulínica, subcutânea para redução de rugas e outras marcas corporais.

¹⁴ Refere-se à amputação de membros ou partes do corpo não desejadas.

¹⁵ Confeção de uma fenda na ponta da língua, similar à língua de uma cobra.

¹⁶ Confeção de feridas na pele, através da utilização de objetos cortantes, que viram cicatrizes.

¹⁷ Geralmente são realizados pela substituição gradual de objetos de metal de tamanho superior para alargamento de partes do corpo, mais comum e visível é do orifício criado no lóbulo da orelha.

¹⁸ Técnica que consiste na suspensão do corpo por ganchos de metal fincados na pele e/ou no músculo.

modificações corporais, tais como: a obesidade, a ortorexia¹⁹, a bulimia, a drunkorexia²⁰, a vigorexia²¹ ou *overtraining*, o *peeling*, as correções dentárias pelo uso de aparelhos ortodônticos, as cirurgias ortognáticas²², as cirurgias plásticas reparadoras e os transplantes, dentre vários outros procedimentos existentes.

Seja por razões pessoais, estéticas ou indicações médicas, as modificações corporais estão cada vez mais presentes no nosso dia a dia, assim como questões relativas a elas são freqüentes na prática clínica e revelam procedimentos que demonstram seus tipos muito variados e espectros bem distintos. Miele (2002) corrobora com a afirmação ao relatar que cada vez mais se depara na clínica com questões relativas a manipulações irreversíveis do corpo. Para a autora, referem-se às intervenções que implicam modificação voluntária de sua forma e/ou aspecto, levada a cabo por razões geralmente designadas como “estéticas”. A autora também afirma que toda manipulação do corpo de natureza irreversível tem motivações particulares e cita que “essas intervenções devem ser estudadas no contexto da particularidade e da unicidade da história subjetiva, levando-se em conta a maneira como essa história se desenrola no interior de um universo simbólico específico, de uma determinada cultura, de uma determinada sociedade” (Miele, 2002, p.14).

Ressaltamos que as possibilidades de tratamento que as biotecnologias e as práticas de cuidado com o corpo apresentam atualmente convocam para nossa cena de análise as dimensões do corpo e as formas de subjetivação. O corpo, antes mais estável diante das limitadas manipulações que sofria, hoje remete e é remetido a modificações que abrangem sua aparência, forma ou funcionamento, assim como o prolongamento do tempo de vida e a promessa de longevidade. Este corpo habitado pela linguagem e banhado pela cultura pode subverter a biologia do organismo, pode ser modificado, transformado, manipulado, corrigido, transplantado, construído e reconstruído.

¹⁹ Refere-se a um distúrbio na alimentação com fixação por alimentos saudáveis e naturais, sem químicas e inclui prejuízos sociais devido à exigência da prática alimentar.

²⁰ Refere-se ao transtorno alimentar onde há substituição da comida pela bebida alcoólica.

²¹ Ocorre quando o volume e a intensidade de exercício físico praticado por um indivíduo excede a sua capacidade de recuperação, e pode-se somar ao fato de apresentar uma auto-imagem um tanto distorcida.

²² É o tratamento cirúrgico para pacientes que possuem deformidades envolvendo o esqueleto facial e os dentes, quando não resolvidas pelo tratamento ortodôntico.

Sabemos que o corpo encontra-se no coração da teoria freudiana, mas parece ter havido certo recalçamento da problemática do corpo pela restrição da experiência analítica ao mundo da representação (Birman, 1999). A psicanálise, ao eleger a linguagem como material privilegiado de trabalho, acabou excluindo e negligenciando o corpo, que tanto se faz presente pelas diversas vias de apresentação do mal-estar e adoecimentos. A medicina apresentou-nos o corpo biológico e anatômico, hoje fragmentado pelas especialidades; a psicanálise revolucionou, apresentando-nos o corpo erógeno e promovendo reformulações teóricas para o entendimento de uma corporeidade simbólica; a psicossomática ofereceu-nos a possibilidade de reflexão sobre o adoecimento do órgão atacado em sua materialidade e os processos psíquicos envolvidos nas patologias dessa ordem e, atualmente, somos convocados a refletir sobre outras formas nas quais o corpo parece apontar para a produção de sentidos e de identidades.

Para o desenvolvimento desta pesquisa torna-se, então, primordial destacar que chamaremos de *modificação corporal* todas as ações do próprio indivíduo, ou de um outro autorizado por ele, sobre seu corpo, com o objetivo de transformá-lo direta ou indiretamente. Destacamos, porém, que alguns autores relatam haver ações ou categorias de ações que possuem especificidades e um campo próprio de sentidos (Cunha, 2002). Como Pires (2003) que utiliza a expressão *body modification*, para referir-se especialmente às técnicas utilizadas por indivíduos que compartilham das ideias e dos ideais dos *modern primitives*, que inserem no corpo características não humanas e não têm como objetivo aproximar-se do padrão de beleza da época (Pires, 2003).

