

## 2 O Corpo

“O que surpreende é acima de tudo o corpo”

Nietzsche

No mundo atual, ressurgem em nossos estudos e pesquisas a mais antiga evidência concreta da existência do ser humano: o corpo. Em meio a tantas referências científicas sobre o assunto, desejamos ainda falar de algo que nos escapa à compreensão: a condição de um corpo finito e limitado, uma fonte de prazeres geradora de vida e, ao mesmo tempo, sinalizador da dor da alma e do lugar da morte. Para alguns pensadores como os gnósticos, o corpo é compreendido como um objeto de ódio, uma indignidade sem remédio. Para eles, a alma estaria condenada e se perderia ao cair no corpo e a carne estaria amaldiçoada ao se sujeitar ao envelhecimento, à doença e à morte (Le Breton, 2003). Desse modo, podemos pensar se um dos caminhos do adoecimento do corpo não compreenderia o medo do desconhecimento da morte desde sempre anunciada.

Na mais remota história do homem, o corpo possui ainda representações significativas com diferentes compreensões e tratamentos expressados pelo próprio sujeito através da arte e dos textos literários e científicos. Encontramos na arte as melhores observações do corpo retratadas ao longo dos tempos. Imaginando uma linha do tempo, temos os primeiros registros do corpo com os povos primitivos, riscando nas paredes das cavernas as primeiras imagens do corpo, com o objetivo de relatar às comunidades futuras um panorama do cotidiano. O corpo já era visto e conhecido como forma e imagem, embora nos escapasse à compreensão de como de fato era feito o seu reconhecimento e como era tratado pelo próprio homem primitivo e seu bando. Na Idade Média, o corpo se fazia de objeto de sacrifício. Os religiosos, como no romance “O Nome da Rosa”, de Umberto Eco, impediam os estudiosos ter acesso ao conhecimento científico, atrasando em quase um século as descobertas necessárias para o alívio

da dor e das doenças. Justificando por meio do temor a Deus, o homem medieval não poupava esforços para ocultar a verdade e o desejo de um corpo-sujeito. Por isso a fogueira para queimá-lo representava a melhor maneira de execrar dos corpos-sujeitos a verdade da alma. Uma vez que o corpo não mais exista, o desejo não representaria mais uma ameaça. Renascendo das cinzas da Inquisição, o corpo se torna objeto de reverência, compreendido como algo sagrado e profano num jogo ambivalente, camuflando os prazeres e os desejos nele amalgamados. É o que propõe Aulagnier (1985[2001]) quando diz que, na religião, o corpo criado por Deus, e depois aguardado pela ressurreição, poderia coabitar com uma representação fantasmática, ligando para sempre o corpo a um desejo. No entanto, esta ligação estará sempre comprometida pelo trabalho de elaboração restrita, de sublimação e principalmente de recalque do desejo do sujeito.

Uma luz sobre o corpo é projetada no Renascimento, quando o humanismo rompe com os valores medievais, dando ao homem o desabrochar da vida sob todas as suas formas. A beleza estética passa a ser o bálsamo consolador, velando os labirintos do corpo. Lembremos de “Davi”, escultura de Miguel Ângelo, a mais bela e perfeita forma do corpo-organismo inspirada no antropocentrismo greco-romano. É no Renascimento que o corpo perde o sustento da fé e ganha da razão o seu maior orientador. Encontramos no pensamento de Descartes (Le Breton, 2003) um termo-chave da filosofia mecanicista do século XVII para expressar o corpo: uma ‘máquina’. Segundo o filósofo, o corpo humano é uma mecânica discernível das outras apenas pela singularidade de suas engrenagens. Ele ainda desliga a inteligência do homem da carne, pois o corpo não passa de invólucro mecânico de uma presença, representando nada mais nada menos que um entrave. A única diferença encontrada entre o corpo e a máquina é que aquele envelhece, pois suas precariedades o expõem às lesões irreversíveis. Compreendemos o paralelo cartesiano estabelecido por Le Breton quando intitula de “Extremo-contemporâneo” o tratamento dado ao corpo na atualidade. Ainda o mesmo autor compreende o corpo como uma máquina fazendo o sujeito desaparecer com os seus afetos, não deixando de representar uma prótese de uma subjetividade lixo, cuja única finalidade concebida é ser um acessório de presença. Tão claro podemos perceber um corpo-máquina transformado em um corpo-produto exposto nos meios de comunicação e um corpo-sujeito formando filas intermináveis em postos de saúde, hospitais e consultórios médicos à procura da razão de sua

existência, assim como à procura da contenção de sua angústia e desamparo. Acreditamos que revivemos, mesmo em um contexto diferente, um passado não muito distante das concepções do corpo que a história nos legou.

O corpo como uma imagem divina e perfeita, conhecido na Antiguidade, passa a ser exposto no século XIX com toda a sua fragilidade e a ser constituído numa poética do fragmento contra as certezas científicas e a tirania da perfeição herdadas da Era Clássica. É a Modernidade que aponta no corpo a imperfeição. Ele deixa de ser perfeito, utópico, imortal para ganhar o estatuto de sensível, imperfeito e limítrofe.

Na virada do século XVIII para o XIX, o homem passa a olhar diferente o outro, formando uma nova configuração do corpo como coisa e objeto disposto para a ciência, a fim de que as suas entranhas pudessem ser reveladas na mais crua e cruel conduta, ou seja, pelas torturas e violências contra o próprio corpo, algo muito característico da época. Ao sair da concepção de corpo perfeito, a interrogação sobre o corpo humano revela a sua verdadeira fragilidade, pois nela habitam imperfeições e monstruosidades, como nos diz Coli (2002) ensinando-nos sobre a metáfora de Frankenstein, cujo corpo é compreendido como um aglutinado de deformidades, maltratado não somente pelo seu dono, mas por um investimento desmedido e ilimitado das condições sociais, biológicas e científicas, utilizadas pelo homem em busca da melhor forma e adiamento da morte. A morte nos supera e mesmo a ciência, em busca de seu adiamento, reconhece as suas limitações, pois, como afirma Aulagnier (1985[2001]), “o que caracteriza o corpo com o qual a ciência nos confronta é a exclusão do desejo como causa de seu funcionamento e como explicação causal de seu destino e da sua morte” (p. 111). Viveremos enquanto houver desejo e quando este se dissociar do corpo, só nos restará a morte. O contemporâneo anuncia a chegada da compreensão do corpo, de um corpo em evidência na busca do prazer e da perfeição para despistar a morte. Assim, percebemos que as várias formas de concepção de corpo e seus diversos tratamentos não conseguiram alcançar a única questão que o assombra: o dia da morte.

Tais explanações nos levam a perceber a transformação da concepção de corpo ao longo do tempo. Entretanto, observamos na história, além do fantasma da morte, uma repetição de sua finalidade desde antes da Era Cristã e que se estende até os dias de hoje, a saber, a exposição do corpo em sacrifício. Expor o

corpo ao sacrifício não deixa de ser uma questão importante para a existência humana, seja o sacrifício para a morte em busca da boa vida espiritual, melhorias nas condições materiais ou mesmo procurando adiar a morte. Sujeitando o corpo aos diversos recursos da ciência, ele é entregue sempre a uma sentença, fadado à condenação, ao seu lugar de finitude. Ressaltemos que o “corpo em sacrifício” é construído por compreensões diferenciadas ao longo do tempo em relação ao meio e aos acontecimentos marcantes circunscritos num contexto histórico específico.

