UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

VAGNER MARCHEZONI MEDEIROS

A sexualidade inconsciente e as manifestações psicossomáticas:
de Freud à Teoria da Sedução Generalizada, um percurso teórico

Maringá
2012

VAGNER MARCHEZONI MEDEIROS

A sexualidade inconsciente e as manifestações psicossomáticas:
de Freud à Teoria da Sedução Generalizada, um percurso teórico

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.
Área de concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Adolfo Ramos Mello Neto

Maringá
2012

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR., Brasil)

M488s

Medeiros, Vagner Marchezoni
A sexualidade inconsciente e as manifestações psicossomáticas: de Freud à Teoria da Sedução Generalizada, um percurso teórico / Vagner Marchezoni Medeiros -- Maringá, 2012.
109 f. , figs.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Adolfo Ramos Mello Neto
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2012.

1. Psicossomática. 2. Teoria da Sedução Generalizada. 3. Sexualidade Inconsciente. I. Mello Neto, Gustavo Adolfo Ramos, oriente. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDD 21.ed. 150.195

JLM000428

FOLHA DE APROVAÇÃO

VAGNER MARCHEZONI MEDEIROS

A sexualidade inconsciente e as manifestações psicossomáticas:
de Freud à Teoria da Sedução Generalizada, um percurso teórico

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Gustavo Adolfo Ramos Mello Neto
PPI/Universidade Estadual de Maringá (Presidente)

Profa. Dra. Viviana Carola Velasco Martínez
PPI/Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Paulo César de Carvalho Ribeiro
Universidade Federal de Minas Gerais

Aprovada em: 18 de abril de 2012.
Local da defesa: Sala 10 do bloco 10, campus da Universidade Estadual de Maringá.

A meus pais,
minha esposa,
e todos que partilharam
da elaboração desta meta.

AGRADECIMENTOS

No ensejo da conclusão do meu mestrado, é com sentimentos de alegria e gratidão que apresento meus sinceros agradecimentos a todos que comigo se fizeram presentes ao longo desta jornada, oferecendo-me apoio e força, de modo particular:

– Aos professores, membros da banca examinadora, Dra. Viviana Carola Velasco Martinez e Dr. Paulo César de Carvalho Ribeiro, por seus minuciosos e ricos apontamentos, que contribuíram para o feliz desfecho do trabalho;

– Ao professor Dr. Gustavo Adolfo Ramos Mello Neto, que me acolheu para a pesquisa e me conduziu nesse percurso, por sua atenta orientação, testemunhadas em suas cautelosas e sempre oportunas observações;

– À Alessandra Ferreira, sempre solícita aos meus pedidos de correção das traduções português-inglês;

– Aos meus chefes imediatos e ao meus colegas de trabalho, pela compreensão que tiveram quando precisei negociar dispensas nos meus empregos e pelos momentos em que possivelmente eu tenha demonstrado certa ausência, mesmo estando fisicamente presente;

– Aos colegas de curso, em especial às psicólogas Bruna Álvares Lunardelli, Edilene de Lima, Ivy S. Freitas de Souza e Juliana Baracat, pelo ensejo da companhia e pelo compartilhar de experiências e conhecimento;

– Ao *Laboratório de Estudos e Pesquisa em Psicanálise e Civilização* e seu grupo de pesquisadores, representados na pessoa da professora já citada, Dra. Viviana Carola Velasco Martínez, pelas profícuas discussões que resultaram em importantes contribuições ao trabalho e pelo interesse científico de todos, que culminou na proposta do *I Encontro de Psicanálise e Teoria da Sedução Generalizada* ocorrido na mesma semana da defesa desta dissertação;

– À Universidade Estadual de Maringá, pela oportunidade de fazer o tão almejado mestrado em psicologia.

E, com carinho especial:

– Aos meus pais, pelo amor, dedicação e incançável incentivo;

– Aos meus amigos, pelo prazer da convivência, quando estafado a eles recorria depois de longas horas estudando;

– À Renata Francine Ferreira, amada esposa, que, com perspicácia aguçada, soube sempre me compreender, partilhando dos altos e baixos dessa empreitada.

Dizem que se alguém olhar
para alguma coisa durante
muito tempo essa coisa se
tornará *interessante*.

Joyce McDougall, 1991

A sexualidade inconsciente e as manifestações psicossomáticas:
de Freud à Teoria da Sedução Generalizada, um percurso teórico

RESUMO

Sob a ótica das teorias do inconsciente, as manifestações psicossomáticas são fenômenos clínicos há muito estudados e geralmente interpretados como resultantes de uma fragilidade dos mecanismos psíquicos de defesa, como o recalcamento, diante da sexualidade, a grande descoberta de Freud. Esse tipo de associação entre as manifestações psicossomáticas e a fragilidade dos mecanismos psíquicos de defesa, que a clínica testemunha bem, pressupõe certos limites em relação à técnica clássica psicanalítica. Ela parece dar mostras de algo aquém da elaboração psíquica, parecendo, por vezes, ser necessário conceber em relação às manifestações psicossomáticas alguma coisa inconsciente que não o recalcado. Dissertando fundamentalmente sobre essa problemática, a do inconsciente no paciente psicossomático, nosso trabalho empreendeu um percurso teórico em que a enfermidade psicossomática é tomada como resultado de uma forma radical de defesa, anterior ao recalcamento, relacionada à ordem do primitivo e do traumático. Em razão do contato na clínica com os pacientes psicossomáticos e da linha de pesquisa do mestrado, que há alguns anos vem estudando sobre a Teoria da Sedução Generalizada (TSG), de Jean Laplanche, o trabalho se contituiu em promover uma discussão em torno da psicossomática e algumas das suas teorias explicativas de Freud à TSG. As contribuições de Freud e outras duas concepções teóricas posteriores desenvolvidas na França e bastante aceitas na comunidade científica iniciam esse percurso teórico, ilustrando os estudos realizados sobre a psicossomática até o momento em que a TSG é proposta. A partir de então, é discutido um modelo teórico proposto por Dejours e baseado na TSG que reserva um lugar na tópica psíquica diferente do recalcamento para a psicossomática. Mesmo baseado na TSG, o modelo não é totalmente aceito por Laplanche, criador da teoria. Assim, em torno das divergências e convergências percebidas entre as concepções teóricas, o trabalho temina discutindo alguns impasses e propondo alguma solução para eles, procurando relacionar a psicossomática às representações que, no final das contas, são as que dão condições para a ligação pulsional, adicionando-lhe sentido. A noção de sexualidade inconsciente permeia todo o trabalho, mas especialmente nessa parte final traz importantes elementos teóricos que ajudam a compreender as manifestações psicossomáticas como testemunhas de uma falha na constituição psíquica, exigindo, na clínica, outras formas de lidar com elas que não as já conhecidas para lidar com os retornos do recalcado.