Segundo Heuze (2000), os *moderns primitives* atualizam as práticas de decorações corporais tribais. O termo torna-se um paradoxo por separar o antigo do moderno. Neste ponto podemos localizar as *modificações corporais extremas ou radicais*. Esse movimento, de origem norte-americana, inclui práticas que podem ser agrupadas em sete tipos, são eles:

- jogos corporais por contorção: flexão dos ossos, distensão;
- jogos corporais de constrição: compressão;
- jogos corporais de privação: isolamento;
- jogos corporais de tortura (do francês o termo *gêne*): usar o ferro;
- jogos corporais pelo fogo: choque epidérmico;
- jogos corporais por penetração: intrusão; e

- jogos corporais por suspensão: suspensão.

Heuze (2000) também relata que para esse grupo, dos *moderns primitives*, algumas práticas sado-masoquistas como amarração do parceiro, uso de pinças e grampos podem ser incluídas entre as modificações corporais.

Segundo Teixeira (2006), são inúmeras as práticas de transformação corporal e dois tipos distintos de intervenções. No primeiro se encaixam as práticas mais convencionais como a maquiagem, o uso de saltos altos, a construção dos corpos através da ginástica (*body building* - com utilização da química dos esteróides), as cirurgias plásticas e até mesmo o uso de unhas compridas ou de implantes de cabelo. Essas práticas seriam socialmente aceitas por representarem, na maioria das vezes, uma busca por adequação ao ideal de beleza da sociedade. A autora acredita que no segundo tipo distinto de intervenção encontram-se as práticas mais radicais como as tatuagens, *piercing*, *branding*, escarificação, *tongue splitting* (bifurcação da língua), suspensão, *cutting* (lâminas afiadas são utilizadas para fazer cortes na pele), *skindeeper* (implante de adornos feitos de aço cirúrgico sob o tecido da pele), *pocketing* (peças de aço cirúrgico atravessam a pele de forma que algumas partes permanecem expostas sobre a pele), etc.

Pires (2003) encerra um dos capítulos de seu livro *o Corpo como Suporte da Arte* afirmando que construir um novo corpo, modificar sua superfície, subtrair-lhe ou expandir-lhe as dimensões, as formas, os prazeres e as sensações predeterminados geneticamente pela espécie possibilitam, no seu entender, duas circunstâncias. A primeira, de caráter segregatório, diz respeito às condições atuais da vida do indivíduo e à relação que ele estabelece com os outros²³. Transformar o corpo permite que o indivíduo se sinta parte de uma outra realidade, uma realidade que não passa pelos rituais sociais que, por estarem incorporados no cotidiano, nos parecem naturais, uma realidade até então imaginária e imaginada.

A segunda, limitada a uma esfera menor e de caráter integrador, diz respeito à relação que o indivíduo tem consigo mesmo. Ao fixar no corpo, por livre iniciativa, de forma concreta, embora codificada, as inquietações e desejos

²³ Neste ponto a autora remete os leitores à bibliografia de Jorge Glusberg, *A Arte da Performance*, p. 57 para referir-se aos expectadores das apresentações de *body art e performance*: “Muitas imagens são oferecidas a um público que vive a ficção de seu próprio corpo, que se apresenta de uma forma imposta por rituais sociais estabelecidos”.

de sua mente e de seu espírito, ele faz com que a intervenção corporal aja como um elo que unifica a dualidade existente entre o corpo físico e o corpo espiritual/mental (Pires, 2003, p.158).

Nesta pesquisa, não é nosso objetivo investigar essas especificidades da *body modification*, da *body art*, ou de cada ação sobre o corpo de forma particular ou grupal com caráter segregatório. A respeito destas modificações corporais classificadas como *extremas* ou *radicais* indicamos a leitura de Teixeira²⁴ que reconhece os adeptos deste tipo de modificação corporal como indivíduos que possuem um estilo divergente dos padrões da sociedade ocidental. A autora sustenta a argumentação de que a *Body Modification* seja uma possibilidade de construção de uma nova forma subjetividade que busca se contrapor às formas de controle exercidas pelos mecanismos do poder na contemporaneidade (Teixeira, 2006).