Desde a civilização antiga, o corpo era exposto ao sacrifício sendo dado aos deuses em troca de melhores condições na colheita e no sustento da comunidade. Na Era cristã, o corpo cresce ainda mais com o estigma de sacrificado por uma causa, porém destinado a um motivo maior: fazê-lo em nome de Deus para redimir os pecados. O martírio e sofrimento do corpo “crucificado” servem como passaporte ao mundo divino e, o mesmo tempo, cultiva-se a esperança de que o corpo possa ser ressuscitado dos mortos. Daí entendermos a frustração do homem frente à impotência da finitude carnal, pois o seu desejo reluz no corpo a fim de que ele não acabe. Assim, o filósofo Spinoza (Russ, 1994) expõe os seus pensamentos sobre o corpo como um modo de exprimir a vontade de Deus, considerando-o como uma coisa extensa, certa e determinada, portanto, não restando para ele senão a doença e a morte, como já afirmavam os gnósticos.

Diante de tantos recursos da medicina como as inúmeras cirurgias estéticas, os medicamentos eficazes no combate a dor, no rejuvenescimento e na cura de doenças graves, ainda não deixamos de carregar a condição de ser carnal e mortal. Na verdade não mudou a condição de termos um corpo, e este continua sendo, de acordo com Le Breton (2003), o pecado original, a mácula de uma humanidade aprisionada ao biológico e escrava do desejo. Assim, postulamos que desejar a condição de corpo imortal sempre representou e representará um dos maiores, senão a maior luta do homem contra a morte. Uma vez que este corpo aponte possibilidades de mudanças, percebemos uma pretensão de mudar a vida, conduzindo-nos a crer na condição do reconhecimento do sujeito de seu corpo, muito embora o desconheça como um continente do desejo a ser explorado.

A partir dessas considerações, o corpo deixa de ser forma e organismo para ser compreendido também como corpo-sujeito, a partir do final do século

XIX. É o que veremos a seguir na concepção entre corpo-organismo e corpo-sujeito.

## **2.1 Corpo-organismo e corpo-sujeito: rompimento com a natureza e o nascimento dos corpos pulsional e erógeno**

Diante de várias interseções que podemos enxergar sobre o corpo através da Arte, da Antropologia, da Sociologia, da Medicina, da Psicologia e da Psicanálise, ainda nos defrontamos com enigmas e com caminhos complexos e muitas vezes desconhecidos da subjetividade. É a partir do final do século XIX que o corpo passa a ter maior leitura de seus sintomas e sofrimentos. No entanto, para compreender este caminho precisamos conceituar dois tipos de corpos: o organismo, e o pulsional e erógeno.

Procurando diferenciar o corpo de organismo, encontramos uma compreensão deste, seguindo uma lógica e uma ordem biológica. Já o corpo implica numa constituição de ordem sexual, uma lógica singular de movimentos pulsionais e lugar de destino tanto do próprio desejo inconsciente do sujeito quanto do desejo do Outro<sup>1</sup>. Um organismo nasce do encontro de duas pequenas células carregadas de mensagens geneticamente determinadas, assegurando as funções necessárias para a vida do ser humano em formação, ao longo de seu desenvolvimento. No entanto, quando falamos do “corpo-sujeito”<sup>2</sup> as mensagens não vêm determinadas somente pelos códigos genéticos. Devemos considerar que antes da geração de um corpo este recebe também um legado verbalizado e imaginado por genitores desejantes, levando-nos a observar um paradoxo na concepção de corpo. Enquanto o corpo-sujeito pode escapar deste legado, redirecionando o seu destino e transformando a sua subjetividade numa perspectiva de desenvolvimento e crescimento, o corpo-organismo é marcado, desde o nascimento, por uma contagem regressiva, anunciando a todo instante a sua finitude em meio à vida.

Nesta dissertação, apresentamos a idéia de corpo pela via do biológico, quando contamos com a incidência do tempo cronológico sobre o seu estado e o

<sup>1</sup> Abrimos um parêntese para justificar o uso da palavra “Outro” com letra maiúscula. Referimo-nos ao Grande Outro real, simbólico e imaginário, segundo Lacan (Laplanche e Pontalis, 2001). Estes três registros movimentam o tipo de relação que o sujeito pode ter consigo mesmo e com os demais.

<sup>2</sup> Estamos utilizando o hífen para compor a palavra corpo com todas as suas particularidades conotativas.

seu funcionamento, e pela complexa significação subjetiva impressa pelo sujeito e pelo Outro ao próprio corpo, numa perspectiva atemporal.

Segundo Birman (2001), no organismo atuam os mecanismos automáticos de auto-regulação, mergulhados nos grandes ritmos da natureza. Nele encontramos o que há de real e concreto, ou seja, a matéria cujos instrumentos de articulação com o meio, os órgãos dos sentidos, que são compreendidos por Freud (1920[1969]) como os sustentáculos remanescentes da estrutura original da psique, identificando e dando a direção dos estímulos externos ao sujeito, na verdade regendo o que ele recebe desde a sua concepção: as energias existentes no mundo externo. Além dessas contribuições, acrescentamos outros instrumentos de articulação do corpo com o meio, quando, então, o sujeito aumenta a capacidade de captação de estímulos do meio externo e canaliza as próprias excitações, ajudando a configurar a subjetividade. Os intermediadores do corpo com o Outro compreendem, além da boca, ouvido, nariz, olhos e pele, o seio, o ânus, a vagina, o pênis e a uretra. Todos estes instrumentos ou pontos mediadores do corpo o enlaçam com o simbólico e o real, constituindo um mundo de significantes, ligando a energia livre a uma representação existente no corpo-psíquico e no corpo-organismo. A partir daí, o corpo se torna presente e é mapeado na medida em que se envolve com os significantes eleitos pelo sujeito (Alberti e Carneiro Ribeiro, 2004).

O corpo, para além do organismo, se constitui numa ruptura com a natureza, abrindo simultaneamente sobre ele e sobre o Outro a existência de um corpo-sujeito. O corpo pode ser compreendido como “um território ocupado do organismo, como um conjunto de marcas impressas sobre e no organismo pela inflexão promovida pelo Outro” (Birman, 2001, p.62). Além do registro do Outro, temos a pulsão, que juntamente com o Outro atua em co-autoria na formação desse corpo, uma vez que também para Birman, ele é antes de tudo destino, levando-nos a entender o corpo como destino do desejo inconsciente do sujeito e do Outro. Nessa co-autoria, a pulsão destaca-se por consistir num estado de excitação de origem corporal cuja medida de exigência feita à mente serve para trabalhar no sentido de sua ligação com o corpo (Freud, 1923[1969]), ou seja, a excitação pulsional do corpo procurará um modo de suprir a libido, direcionando-a a um objeto.

O corpo pulsional (Freud, 1915[1969]) é um sistema de representações interligadas, possuindo um percurso cuja circulação das energias acontece de maneira virtual e infinita entre o sujeito e o meio externo. Por isso não deixamos de contemplar o que Freud (1923[1969]) considera como fonte da pulsão: o corpo e a sua finalidade de abarcar o lugar e o meio de satisfação. Os caminhos da pulsão no corpo do sujeito nos conduzem a pensar a libido como energia essencial e necessária para as transformações dos destinos da pulsão. O corpo será ao mesmo tempo fonte, condutor e emissor da pulsão, tentando ligar a libido a uma representação. No corpo, a libido tanto pode ser investida no próprio Eu, como em objetos, tal qual vemos no texto de Freud, “Sobre o narcisismo – uma introdução”, de 1914.