Palavras-Chave: Psicossomática; Teoria da Sedução Generalizada; Sexualidade inconsciente.

The Unconscious Sexuality and Psychosomatic Manifestations:
from Freud to the Generalized Theory of Seduction, a theoretical trajectory

ABSTRACT

From the perspective of unconscious theories, the psychosomatic manifestations are clinical phenomena studied since a long time and usually interpreted as resulting from a weakness of psychic defense mechanisms such as repression facing the sexuality, Freud's great discovery. This kind of association between the psychosomatic manifestations and the that weakness of psychic defense mechanisms, which is well testified by clinic, assumes certain limits in relation to the classical psychoanalytic technique. It seems to give samples of something past of psychic elaboration, sometimes seeming be necessary to conceive, in relation to psychosomatic manifestations, something other unconcius than the repressed one. Mainly lecturing on this issue – of the unconscious in the psychosomatic patient – our study undertook a theoretical approach in which psychosomatics illness is taken as a result of a radical form of defense, preceding the repression related to the primitive and traumatic order. Due to contact with psychosomatic patients in the clinic and with the research line of the Master's degree which, for some years, has been studying about the Jean Laplanche's Generalized Theory of Seduction (GTS), this work was contituted to promove a discussion around the psychosomatic and some of the explanatory theories, from Freud to the GTS. Freud contributions and other two theoretical concepts developed later in France and widely accepted in the scientific community begins this theoretical trajectory, illustrating the studies on the psychosomatic until the moment that GTS is proposed. Since then, the paper discusses a theoretical model proposed by Dejours and based in the GTS which reserves a place in the psychic topic to the psychosomatic which is different place of the repressed. Even based on the GTS, the model is not fully supported by Laplanche, its creator. Therefore, around the perceived differences and similarities between the theoretical concepts, the work finishes discussing some dilemmas and proposing a solution for them, trying to relate the psychosomatic to the representations that, ultimately, are the ones that give conditions for the drives connection, adding it meaning. The notion of unconscious sexuality permeates all the work, but especially in this final part brings important theoretical elements that helps to understand the psychosomatic manifestations as witnesses of a failed psychic constitution, requiring in the clinic other ways of dealing with them than those already known to deal with the return of the repressed one.

Keywords: Psychosomatic, Generalized Theory of Seduction, Unconscious sexuality.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 10

CAPÍTULO I - ALGUMAS CONCEPÇÕES TEÓRICAS SOBRE A PSICOSSOMÁTICA 22

I.1 Do fenômeno clínico às contribuições freudianas 23

I.2 Das contribuições de Freud às teorias sobre a psicossomática 28

I.3 Duas concepções teóricas para pensar a psicossomática psicanalítica pós-Freud 37

I.3.1 A psicossomática da IPSO: a carência da atividade fantasmática 39

I.3.2 A psicossomática de McDougall: uma espécie de histeria arcaica 46

I.3.3 Algumas considerações a partir dos dois modelos 51

CAPÍTULO II - AS MANIFESTAÇÕES PSICOSSOMÁTICAS SEGUNDO A TSG 55

II.1 A Teoria da Sedução Generalizada 58

II.1.1 Teoria da Sedução Restrita 58

II.1.2 Período de recalcamento da teoria da sedução 61

II.1.3 Teoria da Sedução Originária 62

II.2 A psicossomática segundo Dejours e a TSG 68

II.2.1 A terceira tópica ou tópica da clivagem 72

II.2.2 A teoria da sedução generalizada e a psicossomática a partir de Dejours 78

CAPÍTULO III - A PROPÓSITO DE *TRÊS ACEPÇÕES DA PALAVRA "INCONSCIENTE"* 85

III.1 O "lugar" das representações inconscientes não recalcadas relacionadas às manifestações psicossomáticas 85

III.2 O processo pelo qual as mensagens tornam-se encravadas: a intromissão 90

III.3 As manifestações psicossomáticas do inconsciente encravado 94

CONSIDERAÇÕES FINAIS 96

BIBLIOGRAFIA 106

INTRODUÇÃO

A temática de nossa dissertação são as manifestações psicossomáticas. Por meio da construção de um percurso teórico, tentamos compreendê-las partindo de algumas das teorias já formuladas sobre elas em direção a uma das mais recentes teorias sobre o inconsciente e a constituição psíquica – a Teoria da Sedução Generalizada (TSG), de Jean Laplanche, que há alguns anos vem sendo estudada pela linha de pesquisa à qual se vincula este trabalho. Motivados por algumas observações oriundas de nosso contato na clínica com o tipo de paciente que as exibe (as manifestações psicossomáticas), esta dissertação serve-nos como instrumento para discutir algumas das questões que requerem atenção especial quando as formulações teóricas psicanalíticas são utilizadas como base para compreender as manifestações clínicas psicossomáticas. Logo veremos que a principal dessas questões – que, de certa forma, orienta nosso percurso – será saber se as manifestações psicossomáticas são, assim como os sintomas neuróticos, também manifestações do inconsciente.