Diante da amplitude do tema e das várias possibilidades de pesquisa no campo, necessitamos, mais uma vez, reforçar o fato de que não será nosso objetivo abordar as modificações corporais extremas ou radicais. Não utilizaremos também vertentes que as classifiquem as modificações corporais em *mainstream*, para designá-las aceitas pela crença da maioria das pessoas, incluindo-se a cultura, ou como práticas *nonmainstream*, para “considerar o fenômeno das modificações corporais como uma patologia, um problema de saúde mental, ampliando com isso o leque das práticas e condutas a serem medicalizadas” (Ortega, 2008, p.58). Continuaremos abordando conceitos de modificação corporal nos capítulos a seguir, mas é importante ressaltarmos que não temos a intenção de recorrer a conceitos de normalidade ou patologia, consideramos relevante investigar o tema das modificações corporais dentro do referencial psicanalítico, por abordar o estatuto do corpo, as diversas formas de presença do corpo na clínica analítica e os fenômenos atuais de técnicas que manipulam e modificam os corpos, que vêm transformando, além da dimensão temporal e espacial dos corpos, a própria relação do sujeito com o seu corpo. Caminho, aliás, que indica uma direção contrária à da classificação que não permita a constituição da subjetividade em

²⁴ Estamos referindo-nos a Daniela Pessanha Teixeira, que pesquisou as modificações corporais do tipo radicais ou extremas em sua dissertação de mestrado intitulada *Intensidades Corporais e Subjetividades Contemporâneas: uma reflexão sobre o movimento de Body Modification* (2006, Puc-Rio).

sua peculiaridade, tanto que escolhemos a palavra *variância* para compor o título da pesquisa na tentativa de ressaltar e valorizar a infinidade e fertilidade que a constituição da subjetividade pode denotar.

O termo *variância*, que nesta pesquisa será utilizado como indicativo de diversas possibilidades de constituição do corpo e do psiquismo, foi introduzido por Ronald Fischer num ensaio de 1918, intitulado *The Correlation Between Relatives on the Supposition of Mendelian Inheritance*. Fischer foi um estatístico, biólogo evolucionista e geneticista inglês, descrito por Anders Hald como um gênio que criou praticamente sozinho as fundações para a moderna ciência estatística²⁵ e por Clinton Richard Dawkins como o maior dos sucessores de Darwin²⁶. Em Estatística o conceito de *variância* pode ser aplicado tanto como uma medida de dispersão como também pode ser aplicado para descrever um conjunto de observações. As duas definições nos agradam, visto que, nesta pesquisa, nos interessa que o termo represente a existência da possibilidade de se distanciar da média, de se incluir os desvios sem necessariamente cairmos na armadilha da classificação patológica ou não dos fenômenos do corpo. A segunda definição também muito nos interessa, por aqui representar o conjunto de observações que colheremos sobre as modificações corporais e as possíveis articulações entre a constituição do corpo, do psiquismo e as subjetividades: as variâncias do corpo.

Reforçando a ideia de trabalharmos com os corpos, suas modificações e as diversas formas de subjetivação em psicanálise, mas sem o objetivo de caminharmos no território da patologia, achamos interessante apresentar junto a utilização do termo *variância*, o pensamento de Benjamin (1993) que propõe pensarmos metodologicamente o *desvio* como um caminho privilegiado – senão o mais fértil – no contexto da produção do conhecimento. O *desvio* guarda, então, o segredo da infinidade dos caminhos a seguir, o autor utiliza-se da alegoria do tapete para falar da profundidade e da riqueza do pensamento disponível ao inusitado:

²⁵ Cf. HALD, A. in “A History of Mathematical Statistics”, Nova York: Wiley, 1998.

²⁶ Cf. DAWKINS, C. R. in “O Rio que saía do Éden”, Rocco, 1996.

“Sinal secreto: transmite-se oralmente uma frase de Schuler. Todo conhecimento, disse ele, deve conter um mínimo de contra-senso, como os antigos padrões de tapete ou de frisos ornamentais, onde sempre se pode descobrir, nalgum ponto, um desvio significativo de seu curso normal. Em outras palavras: o decisivo não é o prosseguimento de conhecimento em conhecimento, mas o alto salto que se dá em cada um deles. É a marca imperceptível da autenticidade que os distingue de todos os objetos em série fabricados segundo um padrão”. (Benjamin, 1993, p. 264)

Souza e Pereira (1998) apontam a passagem de Benjamin afirmando que “no tapete os fios se entrecruzam com a perfeição permitindo ao olho acompanhar o correto percurso das configurações. Tudo bem definido até que escapa um fio, rompe-se a precisão do fluxo e, naquele exato momento, o olhar pára atentamente e põe-se a observar com mais afinco. O fio solto provoca o olhar, desafia o observador a constituir uma nova configuração²⁷”. Partindo então da premissa de que os termos *variância* e *desvio* representam e comportam em si a possibilidade da existência da diversidade, a pesquisa se encaminha na direção de buscar ferramentas acerca das dinâmicas envolvidas nas modificações corporais, na constituição do corpo e das subjetividades.

²⁷ SOUZA Solange Jobim e PEREIRA, Rita Maria Ribes (1998). Infância, Conhecimento e Contemporaneidade. In: KRAMER, Sonia e LEITE, Maria Isabel F. P. (orgs.) Infância e produção cultural. Papirus, Campinas, SP.