A partir de Freud, permitimos colocar em evidência o somático como um conjunto de movimentos pulsionais e de funções orgânicas. Nestas funções habita um corpo, também como lugar de realização de um desejo inconsciente (Fernandes, 2003). Cerzido por uma subjetividade o corpo fala, expressa e se fere para realizar um desejo.

Revisando a concepção de corpo, sob a égide da Psicanálise, podemos concebê-lo a partir de Freud (1923[1969]) não apenas como uma superfície, mas a projeção de uma superfície que postulamos ser do imaginário, do real e do simbólico do sujeito, seguindo não somente o caminho das pulsões, mas constituindo-se a partir do desejo do sujeito (Alberti e Carneiro Ribeiro, 2004). O corpo ganha função de mediador entre duas psiques e entre a psique e o mundo (Aulagnier, 1985[2001]) e é compreendido como sede de conflitos pulsionais de vida e de morte (Ceccarelli, 1998). Freud (1923[1969]), ainda lança três proposições de corpo em sua obra. Uma como expressão de relações simbólicas na histeria; outra, o corpo sendo construído por meio de uma identificação direta e imediata no sujeito narcísico, e por último como palco de um combate titânico entre pulsões de vida e tãatos, já citado por Ceccarelli (1998).

Observamos que a grande contribuição de Freud (1923[1969]) consiste em dar ao corpo a oportunidade de ser observado pela dimensão psíquica, principalmente pelo afeto, na quantidade de energia pulsional e de suas variações, na condição de invólucro do soma. Sustentando também esta idéia, a hipótese de Fernandes (2003) acerca do corpo acrescenta que ele “se apresenta, ao mesmo tempo, como palco onde se desenrola o complexo jogo das relações entre o

psiquismo e o somático, e como personagens integrantes da trama dessas relações” (p.34), o que ainda nos permite escutar a finalidade do desejo do sujeito nos intercâmbios entre o corpo e o inconsciente.

A escuta do corpo em pesquisas analíticas, como a nossa, e em trabalhos clínicos de família mantém vivos no palco das interpretações as relações entre o psiquismo e o somático muito mais estreitas e acolhidas, uma vez que avançar na palavra e nas expressões do sujeito somático é dar mais forma à presença do corpo e enxergá-lo também como um corpo cindido por Outros corpos, como os da família. Por isso sustentamos em mente a existência de traços de Outros corpos, habitantes do corpo do sujeito somático, que representam os Outros corpos familiares.

Relatamos no início deste capítulo que o organismo (*corpo-organismo*) nasce do encontro de duas células carregadas de mensagens genéticas e o corpo configura-se a partir da constituição de traços subjetivos orquestrados pelo *corpo-pulsional* e pelo Outro. No entanto, queremos somar a este conjunto de mensagens o traço transgeracional no corpo. Essa compreensão pôde ser acolhida a partir de 1920, face aos avanços teóricos da Psicanálise, que ampliaram as possibilidades de enxergar o corpo para além da lógica dos processos intrapsíquicos do sujeito. Os avanços abriram portas para as questões relacionadas à intersubjetividade. A mensagem transgeracional do corpo compõe as relações intersubjetivas do corpo-biológico com o corpo-sujeito e o Outro. Ao sinalizarmos um elemento transgeracional relacionado às questões corpóreas, teorizamos que este corpo herda de gerações anteriores traços biológicos e subjetivos de Outros corpos, recebendo um legado facilitador ou não de seu desenvolvimento. Reafirmamos a idéia de Fernandes (2003), de um *corpo-herdeiro* de fantasmas parentais e ancestrais, promovendo ou condenando a história do sujeito. Ainda, podemos compreender esta herança de ‘fantasmas corporais’ como uma possibilidade de reatualização e transformação das relações entre os sujeitos, pois a cada nascimento de um corpo, um *corpo-história* (Aulagnier, [1985] 2001) se inicia e este novo corpo possuirá para cada Outro um significado particular, introduzindo diversas questões na história de cada um.

Nomeamos o corpo de algumas maneiras diferentes ao longo deste capítulo para iluminarmos mais adiante as prováveis formas de adoecimento. Além de concebermos o corpo como organismo e pulsional, temos o corpo-

herdeiro e corpo-história. Estas considerações nos permitem obter novas reflexões do corpo a respeito de sua complexidade dinâmica e abrangência conceitual. Tanto pelo biológico quanto pela dinâmica psíquica, falta-nos explorar um pouco mais as características principais que configuram um *corpo-histórico*, um *corpo-narcísico* e um *corpo-erógeno*.

Segundo Fernandes (2003), na histeria o corpo narra, mostrando nas imagens visuais e no discurso do sonho os conflitos psíquicos não elaborados. O corpo apresenta um limite do recalque ou da interdição ao seu desejo e ao desejo do Outro, criando sintomas na medida em que é afetado pela fala simbolizada. O corpo-histórico se afasta do corpo da anatomia, pois é um corpo representante do desejo e campo de representações simbólicas. Desse afastamento nasce um corpo representado diferente do corpo compreendido pela biologia. Não só pela via da representação que conseguimos obter revelações sobre o corpo, pois apresentamos uma questão de um corpo-transbordamento de excitações e traumas psíquicos não elaborados, escapando das representações possíveis. Consideramos, portanto, a partir deste pressuposto, que nem sempre as excitações do corpo-biológico terão um vínculo com um sistema de significantes.

Em o Eu e o Isso (1923[1969]), Freud associa o corpo ao Eu ao nomeá-lo 'Eu corporal'. Como pólo do aparelho psíquico voltado para a realidade e à percepção, o Eu se associa ao corpo para juntos darem lugar às percepções internas e externas ao sujeito. Embora o Eu tenha uma parte mergulhada no inconsciente e outra no consciente, veremos o corpo como tal, com uma parte inserida no inconsciente, cujo material não será percebido e muitas vezes recalçado, e outra parte será exposta com o objetivo de se tornar fonte de todas as percepções intrapsíquicas e intersubjetivas. A partir desse sentido, concordamos com Fernandes (2003) quando diz que o próprio corpo constitui-se entre o interior e o exterior (consciente e inconsciente), permitindo também uma distinção entre um e outro, entre o dentro e o meio externo. E ainda o corpo teria como função gerenciar a sua posição de mediador entre o psíquico do sujeito, e o do Outro com o meio externo.

Além de considerarmos os movimentos da pulsão, as facetas do adoecimento do corpo nos conduzem a supor a existência de uma condição psíquica articuladora desta função, daí incluirmos a concepção de um corpo-narcísico. De acordo com o mito de Narciso explorado por Freud (1914 [1969]),