Dotado de uma fala sem emoção – como ainda veremos neste trabalho descrito como características do paciente do "pensamento operatório", pelos autores franceses Marty e M'Uzan (1963), ou do da Depressão essencial (Marty, 1968), bem como do "caracterizadamente psicossomático" de McDougall (1983; 1991; 1997) –, o paciente psicossomático, ou seja, aquele que exibe manifestações psicossomáticas[1], é diferente do conversivo histérico, do hipocondríaco ou ainda daquele tipo de paciente que poderíamos classificar como poliqueixoso. Diversamente desses últimos, por exemplo, esse tipo de paciente não costuma iniciar o tratamento de saúde – como pudemos observar em nossa prática clínica – em razão de um ganho outro qualquer; inicia-o porque outras pessoas o fizera procurar o serviço ou porque alguma de suas somatizações o impedira de desenvolver suas atividades cotidianas, por exemplo. Talvez o que mais o diferencie dos demais pacientes seja a forma como lida com sua manifestação somática ao nível das representações inconscientes. E foi essa importante característica – de que parece haver no paciente psicossomático certo distanciamento do mundo das emoções e dos conflitos psicológicos – que nos fez pesquisar sobre o inconsciente nas manifestações psicossomáticas.

---

[1] Vamos utilizar neste trabalho a expressão *Paciente Psicossomático* para fazer referência ao paciente cujas manifestações clínicas sejam predominantemente psicossomáticas. Como teremos oportunidade de discutir mais adiante, qualquer pessoa pode apresentar em um determinado momento da vida manifestações psicossomáticas, entretanto, em alguns essas manifestações constituem a base de seu quadro clínico. São a esses últimos que aqui chamamos de psicossomáticos.

A manifestação somática desse tipo de paciente parece sobrepor-se à experiência afetiva de suas dores mentais, ou seja, o paciente parece manifestar somaticamente o que talvez devesse ou pudesse experimentar psiquicamente. Geralmente queixam-se da presença de um ou vários sintomas somáticos quaisquer, mas os fatores etiológicos desses sintomas geralmente são indefinidos ou indeterminados, o que leva muitas vezes a ser apressadamente diagnosticado pelos médicos como portador de "Transtorno somatoforme", segundo a Classificação Internacional de Doenças em sua 10ª edição – CID10 (Organização Mundial de Saúde, 2007, pp. 340-343)[2] –, uma classificação diagnóstica que leva em conta, sobretudo, o critério de que a causa da doença não se justifica por fatores orgânicos. Na verdade, as manifestações clínicas apresentadas por esses pacientes são bem evidentes, embora a ineficácia terapêutica de muitas dessas dificulte confirmar o diagnóstico.

Frequentemente reconhecidas como autênticas manifestações somáticas (e não apenas de uma crença por parte do paciente de que a doença existe), seus sintomas físicos constituem-se, na maioria das vezes, de disfunções gastrointestinais (úlcera, gastrite e retocolite), respiratórias (asma e bronquite), cardiovasculares (hipertensão, taquicardia e angina), endócrinas e metabólicas (o diabetes), nervosas (enxaquecas e vertigens), ligadas às articulações (artrite, artrose, tendinite e reumatismos) e/ou aos músculos e nervos (fadiga ou fraqueza muscular); No entanto, a indicada ineficácia dos tratamentos propostos e a não redutibilidade de seus fatores etiológicos a uma causa estritamente biológica conferem a elas importantes diferenças em relação a qualquer outro sintoma somático comum.

Uma característica também bastante marcante nesses pacientes é que parecem presos na descrição de sua sintomatologia e no relato das circunstâncias da identificação quando buscam o tratamento. Suas falas constituem-se mais de descrições de fatos e eventos que do relato emocionalmente intenso de seu sintoma, tal como geralmente ocorre quando um paciente neurótico comum apresenta seu sintoma em uma sessão psicoterapêutica. Como já dissemos, a manifestação da doença parece falar em lugar da experiência emocional.

Notadamente, é bem característico desses pacientes mostrar-se muito dependentes de seus cuidadores, geralmente os familiares. Tem-se a impressão de que não conseguiriam conduzir a própria vida não fosse pela ajuda das pessoas que estão à sua volta, embora muitos deles façam sozinhos suas atividades cotidianas – como vir aos atendimentos, por exemplo. Por esse motivo mesmo, parece que a ajuda que encontram no serviço de saúde, embora do

[2] Para este diagnóstico, geralmente os profissionais baseiam-se no método de diagnóstico por exclusão. São investigadas todas as doenças possíveis de estarem sendo produzidas pelo paciente e chega-se a um diagnóstico excluindo as menos semelhantes ao quadro do paciente.

ponto de vista da equipe de atendimento sugira não trazer melhoras, leva-os a produzir alguma nova forma de lidar com sua doença.

Em razão dessas observações clínicas e em razão de outros argumentos que apresentaremos no primeiro capítulo deste trabalho, chamaremos aqui de psicossomáticos aqueles sujeitos cujas manifestações somáticas testemunham uma inaptidão para se defender da excitação sexual somática por meio dos mecanismos psíquicos de defesa. O sujeito psicossomático é diferente do paciente hipocondríaco ou do paciente poliqueixoso, por exemplo, que parecem substituir suas preocupações pela preocupação com a doença, fazendo dela como que um objeto fóbico. Nos psicossomáticos, pelo que veremos adiante, a somatização parece surgir de forma direta, sem servir de substituto a que quer que seja. Enquanto um paciente neurótico responde com a elaboração do luto diante de uma perda importante, por exemplo, no psicossomático a hipótese mais provável é que, em vez de um trabalho de luto, a manifestação somática se apresente como um dos mais primitivos recursos de defesa contra a excitação sexual, aquela que, em decorrência da perda, o sujeito mostra-se despreparado para elaborar psiquicamente. Neste sentido, entendemos que sua doença somática tanto mais se intensifica quanto mais seus conflitos psicológicos apresentam-se apagados em seu interior, por não serem vivenciados afetivamente. Aliás, esta relação entre a incapacidade de elaboração psíquica e a exibição de uma manifestação somática é notável nas concepções teóricas que discutiremos neste trabalho, podendo ser admitida como parte de uma base teórica quase consensual entre as teorias psicossomáticas ao redor do mundo.