re vemos os dois estados desse processo, o primário e o secundário, tentando articula-lo com o processo de adoecimento. Por um lado, podemos compreender um corpo-narcísico partindo do processo de investimento de energia e de amor do sujeito para si mesmo. Já o processo secundário implicaria a retirada, por parte do sujeito, de investimentos objetais de Outros corpos-sujeito, retornando-os ao próprio Eu, sem permiti-lhes uma relação contínua. Ou seja, em ambas as situações, acreditamos que o processo narcísico de investimento libidinal possa representar uma cegueira do sujeito, não reconhecendo e permitindo o investimento do Outro em si mesmo. Pensamos numa ‘defesa psicótica’ em relação ao corpo do Outro, uma vez que este é negado pelo sujeito. Supondo que o movimento pulsional com o Outro seja deficiente e represado pelo sujeito narcísico, as excitações psíquicas do próprio sujeito podem de tal maneira formar fissuras a partir do encontro com o real, como uma situação de conflito ou trauma, que possibilitaria uma somatização, pois isso esta situação de excitação minaria a contemplação do sujeito-narcísico do próprio corpo, ocorrendo, assim, um desmoronamento dos próprios investimentos do sujeito em si mesmo. A doença representaria a ferida narcísica do corpo-sujeito, apontando a sua finitude e desarmando-o diante de sua contemplação amorosa e auto-suficiente em relação ao corpo. O Outro acaba não funcionando como continente para conter as excitações por não serem acolhidas e reconhecidas pelo próprio sujeito. A contemplação narcísica e amorosa do próprio corpo podem colaborar para o transbordamento das energias, uma vez que o próprio sujeito não permite estabelecer com o Outro um continente em que possa ancorar as suas angústias e uma ponte pulsional, a fim de que possam circular as representações e os investimentos libidinais. Este processo vem apontar no sujeito-narcísico a idéia do corpo frágil e sujeito às feridas, ao desamparo e à morte quando ele não mais se sustenta em seus conflitos, e a dor vem denunciar o sofrimento de seus órgãos, da sua pele e de seu funcionamento bioquímico quando ele não mais suportar a dor psíquica. O corpo-narcísico seria fruto de uma articulação psíquica desconsiderando o Outro como via de mão dupla do investimento libidinal no corpo.

Para finalizarmos a discussão acerca das várias faces do corpo somamos ao estudo o que concebemos como *corpo-erógeno*. A erogeneidade do corpo nasce da passagem do corpo auto-erógeno ao corpo narcísico, o que para

Laplanche e Pontalis (2001) representa “a capacidade de qualquer região do corpo ser a fonte de uma excitação sexual, quer dizer, de se comportar como zona erógena” (p.149). Porém, Freud (1914[1969]) advertia que a excitabilidade sexual do corpo não quer indicar um privilégio de determinada zona erógena, mas sim uma propriedade geral de toda a superfície, como a pele, e até os órgãos internos. A excitação pode ser aumentada ou diminuída de acordo com o investimento libidinal do Outro, lembrando ainda que estas excitações podem sofrer movimentos pulsionais de acordo com o destino do desejo do sujeito. Por outro lado também as excitações promoveriam deslocamentos e descompassos na relação do sujeito com o Outro, uma vez que, para Déjours (1989), é em torno deste diálogo com o corpo que o corpo erógeno é configurado.

A partir destas considerações, teorizamos que no caminho abissal formado entre o destino do corpo e o desejo do sujeito e do Outro, haja um impasse sobre o corpo à medida que a estrutura anatômico-pulsional, assim como a do movimento pulsional, possa anunciar de maneira precoce ou tardia os danos somáticos provocados por um adoecimento.

## **2.2 Corpo do sujeito e corpo do Outro – reconhecimento da alteridade e o nascimento do primado da intersubjetividade**

Desde o nascimento, o bebê necessita do Outro por não ter maturidade biológica e tampouco psíquica suficiente para enfrentar o mundo. Ele se encontra num estado de desamparo original, condição primeira do ser humano, até que sua mãe ou um Outro maternal venha amenizar este desamparo, construindo uma relação dual propulsora da subjetividade do bebê. Por causa também do desamparo, o bebê coloca-se num estado de total dependência de sua mãe, aguardando que a leitura dela sobre seus estímulos internos e externos seja acolhida e nomeada. A tradução verbalizada e expressada dos sons, das imagens, dos choros, dos odores, dos toques e dos paladares realizados por ela garante a satisfação da necessidade e provocam uma baixa na tensão interna sentida por ele (Fernandes, 2003).

Segundo Freud (1926[1989]), o fator biológico do corpo deixa o ser humano suscetível à vulnerabilidade e à dependência do outro durante um tempo prolongado. Podemos observar esta condição em casos de adoecimento, quando há uma dependência total em algumas situações do sujeito com o Outro materno. É estabelecida uma aproximação maior de uma pessoa com o sujeito adoecido. O fator biológico humano difere do animal por este se tornar independente mais cedo dos cuidados maternos. No ser humano, como esta relação se constrói a partir de uma dependência dual, o Outro é reconhecido como parte de seu mundo até que o dependente se encarregue de diferenciar-se deste Outro com a ajuda das inferências do meio externo, de sua dinâmica intrapsíquica e de terceiros.

A condição de dependência do ser humano começa com a chegada de um bebê e se estende pela sua vida de acordo com acontecimentos marcantes, promovendo o retorno a um estado anterior de vulnerabilidade, quiçá a um estado maior de dependência numa relação dual maternal. No entanto, quando nos referimos à relação dual nos primórdios da existência humana, queremos apontar para a possibilidade de a mãe ser presente ou ausente nestes momentos e quando citamos a presença materna acontecendo nas situações necessárias ao bebê, estamos denunciando dois momentos que Freud já apontava nessa situação. A mãe presente talvez tente suprir, como nos diz Freud (1926[1989]), as situações de perigo que o corpo biológico produz, criando a necessidade de o sujeito ser amado, condição esta que não mais o abandonará durante a vida. Por outro lado, a mãe ausente de corpo e de investimentos libidinais poderá promover um comprometimento maior destas situações de perigo.

Freud (1926[1989]) observa ainda que a mãe não é objeto de amor para o bebê e ele não sente a sua falta. Entretanto, as suas necessidades se tornam um perigo para o mesmo a partir do momento que esta falta é sentida e vivenciada como uma situação de dor. Freud qualifica esta situação vivenciada como dor e não angústia, apontando para o corpo biológico um sofrimento existente antes mesmo do corpo pulsional, à medida que a ausência da mãe pode comprometer as satisfações básicas do bebê e a partir daí ser sentida como uma situação traumática, denunciando o primado da condição de somatização do sujeito. Freud continua afirmando que

O ser humano da primeira infância não está de fato equipado para dominar psiquicamente as grandes quantidades de excitação que chegam ao exterior ou do interior. Em certa época da vida, o interesse mais importante é, efetivamente, que as pessoas das quais dependemos não retirem sua tenra solicitude (p.261-62).

Sem dúvidas a qualidade dos cuidados maternos é um prenúncio do que será a vida somática do sujeito. É Fernandes (2003) também que completa este pensamento freudiano, explicando que estas quantidades de excitação devem passar pelo Outro maternal, daí pode-se dizer que o “outro maternal exerce aqui uma função de pára-excitação” (p.88). O papel da mãe é intermediador, assegurando a conservação da vida do bebê, mas também, permitindo o acesso desse bebê ao prazer através da promoção de sua sexualidade. Assim, capacitamos a afirmar, juntamente com a autora, que o “outro é o pólo investidor que vai transformar o corpo biológico para que o corpo se torne um corpo próprio, habitado pela linguagem” (p. 91). Além desta afirmação, acrescentamos a já citada contribuição de Déjours (1989) quando ressalta que o desenvolvimento do corpo erótico é o resultado de um diálogo em torno do corpo e de suas funções, baseando-se nos cuidados corporais prestados pelos pais, principalmente nos primeiros anos de vida. Ainda o mesmo autor aponta que o diálogo em questão depende da relação entre pais e filhos, uma vez que o funcionamento psíquico da mãe, suas fantasias, sua sexualidade, sua história e sua neurose infantil marcam de forma peculiar este diálogo a ponto de inscrever na própria carne da criança as marcas do seu inconsciente.

O movimento de ausência e de presença do Outro materno na relação com o bebê citado há pouco indica as forças pulsionais em jogo neste circuito, por onde o reconhecimento de um corpo-sujeito e daquilo que diz respeito ao Outro será constituído. A alteridade é reconhecida neste movimento pulsional, assim como na relação intersubjetiva, uma vez que para Assoun (1993) “o corpo é um instrumento vivo por meio do qual a mensagem do Outro se encontra literalmente incorporada” (p. 165).

O que dissertamos até agora não é nenhuma novidade teórica, porém desejamos chamar a atenção, nesta pesquisa, para a função do corpo no movimento pulsional de ausência e presença do Outro materno nos primeiros anos de vida e sua relação com o adocimento do sujeito como parte do conjunto de

relações intersubjetivas composto no grupo familiar. Corroboramos, assim, com a questão de Fernandes (2003), apontando o lugar e a função do corpo na relação intersubjetiva como o único mediador e o ponto de risco da relação, pois o que acontece ao corpo levaria o sujeito a decodificar o desejo do Outro em relação a si, impondo-lhe o reconhecimento do seu próprio corpo.

Deste modo, postulamos que na rede de significações do adoecimento do corpo, o Outro rege, juntamente com o sujeito adoecido, um embate entre pulsões e desejos conflitantes, entrelaçados por outras ligações intersubjetivas, coadjuvantes na compreensão do adoecimento. Pelo tipo de vínculo intersubjetivo estabelecido entre o sujeito e o Outro aparecem os elementos reais, simbolizados ou imaginados por aquele capturado pelos traumas e fantasmas não elaborados.

Na verdade, essa relação dual entre mãe e filho é muito mais complexa em se tratando de intersubjetividade, visto que, de acordo com Ruiz Correa (2002), é importante considerar a função do Outro e mais de um outro na fundamentação da vida psíquica do sujeito. Além desta afirmativa, tanto Kaës (2001) quanto Aulagnier (1975) compreendem também a vida por uma complexidade problemática do vínculo intersubjetivo, uma vez que em Freud (1914, 1915, 1921[1969]), o indivíduo já era concebido por uma “pluralidade de pessoas psíquicas”, sustentando um dos alicerces da ligação intersubjetiva pelo processo de identificação.

Com base nestas proposições, é importante definir o conceito de intersubjetividade, a fim de que possamos fundamentar o seu lugar no grupo familiar a ser dissertado no capítulo seguinte.

Estabelecendo um paralelo entre Lacan (1981) e Kaës (2001) para diferenciar a teoria da intersubjetividade, encontramos em Lacan uma idéia diferenciada da comentada acima. De acordo com Lacan (1981)

Queremos nos tornar para o Outro um objeto que tenha para ele o mesmo valor de limite que tem em relação à sua liberdade, o seu próprio corpo. Queremos nos tornar para o Outro não somente aquilo em que a sua liberdade intervenha, porque o engajamento é um elemento essencial de nossa exigência de sermos amados, mas é preciso também que seja muito mais do que um engajamento livre. É preciso que uma liberdade aceite se renunciar a si mesma para estar, a partir de então, limitada a tudo que podem ter de caprichoso, de imperfeito, e mesmo de inferior, os caminhos para os quais se arrasta o estar cativado por esse objeto que somos nós mesmos (p.248).

Enquanto para Lacan esse conceito se refere aos efeitos deste sobre o sujeito e não em torno da consciência psíquica do vínculo intersubjetivo, para Kaës a problemática da intersubjetividade não pode ser reduzida a ter no espaço intrapsíquico o lugar da função do Outro ou mais de um Outro, como citado anteriormente por Ruiz Correa (2002). O que Kaës levanta é a questão do reconhecimento e da articulação de dois espaços psíquicos parcialmente heterogêneos, munidos cada um de lógica própria. As exigências do trabalho psíquico de ligação e transformação, ou seja, o movimento pulsional à procura de sentido seria imposto pelas relações intersubjetivas para que houvesse lógica e espaços próprios na construção destas relações. Isto quer dizer que quando nos referimos ao grupo familiar nos deparamos com essa intersubjetividade, possuidora de uma lógica e de espaços próprios, orquestrados pelo movimento pulsional oriundo das excitações internas e externas ao grupo, à procura de uma representação, pois é nesse espaço que encontraremos alguns outros elementos coadjuvantes no processo de adoecimento, a saber, o contrato narcisista de Aulagnier (1975) e os pactos e as alianças formados a partir da escolha conjugal (Ruiz Correa, 2001, 2000a; Eiguer, 1998, 1997, 1995).

Os aspectos transsubjetivos e intersubjetivos na dinâmica familiar, o processo de identificação, os pactos e as alianças serão discutidos mais adiante para compreendermos o lugar do grupo familiar em meio ao processo de adoecimento do corpo do sujeito. Considerando a existência da fusão do corpo biológico com a do corpo erógeno – o da subjetividade – no adoecer somático, o adoecimento também apresenta dimensões intersubjetivas complexas ao relacionarmos com o imaginário dos sujeitos do grupo familiar e sua dinâmica.

Consideraremos, a seguir, os principais fatores que influenciam no adoecimento do corpo a partir não só de uma perspectiva subjetiva, mas de uma compreensão intersubjetiva familiar.

### **2.3 Do corpo saudável ao corpo doente: considerações sobre o adoecer e o processo de adoecimento do corpo**

Nesta dissertação nossa hipótese compreende considerar alguns aspectos da dinâmica intrapsíquica do sujeito adoecido, já conhecidos e explorados pela

Psicossomática Psicanalítica, e acrescentar a estes os elementos intersubjetivos do grupo familiar que podem comprometer o adoecimento somático. Neste subcapítulo apresentamos uma diferença entre o corpo saudável do corpo doente, assim como a diferença nos dois tempos da doença, a saber, os aspectos intrapsíquicos e intersubjetivos que envolvem o processo de adoecimento do corpo e o do adoecer somático propriamente dito.

Entendemos o processo de adoecimento do corpo, a partir de um conjunto de questões existentes na intersubjetividade familiar que podem contribuir para o adoecer somático. Quando o adoecer se estabelece no corpo pensamos que a família resgata pelas tentativas de representações simbolizadoras um sentido deste adoecer. Acreditamos encontrar estas tentativas pelo processo de transferência no decorrer de uma escuta analítica. Enquanto que do sujeito somatizante escutamos as características de seu funcionamento mental, do grupo familiar escutamos as complexas tramas existentes nas vicissitudes intersubjetivas que podem intervir no adoecimento e representar o adoecer. Por enquanto, ficamos com algumas questões a respeito do adoecer e do processo de adoecimento do sujeito e mais adiante, no segundo capítulo, dissertaremos sobre o adoecimento no contexto intersubjetivo familiar.

### 2.3.1 O corpo saudável

Podemos elencar inúmeras questões a respeito de fatores influenciadores, internos e externos no adoecimento, ao diferenciarmos um corpo saudável de um corpo doente. Na diferença entre o que é saudável e doente consideramos tanto o funcionamento mental do sujeito quanto as relações intersubjetivas de um ambiente familiar. Concebemos o ambiente familiar como um meio constituinte e intermediador das condições de saúde dos vínculos estabelecidos desde antes do nascimento do bebê, além de poder implicar também um meio desestruturante da saúde do corpo. Não desconsideramos certas características culturais que o ambiente familiar possa apresentar e com isso influenciar na saúde ou na doença do sujeito.

Para Winnicott (1967[1999]) a vida de um sujeito saudável é caracterizada tanto por medos, conflitos, dúvidas, frustrações, quanto por características

positivas. A maneira que estes sentimentos e conflitos são contidos e significados pela família pode comprometer a saúde não só mental como física do sujeito. O ambiente familiar saudável e suas relações servem de continente para que o corpo do bebê seja recebido e salvaguardado pela mãe de suas intensas excitações, e este ambiente, ou a “preocupação materna primária”, como assinala Winnicott, deve adaptar-se de forma satisfatória às necessidades individuais da criança.