Um pequeno fragmento de uma sessão realizada com um desses nossos pacientes nos fornece uma ideia melhor do fenômeno clínico pesquisado (a manifestação psicossomática), bem como das questões que nos levaram a propor este trabalho. Aliás, antes de optarmos pela atual proposta de pesquisa, por um tempo havíamos nos ocupado de outra, em que trabalhávamos justamente com a hipótese de que era precisamente a comunicação inconsciente a responsável por manter a relação entre o paciente psicossomático e sua equipe de tratamento; porém a insuficiência dos elementos clínicos de que dispúnhamos para discutir a hipótese e o tempo limitado para concluir a pesquisa nos forçaram a adiar aquele plano; de qualquer forma, um percurso teórico já havia sido estabelecido e foi ele que nos permitiu prosseguir com a proposta atual de trabalho, com a diferença de que aqui discutiremos, como já dissemos, sobre o inconsciente e as manifestações psicossomáticas, sobretudo em razão de alguns impasses teóricos que surgem quando utilizamos formulações sobre o inconsciente como base para compreender as manifestações psicossomáticas. Vejamos de que forma notamos isso por meio do fragmento clínico.

Alguns meses depois de um determinado paciente ter sido aceito para psicoterapia, a relação estabelecida entre ele, o terapeuta e o restante da equipe de atendimento (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, etc.) exibiu algumas características que nos fizeram pensar na possibilidade de que ali estivesse ocorrendo algo ao nível das representações inconscientes. Do sexo masculino e com aproximadamente 40 anos, o paciente havia procurado o serviço de psicologia em virtude de um encaminhamento ofertado pela equipe médica de um mesmo serviço público ambulatorial de atendimento à saúde. A dor, a fadiga, a fraqueza... e o relato monótono de cada detalhe dos eventos que anteciparam o aparecimento da doença somática – "dores crônicas" – consumiam mais uma vez os minutos que este psicoterapeuta lhe dedicava naquela sessão. É bem verdade, no entanto, que, não fosse o pedido médico, o paciente provavelmente nunca teria posto os pés ali. Parecia não saber ainda exatamente o que fazia naquele lugar, pois perguntava mais uma vez: "É assim que funciona aqui? O que eu tenho mais que falar?".

Os relatos feitos pelo paciente até ali pareciam estabelecer alguma conexão entre a eclosão da doença e alguns dos episódios descritos sobre sua vida, todavia não havia sido identificado nenhum sinal indicativo de que o paciente também fazia semelhante reflexão. Na verdade, nem mesmo diante da possibilidade iminente da morte – afinal, por vezes o paciente chegou a falar que seu corpo continuava adoecendo e que era possível que algum dia ele não suportasse mais – parecia manifestar qualquer reação emocional mais significativa. Parecia sofrer, mas nada denunciava isso, exceto sua insistência em descrever detalhadamente o que seu corpo manifestava: as dores, a fadiga, a fraqueza...

Que havia com aquele corpo? Que havia com aquele psiquismo? Que havia com aquele sujeito psíquico que, a julgar pelo notório "silêncio emocional", parecia não dizer nada, exceto algumas histórias (contadas geralmente por incitação do terapeuta) e suas manifestações somáticas? Ademais, embora até aquele momento não houvesse qualquer indicativo de elaboração psíquica da doença, o paciente, ainda assim, continuava vindo às sessões e com uma regularidade notável.

Também para os demais membros da equipe de atendimento (médicos, enfermeiros e outros profissionais e/ou auxiliares no atendimento em saúde) a doença, de forma similar, parecia-lhes uma incógnita. Não havia uma hipótese substancial do que realmente estava acontecendo com o paciente. Este, por sua vez, parecia saber menos ainda. Confiava à equipe a solução do seu caso, mas nem por isso parecia satisfeito com o diagnóstico "dores crônicas". Como interpretar esse sintoma? Dizer que se tratava de uma manifestação psicossomática não

ajudava muito. Afinal, o que isto queria dizer do ponto de vista da psicanálise, da constituição psíquica?

Os repetidos insucessos diante das intervenções que visavam ajudar o paciente a desvendar seus conteúdos recalcados levam à consideração de que deve mesmo haver alguns limites à técnica psicanalítica baseada na interpretação do material trazido pelo paciente às sessões. Depois de vários encontros com o paciente, a partir de um deles pareceu não ser mais possível prosseguir. A técnica psicoterápica escolhida (a psicanálise) definitivamente parecia mostrar-se inadequada para o caso em questão. O paciente não respondia às interpretações ou às tentativas de relacionar alguns dos eventos que lhe haviam ocorrido com a eclosão da doença.

O diagnóstico somático, "dores crônicas", fazia com que o tratamento médico apostasse, sem sucesso, na indicação de terapêuticas medicamentosas. Os exames, os diagnósticos, os vários especialistas consultados, não eram suficientes para estabelecer um plano terapêutico realmente eficaz.

As discussões do caso com a equipe indicavam novas possíveis conduções terapêuticas, porém essas discussões quase sempre consideravam hipóteses que não ajudavam muito. Frequentemente os profissionais preferiam encerrar o assunto supondo que a doença fosse uma produção psíquica qualquer do paciente ou resultado de fatores estressores oriundos do convívio familiar, do trabalho e outros fatores sociais. Na verdade, essas discussões do caso acabavam terminando com ainda menos esperanças que antes, afinal, nenhuma das informações era capaz de modificar a antiga opinião sobre o caso. Era preciso investigar ainda mais.

Assim, continuar o tratamento psicoterapêutico ou deixar o paciente sem ele foi se tornando uma escolha cada vez mais difícil: deixá-lo seria o mesmo que abandoná-lo em seu desamparo; acolhê-lo, por outro lado, seria optar por um tratamento em que o paciente parecia não dispor das condições mínimas para se colocar em análise segundo o que propõe o modelo clássico psicanalítico. Logo, não havia muito mais a que recorrer. Por outro lado, como deixá-lo? A ética profissional impedia de tomar essa decisão. Na verdade, a esperança era que ele, por si só, deixasse de vir às sessões, mas nem mesmo isso o paciente parecia estar disposto a fazer. O que buscava esse paciente? Afinal, parecia que não era possível ajudá-lo. Sem condições de se colocar em análise – dada a aparente ausência de afetividade de seu relato –, tínhamos a impressão de que ou tratava-se naquele caso de um sintoma somático oriundo de um perfeito recalcamento – *la belle indifference* – ou não existia ali recalcamento algum.