Em pessoas saudáveis o uso do corpo e de suas funções é uma das coisas prazerosas da vida a ser estimulada não só em bebês, mas em crianças, em adolescentes, em adultos e em idosos. Não só podemos dizer que um sujeito saudável advém de uma família com um ambiente facilitador, obedecendo e discriminando as funções paterna, da materna e da familiar, quanto o conteúdo a ser filtrado pelo sujeito na sua relação com os membros balizará o modo de relação com o próprio corpo e com o adoecimento. Winnicott (1967[1999]) acrescenta que uma grande parte da vida saudável tem a ver com as várias modalidades de relacionamento objetal e com um processo de “vai-e-vem”, ou movimento pulsional entre o relacionamento com os objetos internalizados e o imaginário familiar. Diante destas considerações, lançamos a seguinte questão norteadora de nossa hipótese: quais as implicações do adoecimento do corpo na intersubjetividade familiar?

### 2.3.2 O corpo doente

Antes de analisarmos as implicações do adoecimento na intersubjetividade e na história familiares, falaremos do adoecimento do corpo convocando uma análise sob dois pontos de vista: compreender o adoecer como um estado que compromete a relação atual do sujeito com o seu corpo e com a sua família, e analisar os fatores influenciadores no processo de adoecimento do corpo, numa concepção psicanalítica do sujeito, e a relação deste com a intersubjetividade familiar. Numa perspectiva clínico-social, pensamos a doença do corpo enquanto estado e processo, justificando, assim, a necessária interlocução com a medicina, com a psicossomática psicanalítica, com a família e com o social.

O adoecer somático implica algumas questões do funcionamento psíquico diferentes das envolvidas no processo de adoecimento, que envolve também aspectos da intersubjetividade familiar.

Angerami-Camon (1996), apresenta uma concepção fenomenológica e social do adoecer, destacando algumas conceituações relevantes. Adoecer implica a ausência de saúde, ou ainda a falta de condições para o enfrentamento de manifestações contrárias ao organismo. Esta concepção demanda uma mudança na relação do sujeito com o cotidiano. O grau de impacto provocado no sujeito por uma patologia acarretará reações, a partir da percepção que este tem do mundo e do Outro, ou seja, a doença do sujeito receberá influência do modo como ele percebe o olhar do outro sobre si mesmo e como reage a essa interação. A partir dessas concepções, o autor acredita que a doença nunca será a mesma para os diversos sujeitos, pois ela é única em sua manifestação e, igualmente, provoca reações singulares em cada paciente, assim como o efeito das medicações e dos tratamentos incidirão de diferentes maneiras em cada um. Ainda completa que o adoecer traz em si resquícios da própria contemporaneidade, apontando a doença como um derivativo muito mais de manifestações sociais do que originária das diversidades subjetivas. Este ponto de vista nos leva a pensar que o adoecer não somente sofre influência de acontecimentos da contemporaneidade, como também está muito implicado com um tipo de funcionamento mental do sujeito e com a intersubjetividade familiar, possibilitando-nos encontrar no processo de subjetivação e intersubjetivação do sujeito diferentes compreensões do adoecimento.

Segundo Ávila (1996) sobre a concepção da medicina a respeito do adoecer, a tarefa do médico é trabalhar pela saúde do paciente, tentando prevenir, curar ou atenuar a doença, aliviando desconfortos como a dor e ajudando o enfermo a manter-se atuante e prevenindo a morte precoce. No entanto, a concepção ainda da medicina sobre doença é um mal estar a ser afastado, cujas causas podem ser físicas e biológicas, sem que os aspectos psíquicos e sócio-culturais possam ser questionados. Suas críticas advertem para uma concepção da doença já superada e abriu espaço para um olhar multicausal, já existente desde a década de 60. A multicausalidade do adoecer passa a se originar não só do aspecto físico e biológico, mas também do subjetivo e do social. A doença, além de se caracterizar fundamentalmente por um estado negativo, de ausência de saúde, e

também ter relação com o modo de vida do sujeito, pode ser antecedida por um estado subjetivo do doente. Por isso Herzog (1991) compreende três formas do sujeito “tornar-se doente”. De uma condição temporária para um estado de cronicidade, a doença pode levar o sujeito a três estados: “estou doente”, “sou doente” e “sou paciente”. Acreditamos que o sujeito não tende a não olhar para o seu corpo com a mesma preocupação quando surge a doença, quando, então, ela chama atenção para os seus órgãos e funções. Estas funções são reconhecidas pela medicina, contudo poucas vezes são reconhecidas pelo sujeito como agentes de sua doença.

### 2.3.3 O processo de adoecimento do corpo e o adoecer somático

O adoecer somático pode ser compreendido de três maneiras: ter sentido como sintoma, não ter sentido e ter sentido a partir do momento que aquele é simbolizado no processo de transferência do sujeito e de sua família. Já o processo de adoecimento do corpo pode ser compreendido pela maneira que a intersubjetividade familiar atuará para o adoecer do sujeito.

Para alguns psicanalistas franceses, como Marty (1993), estudioso da Psicossomática, o corpo doente não possui um sentido e a somatização constitui uma dissociação entre a pulsão de vida e de morte. O sujeito possui um funcionamento atípico do aparelho psíquico, diferente do funcionamento do aparelho psíquico dos neuróticos. Para Déjours (1989) o adoecer possui um sentido a partir do momento que possa ser simbolizado na relação terapêutica. A teoria Psicossomática de Marty (1993) aponta os conceitos de pensamento operatório, de depressão essencial e de desorganização psicossomática progressiva como característicos do funcionamento individual. Ainda há alguns outros pontos como os conteúdos inconscientes, a pulsão de vida e de morte, os movimentos de fixação e de regressão, a movimentação da pulsão, a quantidade e a qualidade das representações, o eu ideal, os traumas, os tipos de angústia, que estão implicados no adoecer somático e precisam ser mais estudados.

A doença não é somente externa ao organismo-sujeito, mas criada por este, seja por uma conversão ou somatização. Entretanto, cabe-nos diferenciar primeiramente o sintoma da somatização. O sintoma para os psicanalistas pós-

freudianos define-se como uma formação do inconsciente em que se opera uma substituição passível de deslocamento e modificação a partir de uma interpretação, e no qual há um endereçamento ao Outro. Segundo Freud (1926[1969]), a formação do sintoma é comum na neurose e é atribuída a um conflito existente entre o supereu e o isso, cuja reivindicação do desejo frente às exigências do mundo externo é vetada pela repressão. Já para o Marty (1993), os sintomas do somatizante, ou seja, a somatização propriamente dita não tem uma significação e seria decorrente de uma falta de simbolização e de uma carência de representação, descarregando diretamente no corpo as tensões psíquicas.

Podemos considerar que a diferença entre um sintoma e uma somatização ocorreria pela intensidade e tipo de angústia. Para Freud (1926[1989]), a angústia é compreendida por duas maneiras, ou como sinal, anunciando um momento ameaçador e tensional para o sujeito ou, contrapondo-se a primeira, como uma angústia automática referente aos primórdios da relação mãe-bebê. Marty (1993) propõe que a somatização acontece ou em consequência de uma angústia, como perda, luto, acontecimentos traumáticos reais, ou por uma angústia difusa, sem objeto, o que mina aos poucos no sujeito as suas relações libidinais com a vida. Voltando a Freud (1926[1989]), necessitamos esclarecer outra diferença. Enquanto que, para o sintoma, a angústia é presente por estar diante de uma ambivalência conflitual, na conversão não há angústia, pois os sintomas na histeria de conversão são deslocados e constituem processos catexiais permanentemente mantidos pelo deslocamento. Além de Freud, segundo Cunha (1996), na somatização a angústia é difusa e há ausência de objeto. Quando o sujeito apresenta uma angústia difusa, ele se encontra numa aflição mais profunda, cujo Eu encontra-se submerso pelo afluxo de movimentos pulsionais não dominados sem possibilidade de representação. Para Cunha, a angústia difusa é um estado arcaico de transbordamento que precede a depressão essencial, outro termo utilizado para caracterizar a condição de somatização. Com uma breve explicação, segundo Marty (1998), a depressão essencial foi criada para designar a depressão sem objeto e sem auto-acusação e ainda uma retomada de um tipo de depressão da infância ou latente. O sentimento de desvalorização pessoal e de ferida narcísica se orienta eletivamente para a esfera somática. O essencial da depressão, em outras palavras, quer dizer a essência da depressão, uma vez que esta consiste no rebaixamento do nível do tônus libidinal sem qualquer

contrapartida econômica mental positiva. Ocorre um apagamento do sujeito em toda a dinâmica mental, como deslocamentos, condensações, introjeções, projeções, identificações, vida fantasmática e atividades oníricas.

A compreensão de Fernandes (2003) acerca do corpo doente nos leva a acrescentar a essas postulações uma nova concepção de somatização, pois “o que o corpo pode nos apresentar é sim uma metamorfose de seus sintomas, camuflando o silêncio mortífero da somatização lesional e até fatal, porque o que está em jogo é o desejo inconsciente que se faz neste lugar corpo” (p.40). Então, se o tipo e o estado de angústia diferem no processo de adoecimento, o desejo inconsciente determina-o, apontando para qual objetivo o sujeito destina a sua vida.

Acreditamos ser fundamental dar atenção ao risco, às formas de adoecimento e à contextualização da doença. Consideramos três fases importantes do adoecer em relação à compreensão do sujeito e de sua família: o antes, o durante e o depois do adoecer. Situar a evolução do adoecimento numa linha do tempo e no contexto da história do sujeito e de sua família poderá permitir considerar que seu significado possa ser construído e elaborado pelos mesmos, seja no decorrer de uma pesquisa ou de um processo psicoterápico. Acreditamos que no pós-adoecimento, há a possibilidade de compreensão da somatização pela simbolização da doença realizada pelo sujeito na transferência. Antes disso, o próprio sujeito desconhece, muitas vezes, os fatores ameaçadores da saúde de seu corpo.

Quando citamos as fases do adoecimento, percebemos que a elaboração da doença grave pelo sujeito e pela família se faz em uma passagem de sentimento de impacto paralisante da notícia até uma tomada de providências necessárias ao seu tratamento. No entanto, há momentos do pós-adoecimento que não são metabolizados ou que não propiciam condições de elaboração e transformação pelo grupo familiar e pelo sujeito, desencadeando outras doenças como a depressão. Isto não quer dizer que a depressão e o estresse não existam na vida do sujeito e na família. A diferença entre estas fases ou momentos vai depender do tipo de enfermidade. Portanto, apontamos diferenças no adoecer no que diz respeito ao seu grau e intensidade. Consideramos, juntamente com Marty (1993), uma doença grave a partir de sua cronicidade e capacidade degenerativa, ou pelo seu estado de crise. No entanto, nem sempre uma doença crônica é grave, pois seu

grau de intensidade pode permanecer satisfatório em se tratando de risco de morte. O mesmo autor aponta que o adoecer pode ser reversível e irreversível. O adoecer irreversível acontece quando o sujeito adoecer gravemente pela constante depressão essencial minando a qualidade de suas relações objetivas, desorganizando progressivamente o seu equilíbrio psicossomático. Já o adoecer reversível compreende as afecções como as alergias, as asma e os eczemas, as hipertensões arteriais, as úlceras gastroduodenais, as cefalalgias e as enxaquecas que aparecem espontaneamente e que podem se complicar no sujeito. Elas são repetitivas e acontecem em um dado momento, desde a tenra infância, e representam doenças de crise, que naturalmente regridem com o tratamento médico ou psicoterapêutico adequados. Nas doenças de crise ou reversíveis o caráter regressivo, por ter no sujeito uma limitação do seu funcionamento mental, relaciona-se com os dois conjuntos de princípios existentes para o domínio dos movimentos de vida de um indivíduo. O primeiro é constituído pelo princípio da organização funcional do psiquismo, efetuado durante o desenvolvimento do sujeito, e o segundo princípio compreende os processos de fixação e de regressão. A fixação é interpretada, pelo mesmo Marty, como um atributo de valores privilegiados de certos sistemas funcionais durante o desenvolvimento individual, ou como Laplanche e Pontalis (2001) definem, a partir da ligação realizada pela libido a pessoas ou imagens, reproduzindo determinado modo de satisfação e permanecendo organizada de acordo com a estrutura característica de uma das suas fases evolutivas. Já a regressão existente nas doenças de crise consiste em um retorno tardio aos sistemas funcionais primeiramente fixados, por ocasião dos movimentos limitados de desorganização, por dissociação e por descompassos funcionais psíquicos sucessivos. Vale ressaltar que estas desorganizações são progressivas e partem globalmente do psíquico para atingir o somático. Acreditamos, juntamente com Marty (1993), que o sistema funcional do psiquismo não pode suportar uma carga muito pesada de excitações sem se desorganizar.

Uma doença de crise ocorre em momentos cujo movimento do sujeito pode representar uma resposta a uma situação ameaçadora e angustiante, o que, para Freud (1926 [1989]) seria um sinal e um substituto de uma satisfação pulsional que permaneceu em estado latente por consequência do processo de repressão, quando o Eu recusa a associar-se a uma catexia provocada pelo isso.

No entanto, a somatização apresentada sob a forma de uma asma ou de um eczema não necessariamente é uma formação de sintoma, mas pode se agravar à medida que provoca lesões no corpo por causa de sua cronicidade. A partir destes princípios sobre a somatização, postulamos que, neste caso, ela compreenderia uma resposta a um trauma na relação familiar que não pôde ser elaborado e escoado pelas representações, atingindo um lugar no corpo e responsabilizando, muitas vezes, o funcionamento psíquico do sujeito pela situação de crise reversiva, ou estado de regressão temporária, ou pela cronicidade sem alteração na sua gravidade ou o agravamento da doença levando o sujeito até o óbito.

Assim, também McDougall (2000) concebe a doença somática como equivalente de uma impossibilidade da mente em processar os conflitos psíquicos, produzindo uma regressão em que o indivíduo recai na indiferenciação somatopsíquica do bebê, da mesma forma que, para Cunha (1996), o adoecer estaria associado ao processo traumático de separação-individuação e aos impasses oriundos do estado de desamparo e de ausência do objeto para-excitante, ou seja, de um gerenciador das excitações oriundas das perdas e dos lutos que não puderam ou não foram elaborados pelo sujeito.

As postulações sobre somatização, dissertadas no parágrafo anterior, são acrescidas também de outros tipos de adoecimento, tais como o crônico e o grave com iminência de morte. Contudo, estes apresentam duas pequenas diferenças na forma de apresentação da doença e, ao mesmo tempo, um ponto em comum na pré-condição do adoecer. Enquanto a doença crônica pode evoluir e manter certa constância ao apresentar limitações dos recursos psíquicos e intersíquicos do sujeito, na medida em que não consegue elaborar os conflitos e traumas, na doença grave a cronicidade e a desorganização psíquica se produzem e se prolongam de forma progressiva dentro de um tempo mais ou menos longo, podendo conduzir à morte. O ponto em comum nos estados crônicos e graves consiste na depressão progressiva e prolongada, estando no mesmo compasso da desorganização, à medida que ganha projeção sem quase espaço para as elaborações mentais e, às vezes, impossíveis de se realizar, como em casos de mortes súbitas.