Ademais, tampouco respondia às terapêuticas médicas. Fato era que, de qualquer forma, ainda assim o paciente continuava vindo às sessões, e com acentuada regularidade.

Como pode ser visto, entre outras questões, o fragmento nos remete àquela há pouco levantada, a qual, como havíamos adiantado, deve orientar nosso percurso teórico. Afinal, como questionado em relação à sessão, podemos mesmo falar de inconsciente no caso deste tipo de paciente? Logo, devemos recomendar à psicanálise que o trate?

Ilustradas pelo fragmento acima, duas observação são dignas de nota no que se refere a essa questão sobre o inconsciente no caso do paciente psicossomático. A primeira é a aparente "inércia" do paciente diante de suas manifestações psicossomáticas, e a segunda, quão "incomodada" se sente a equipe de atendimento diante disso. Mas que em outros casos, parece-nos que a expressão somática de sua doença (em nosso exemplo clínico, sintomas comuns sem eficácia terapêutica) e a forma como esse tipo de paciente reage frente a ela (no fragmento ilustrado pela destacada carência de vivência emocional) detêm certa especificidade capaz de mobilizar as fantasias inconscientes da equipe de atendimento. Isso parece, dentre outras coisas, levar a equipe a se esforçar no sentido de propor a cura, mas também parece levá-la a uma aparente perturbação se a cura não ocorre.

Embora algumas manifestações psicossomáticas se mostrem por meio de sintomas clinicamente muito comuns, como as dores, fadigas e fraquezas de nosso paciente, a equipe muitas vezes não consegue ajudar o paciente. A ineficácia dos procedimentos terapêuticos técnico-científicos, sejam eles médicos ou psicológicos, faz-nos pensar que o profissional muitas vezes atende o paciente por razões outras que não aquelas aprendidas em sua profissão. Em pacientes normais (não psicossomáticos), quando não há benefício terapêutico ou algum outro ganho secundário com a doença ou com a terapêutica do paciente, é mais comum presenciarmos o abandono do tratamento ou a opção do profissional por não atendê-lo, pela justificativa de que aquela não é a terapêutica mais adequada a ser aplicada. Não é isso, porém, o que muitas vezes se observa nos casos psicossomáticos.

Nesses casos, não é muito difícil de observar um excessivo afago e zelo por parte de alguns profissionais aos seus pacientes, e mesmo comportamentos agressivos e, às vezes, violentos de outros com eles quando os estão atendendo[3]. Frente à dificuldade de tratar sintomas que se mostram aparentemente comuns no paciente (como são algumas manifestações clínicas do paciente psicossomático), podemos pensar que esses

[3] É bem possível, no entanto, que não sejam propriamente as manifestações psicossomáticas as únicas capazes de despertar esse tipo de reação na equipe, mas qualquer doença que, tal como a maior parte das doenças psicossomáticas, impõe uma dificuldade de estabelecer os diagnósticos e tratamentos.

comportamentos não condizentes com os procedimentos terapêuticos sejam uma espécie de resposta menos elaborada por parte dos profissionais diante de sua própria dificuldade de conseguir justificar a terapêutica aplicada a partir de um aparato teórico-científico apropriado. Temos a impressão de que, diante dessa dificuldade de lidar com a doença psicossomática, a equipe fique suscetível a estabelecer com o paciente uma relação mais baseada em motivações inconscientes (ou, o que é mais provável, mantida por uma sexualidade inconsciente em seu estado mais bruto, desligado, ou seja, no estado que se situa atrás ou aquém de toda tradução e recalcamento – o sexual[4], no sentido de Laplanche (2003a/2007)) do que em motivações técnico-científicas. De forma similar, do lado do paciente, somos levados a pensar – como veremos apontado por algumas teorias – que as manifestações psicossomáticas não são outra coisa senão o único meio que o sujeito encontrou para se defender da excitação sexual oriunda de sua relação com o outro.

Para discutir essas e outras questões é que nos sentimos levados a repensar as manifestações psicossomáticas a partir das teorias do inconsciente. Sem condições de produzir um trabalho que contemplasse todas as teorias ao redor do mundo, nosso percurso teórico escolhe um caminho particular por meio do qual propomos retomar algumas das contribuições freudianas sobre o assunto, passando por algumas das teorias sobre o assunto desenvolvidas na França (aquelas desenvolvidas pela Escola Francesa de Psicossomática e por Joyce McDougall), depois fazendo uma apresentação da TSG e da concepção psicossomática de Dejours, também desenvolvida na França, para, por fim, terminar tecendo nossas próprias considerações sobre a psicossomática a partir da TSG.

Para traçarmos esse percurso, propomos quatro capítulos. No primeiro falamos das contribuições de Freud e de modelos teóricos da psicossomática que se desenvolveram na França e que são anteriores à TSG; no segundo apresentamos a Teoria da Sedução Generalizada e um modelo teórico que dela se utiliza para explicar as manifestações psicossomáticas; no terceiro retomamos os dois capítulos anteriores apontando algumas convergências e divergências entre os autores estudados; e, por fim, propomos um quarto capítulo em que apresentamos nossas considerações finais.

---

[4] Referimo-nos a *o sexual* (substantivo) tal como discutido pelo autor no artigo "*Le genre, le sexe, le sexual*", ou seja, no mesmo sentido dado por Freud (1905/1986) e que podemos também chamar de *sexualidade ampliada* ou *sexualidade inconsciente*. Uma sexualidade que não é a do sexo ou do gênero, diz Laplanche, mas que se refere àquilo que é recalcado por meio dele. É, portanto, o sexual infantil, ou simplesmente o *sexual*, a grande descoberta de Freud e o objeto próprio da psicanálise. Para mais esclarecimentos remetemos o leitor ao próprio artigo de Laplanche.

No primeiro capítulo buscaremos com Freud apontar algumas contribuições importantes (como a teoria econômica do aparelho psíquico e a classificação das neuroses em atuais e psíquicas) que influenciaram significativamente as produções teóricas que estudamos. Elas irão nos fornecer alguns elementos de introdução ao nosso tema. Afinal, por elas veremos que as neuroses atuais são concebidas como produto da excitação sexual somática não representada psiquicamente, como concebe Freud[5], e então veremos que parece necessário perguntarmo-nos se elas seriam por isso representáveis ao nível do inconsciente e, em caso afirmativo, de que forma poderiam ser concebidas. Considerando esta última possibilidade, a de que poderia haver aí algum nível de representação psíquica, algumas hipóteses mostram-se bastante pertinentes, como, por exemplo, a de que as manifestações psicossomáticas seriam a expressão de uma sexualidade primitiva, anterior ao recalcamento propriamente dito, e que, diversamente de Freud, referem-se a algum nível de ligação pulsional com representações inconscientes.

Com essas primeiras perguntas e formulações, faremos referência neste primeiro capítulo aos autores Joyce McDougall e Pierre Marty, em torno dos quais destacaremos dois modelos um pouco diferentes entre si de conceber as manifestações psicossomáticas. No primeiro deles temos nas manifestações psicossomáticas uma espécie de histeria arcaica, ou seja, elas remetem sempre a representantes pré-verbais recalcados, e não a representantes verbais. Baseado no modelo da histeria freudiano, esse modelo relaciona toda manifestação psíquica a fantasmas recalcados, mas fala que no caso das psicossomáticas esses fantasmas são muito primitivos, aquém da linguagem. No segundo modelo temos a Escola Francesa de Psicossomática, liderada por Pierre Marty, cuja concepção teórica desenvolvida parte do ponto de vista econômico da teoria freudiana para propor que é a não representação psíquica da excitação somática o que torna o indivíduo vulnerável à psicossomática. Por meio dessas duas concepções teóricas, o capítulo termina por considerar o paciente caracterizadamente psicossomático como aquele cujas manifestações somáticas se apresentam como respostas físicas em lugar de conflitos psíquicos, o que nos leva a discutir se não estaria havendo aí uma espécie de "dessexualização" da concepção da dinâmica psíquica do paciente psicossomático. Afinal, se os pacientes psicossomáticos respondem psicossomaticamente, quando o mais esperado talvez fosse que eles conseguissem se defender por meio dos clássicos mecanismos psíquicos de defesa (como o recalcamento, por exemplo), haveria aí algo de inconsciente?

[5] Freud (1895/1986) concebe as neuroses atuais (nessa época apenas a neurastenia e neurose de angústia e, mais tarde, em 1912, também a hipocondria) como produtos da excitação sexual somática não representada psiquicamente e, de certa forma, posta em oposição às neuroses psíquicas (ou psiconeuroses)

É com este questionamento que introduziremos o segundo capítulo, que versa sobre a Teoria da Sedução Generalizada (TSG). Com ele falaremos sobre uma concepção possível de inconsciente no paciente psicossomático.

Quando há pouco dissemos notar em nossos pacientes psicossomáticos que, sujeitos a uma determinada relação com a equipe de atendimento, permaneciam em tratamento e pareciam compartilhar com ela os sabores e dissabores de sua manifestação fenomênica psicossomática, declaramos a opção de ter adiado para um próximo trabalho o debate sobre a hipótese de que talvez esses pacientes não estivessem experimentando apenas somaticamente a doença. Ali não dissemos, mas a hipótese propunha interpretar, seguindo uma formulação teórica da psicossomática baseada na TSG, as manifestações psicossomáticas como resultantes de uma reação outra à sexualidade inconsciente que não as clássicas defesas psicológicas (neuroses, psicoses e perversões), mas nem por isso menos *sexual* que elas. Ao voltarmos a essa questão queremos propor uma pergunta que devemos nos ocupar no segundo capítulo: "será mesmo isso teoricamente concebível?", ou seja, as manifestações psicossomáticas são formas de reação à sexualidade inconsciente? Devem ser consideradas manifestações do inconsciente?

Assim, podemos dizer que o segundo capítulo procura articular a psicossomática à TSG tomando por base os desenvolvimentos teóricos realizados por Laplanche (em seus livros e artigos) e por Christophe Dejours (2001). Dedicamo-nos especialmente à noção de sexualidade inconsciente, sobretudo em razão das contribuições daquele primeiro autor. Por essa noção as manifestações psicossomáticas passam a ser vistas como uma das mais primitivas saídas encontradas pelo sujeito diante do encontro com a sexualidade no contato com o outro.

Assim, mais que focalizar a exibição das manifestações psicossomáticas, concentramos nossa discussão, ao longo deste segundo capítulo, na qualidade da atividade psíquica do paciente psicossomático, haja vista a suposta fragilidade de seus mecanismos psíquicos de defesa sugerida pelas concepções teóricas da psicossomática apresentadas no capítulo antecedente. Inclusive a esse respeito, por exemplo, Dejours (2001) é trazido em suas argumentações sobre a necessidade de pensarmos em um segundo inconsciente, clivado do inconsciente dito freudiano (Freud, 1915/1986) com a hipótese teórica de que, com base na TSG, seria possível dar conta dessas manifestações "clivadas" do primeiro inconsciente (o propriamente sexual, segundo ele). Sem aderirmos à tamanha radicalidade em direção a uma teoria explicativa das manifestações psicossomáticas – colocando de um lado o sexual e de outro o nãosexual – procuramos pensar em um modelo de aparelho psíquico cujas

manifestações psicossomáticas fossem vistas como sempre dotadas de sexualidade, embora esta possa em algum momento ser concebida como presa, encravada em um corpo, por exemplo, e em outros momentos não.

Com a tarefa de discutir os pormenores implicados nessas ideias, este segundo capítulo termina por tomar o paciente psicossomático como "portador" de uma sexualidade inconsciente em que a fantasmatização necessária para conter a excitação por meio de uma defesa psíquica encontra-se de alguma forma bloqueada. Desta forma, entende que o paciente psicossomático se encontra com uma reduzida capacidade de defesa psíquica, similar à passividade imputada à criança diante do encontro com o outro, segundo uma importante noção teórica da TSG, a situação antropológica fundamental. Com ela uma comparação entre a criança e o paciente psicossomático passou a ser importante, pois pareceu-nos trazer alguns elementos necessários para entendermos a relação que o paciente psicossomático mantém com o outro. A própria noção de sexualidade inconsciente, se presente, conforme este ponto de vista, poderia não ter na psicossomática o mesmo sentido que tem para o adulto referido por Laplanche (2002/2007) no caso da *situação antropológica fundamental*. Afinal, de que sexualidade inconsciente podemos falar no caso das manifestações psicossomáticas? Se as considerarmos como defesa ante a excitação sexual, como a concebermos ao mesmo tempo em que consideramos uma "ausência ou insuficiência de elaboração fantasmática", como sugerem as concepções teóricas a serem discutidas no primeiro capítulo? Há como um encontro com o outro não resultar em fantasmas, em inconsciente, ou não ser originário de fantasmas?