As disposições genéticas e hereditárias, os fenômenos hormonais e a iatrogenia intervêm nos casos de doença grave como o câncer, doenças auto-imunes e cardio-vasculares. No entanto, é por compreender a dimensão dos

acontecimentos traumáticos ocorridos numa família, que acreditamos, ao propormos o adoecimento grave do corpo de um ou de mais de um dos sujeitos da mesma família, que este pode culminar num somatório de outros elementos desencadeadores como a depressão e o prolongado e excessivo estado de excitações do psiquismo, sem possibilidade de representação.

Diante de algumas concepções sobre a somatização, selecionamos as contribuições de Marty, Cunha e Déjours. No entanto, privilegiamos o trabalho de Déjours (1989, 1988) por apontar um caminho que facilita uma articulação da análise do adoecer somático do sujeito com as relações intersubjetivas e histórias familiares. Vale ressaltar ainda que Déjours (1988) diferencia a doença crônica da aguda a partir do estado do sujeito, ou seja, a doença crônica advém da depressão do sujeito, enquanto que a doença aguda está relacionada com o estado de angústia.

Déjours (1989) compreende, tanto quanto Marty (1993), que o adoecimento somático ocorre em consequência de um funcionamento mental atípico, com o apagamento das defesas mentais do sujeito, além de se dar uma neutralização dos processos pré-conscientes na representação de coisa. Porém, o primeiro autor acrescenta que algumas somatizações sobrevêm fora dos processos de desorganização progressiva, pois o sujeito somatizante reorganiza e retoma, pela doença, a evolução mental antes interrompida ou neutralizada por um conflito psíquico ou trauma impactante de difícil elaboração, tentando fazer novas ligações psíquicas diferentes da desorganização progressiva de Marty, em que se encontra o estado de regressão. Déjours (1989) postula ainda a possibilidade de uma somatização simbolizadora, reativando o processo de criação das representações mentais, retomando os significados de um corpo fragilizado pela doença, uma vez que a falta de simbolização, de propriedade na estrutura do sujeito, pode ser observada nas falas dos pacientes, designando de antemão o lugar do corpo.

Com base nas interpretações de casos apresentados por Déjours (1989) apontaremos alguns outros fatores preponderantes no adoecimento somático, retomando alguns já citados anteriormente. As múltiplas somatizações como no caso de Ariane – com diabetes insulino dependente, faringite, bronquite, síndrome nefrótica, hipertensão arterial, epilepsia e “doença do pé” – apontam para uma angústia associada a um estado de desamparo, uma angústia mais primitiva,

aquela que, para McDougall (2000), representa uma histeria arcaica, cuja busca do sujeito é de preservar não o sexo ou a sua sexualidade, mas seu corpo inteiro, sua vida construída a partir de laços somato-psíquicos pré-verbais com a mãe. Porém, não se tratando de uma conversão e sim de uma multiplicidade de somatizações, os laços pré-verbais do bebê, estabelecidos com a figura materna, são configurados a partir de uma fissura no investimento libidinal, pela incapacidade da mãe de manter-se como continente, a fim de que as excitações do bebê sejam nomeadas. A subjetividade do corpo-somatizante se inscreve num estado de desamparo, como se o corpo não fora simbolizado satisfatoriamente como uma propriedade. Além de apresentar um desprezo pelo corpo, a angústia dá espaço também a uma ferida narcísica intensa com sentimentos de inaptidão, de impotência e de desqualificação diante dos acontecimentos somáticos. Ainda na hipoglicemia desenvolvida por Ariane, após ter se tornado insulino-dependente e com a evolução da psicoterapia, Déjourns (1989) apresenta a existência de um conteúdo mental agressivo e latente originado de uma identificação com um agressor real ou imaginário vivenciado no meio familiar.

A contribuição mais importante do trabalho de Déjourns para a nossa dissertação reside na possibilidade de distinguir as diferentes somatizações, a partir de considerações clínicas e, sobretudo, pela tipologia dos casos psicopatológicos associados a cada uma delas. O sentido da somatização deve se centrar mais na análise e na transferência, a fim de que o acesso ao sentido possa ultrapassar a hipótese do primado econômico do funcionamento mental e do trauma no processo de somatização. Assim ressalta o autor: "... se existe um sentido nas somatizações, esse sentido não deve, como no sintoma neurótico, ser analisado a partir das formações desejantes, mas ser interpretado como uma transformação das moções de destruição e da violência compulsiva" (Déjourns, 1989, p. 28).

Como dissemos no início deste capítulo, além dos aspectos do funcionamento mental do sujeito, também levamos em conta as relações intersubjetivas existentes no grupo familiar ao considerar os fatores envolvidos no processo de adoecimento somático. Desse modo, concordamos com Azevedo (2001), cuja questão do adoecimento do seio se dá pela via da transmissão psíquica transgeracional, em que noções como luto não elaborado são incorporados formando uma cripta (Abraham e Maria Torok, 1995). Entretanto,

adicionamos às postulações acerca do adoecimento somático a questão do imaginário na intersubjetividade familiar, uma outra forma de representação e canal da transmissão psíquica entre as gerações familiares.

O imaginário implica a preponderância da relação do sujeito com a imagem do semelhante, ou do Outro (Laplanche, 2001), o que nos leva a pensar que, além das manifestações psicossomáticas ultrapassarem o não elaborado, atingindo os neuróticos, os psicóticos e os perversos, convivendo com o recalçado, o repudiado e o desmentido, o adoecimento possuiria também uma ligação com o imaginário familiar constituído por uma trama de significados passados de geração em geração e ligado a uma falha da representação e a uma distorção do imaginário do sujeito do seu semelhante. Nesse caso, tanto a representação quanto o imaginário do sujeito estariam comprometidos com a falha da função do grupo familiar de maternagem e continente.

Considerando a questão do imaginário no adoecer e sua relação com o universo familiar, trazemos à guisa da compreensão a necessidade do limite deste imaginário com o real, uma vez que o adoecimento do corpo desperta no sujeito e em sua família possíveis situações de conflito, de ameaças de morte e de transformações. Os trabalhos de Angerami-Camon (1996) com pacientes hospitalizados revelam que as condições emocionais dos pacientes determinarão uma parcela bem significativa no processo de recuperação, no que diz respeito à maneira pela qual a doença foi configurada e sedimentada em seu imaginário. Porém, acrescentamos que este determinismo não pode ser engendrado somente pelo sujeito na construção de sua subjetividade, mas deve pertencer a um legado de significações da doença transmitidas pelas gerações e revividas em cada dinâmica intersubjetiva num grupo familiar. Ainda, postulamos que este determinismo não necessariamente confirma um adoecer somático, pois mesmo tendo na história determinantes genéticos e psíquicos, a capacidade de cura, ou melhor, de convivência com a doença depende da condição de elaboração e de transformação da doença pelo sujeito e seus familiares.

No sentido da articulação entre família e adoecimento do corpo proposta neste trabalho, apresentamos no próximo capítulo a fundamentação teórica que alicerça a compreensão do lugar da família e de toda a sua complexidade intersubjetiva e histórica, face ao adoecimento do corpo de um ou mais de um de seus membros.