Essa problematização resultante do segundo capítulo levou-nos a propor um terceiro. Ele recupera dos dois anteriores a principal questão orientadora do trabalho, a saber, o que deve ser considerado como inconsciente na psicossomática. Baseado especialmente nas divergências e convergências entre as concepções teóricas de Laplanche e Dejours, promovemos uma reflexão sobre essa questão que incide, entre outras coisas, sobre a relação entre o paciente psicossomático e o outro como uma situação cuja potência mobilizadora do sexual inconsciente exige deste último e, por conseguinte, também do primeiro, um esforço de tradução, conduzindo-os a diversas formas de lidar com o sexual. Neste capítulo procuramos mostrar nossa compreensão do "lugar", do processo e das manifestações psicossomáticas do inconsciente neste caso.

Assim chegaremos ao último capítulo. Por meio dele, prestamos nossas considerações finais. Por entendemos que a discussão que travamos traz dados para avançarmos no debate sobre a psicossomática pensada a partir da TSG e nos oportuniza

incluir elementos da clínica a fim de enriquecer seu debate em relação ao inconsciente do paciente psicossomático, é neste capítulo que anotamos as principais contribuições e os limites do trabalho, como, por exemplo, o fato de nossos argumentos estarem amparados em debates fundamentalmente teóricos e a destacada contribuição que fazemos à psicossomática baseada na TSG. Embora Dejours (2001) já tenha feito algum trabalho neste sentido (sobre a psicossomática e a TSG), esse tema nunca foi devidamente discutido nem mesmo por Laplanche, o criador dessa teoria, e muito pouco se encontra em termos de produção científica a seu respeito. É neste sentido que entendemos que pode haver alguma contribuição para a teoria, pois, se em Dejours se encontra uma boa construção teórica sobre a dinâmica psíquica do paciente psicossomático, trazemos algumas novas pontuações a esse respeito, especialmente no que se refere à questão dos recursos psicológicos de defesa em relação ao recurso da psicossomatização.

Prestes a finalizar esta introdução, emprestemos um pequeno trecho do capítulo "O psicossoma e a psicanálise" de um dos livros de McDougall (1983) para mostrar que por meio de seus debates esta dissertação de certo modo também provoca um questionamento em torno do que nesta autora figura como *o perigo da surdez transferencial* do analista diante do paciente psicossomático. Embora essa discussão não seja central no trabalho, ela ilustra com outras palavras a emergência do sexual na relação analítica e, a nosso ver, seu papel fundamental para a manutenção dessa relação. Assim diz McDougall (1983):

> Pode ser que o analista reaja ao inexplicável soma de seus analisandos como uma afronta narcísica à sua onipotência interpretativa, o que o expõe ao perigo de subestimar o psicossoma quando o soma se comporta de maneira a colocar-se fora da esfera de influência do processo analítico ou, no mínimo, dando a impressão (sem dúvida válida) de que é inacessível aos métodos tão bem sucedidos em relação aos setores neuróticos da personalidade. (p. 142)

A leitura que a autora faz do efeito da ação interpretativa do outro, o analista, diante do psicossoma, sugere que esta ação interpretativa por parte do analista pode excluir o psicossoma da esfera da influência do processo psicanalítico, na medida em que pode ferir a onipotência interpretativa do analista. Neste trabalho, no entanto, discutimos justamente que esta ação interpretativa do analista ante a manifestação fenomênica psicossomática testemunha, dentre outras coisas, a emergência do sexual no processo analítico, exigindo do analista, também "dotado" de mensagens recalcadas (produzido, na linguagem laplancheana, pelo resto não traduzido da mensagem), um esforço de tradução. Uma das hipóteses que

desenvolvemos neste trabalho, então, é que é precisamente a sexualidade inconsciente que parte do analista diante da manifestação psicossomática uma das condições que poderia permitir a tradução da mensagem por parte do paciente.

Para finalizar, podemos dizer que esta dissertação busca perfazer, do ponto de vista teórico, um caminho que vai da discussão sobre a dinâmica psíquica do paciente psicossomático a partir das teorias desenvolvidas na França à tentativa de elaborar uma posição teórica em que o sexual seja colocado como central também nas manifestações psicossomáticas, a exemplo das outras desordens psicopatológicas, como sugere a TSG.

Expostos os elementos de introdução, sem mais delongas, segue o trabalho.

CAPÍTULO I - ALGUMAS CONCEPÇÕES TEÓRICAS SOBRE A PSICOSSOMÁTICA

Como anunciado na introdução, reservamos este capítulo para o debate sobre o *paciente psicossomático e suas manifestações clínicas* segundo algumas das concepções teóricas sobre a psicossomática. Para tanto, iniciaremos o capítulo com alguns breves apontamentos atinentes ao contato que tivemos na clínica com este tipo de paciente e em seguida discutiremos algumas das contribuições freudianas e, por meio de duas concepções teóricas desenvolvidas na França, discutiremos também como as manifestações psicossomáticas vinham sendo entendidas antes da TSG. Esta última, pela destacada importância que teve para o nosso trabalho foi reservada para ser discutida em um capítulo à parte. Três subseções foram dispostas a fim de organizar o presente capítulo.

A primeira apresenta as principais características do fenômeno clínico, especialmente ilustrado pelas observações oriundas de nossa prática. Embora já o tenhamos feito em parte na introdução, entendemos indispensável acentuar um pouco mais suas características, a fim de familiarizar o leitor com a dinâmica de funcionamento. Na segunda subseção são mencionadas algumas das principais contribuições freudianas nesse campo as quais, de algum modo, influenciaram as teorias doravante estudadas sobre a psicossomática. Vemos essa influência confirmada especialmente na terceira e última subseção, em que são apresentadas as duas concepções teóricas baseadas em Freud, as quais reúnem alguns dos conceitos bastante conhecidos sobre as pesquisas psicossomáticas.

Assim, o capítulo constitui-se em uma articulação entre o fenômeno clínico e as teorias psicossomáticas, oferecendo os subsídios teóricos básicos necessários para a sequência do trabalho. Entendemos necessário definir quem é este paciente, como ele se apresenta e de que forma a psicossomática vem entendendo seus fenômenos clínicos. De qualquer forma – é bom que fique claro –, longe de ofertar ao leitor uma revisão completa de todas as escolas e tendências teóricas em psicossomática[6] (isso provavelmente tornaria o trabalho demasiadamente extenso e distante de seu foco principal), vamos discorrer neste capítulo tão somente sobre Freud e sobre duas importantes concepções teóricas, seguindo um percurso

[6] São muitas as escolas, como, por exemplo, a francesa e as americanas. Na França, a principal delas é a chamada *Escola Francesa de Psicossomática*, liderada por Pierre Marty que será referenciado na próxima subseção deste capítulo. Ainda na França temos Joyce McDougall e sua hipótese de uma espécie de "histeria arcaica" na psicossomática (também será referenciada). Nos Estados Unidos as principais são a Escola de Chicago, liderada por Franz Alexander (considerado o pai da medicina psicossomática), e a Escola de Boston que na década de 1970, com Jonhn Nemiah e Peter Sifneos, desenvolveram um importante conceito de alexitimia.

teórico próprio que, a nosso ver, nos dá uma ideia bastante significativa de como as manifestações psicossomáticas são pensadas a partir da psicanálise.

Para iniciar, vejamos um pouco de como esse fenômeno clínico pode se apresentar na clínica.

I.1 Do fenômeno clínico às contribuições freudianas

Estamos falando de um grupo de pacientes que, em regra, quase sempre são considerados como pouco ou nada acessíveis à clínica psicanalítica segundo seu modelo clássico, ou seja, mostram-se muito limitados em relação aos seus benefícios terapêuticos. Tal como já adiantamos na introdução, esse suposto "limite" parece não ser específico da intervenção psicológica, sendo também extensivo às terapêuticas médicas. Por ora nos deteremos em algumas dessas peculiaridades em relação aos outros pacientes, como forma de explicitarmos suas características. Mais que dos indicativos colhidos no atendimento psicoterápico, falamos de algumas observações colhidas na situação geral de atendimento, tais como aquelas que obtivemos de nosso contato na clínica com este tipo de paciente.

O contato inicial entre a equipe de atendimento e os pacientes psicossomáticos geralmente está relacionado a uma queixa somática qualquer, muitas vezes ligada a dores e a fadiga; entretanto, do ponto de vista médico, a investigação patognomônica de sua sintomatologia mostra-se quase sempre incapaz de indicar um diagnóstico preciso. Quando o paciente é encaminhado ao serviço de psicologia, a investigação psicológica também parece impedida de prosseguir, dada a falta ou precariedade das representações psíquicas ligadas à queixa sintomática; ou seja, o paciente não consegue dizer nada mais ao terapeuta que a mera descrição de sua patologia ou a sequência lógica da ocorrência dos fatos que antecederam a eclosão da doença. Queremos com isto dizer que o paciente mostra-se à equipe como que um enigma sem solução, na medida em que suas manifestações exigem diagnósticos que se mostram difíceis de estabelecer segundo a lógica de investigação dos sintomas comuns. A impressão é que é preciso investigá-lo constantemente e cada vez mais. Segundo McDougall (1983), já foi dito, a manutenção da doença parece soar como uma afronta narcísica à onipotência interpretativa do investigador, dada a dificuldade de trabalhar com o paciente segundo aquilo que aprendeu em sua formação acadêmica. O paciente apresenta importantes somatizações, mas estas não respondem eficazmente às terapêuticas propostas.

Mesmo nos pacientes classicamente psicossomáticos (pensemos naqueles diagnósticos mais precisos, como algumas doenças de pele, tais como a vitiligo ou a psoríase e outras dermatites), a resposta ao tratamento nunca é a mesma que aquela dada a outros

sintomas comuns, como a tuberculose ou um resfriado. A nosso ver, esses sintomas não deveriam, mas muitas vezes são classificados como psicossomáticos apenas com base nessa dificuldade que impõe ao tratamento. De qualquer forma, as dores crônicas, enxaquecas, disfunções do aparelho digestivo sem causa orgânica, fadigas, hipertensão arterial, distúrbios metabólicos, costumam ser sintomas de fato bastante frequentes desses pacientes marcados justamente pela indefinição etiológica, fazendo com que muitas vezes esses pacientes sejam acusados de serem poliqueixosos ou hipocondríacos. A verdade é que, diferentemente desses últimos casos, o paciente sofre de uma real somatização, embora sofra, igualmente a eles, de indefinição etiológica; portanto, trata-se de somatizações em que a falta de causa orgânica quase sempre é o motivo de passarem a ser investigados do ponto de vista da psicologia.

Isto parece enigmático para quem o atende, não só pela imprecisão diagnóstica de seus sintomas, mas também pelo fato de que o investigador, de certa forma, parece incapaz de curá-lo. Ademais, somente o investigador parece querer de fato saber que doença é e como o paciente lida com ela, enquanto o paciente parece apenas manifestá-la. Além do mais, nas somatizações não psicossomáticas a definição mais precisa do diagnóstico faz com que a relação terapêutica seja breve, enquanto nas psicossomáticas as somatizações são crônicas, ocorrem por longos anos e de forma silenciosa, até que sejam identificadas por alguém ou imponham ao paciente limitações que o façam procurar o serviço de saúde. Neste sentido, talvez seja adequado dizer que é a relação de tratamento o que, mais que a própria patologia, diferencia este paciente dos demais no que se refere à manifestação da doença como caracterização do quadro psicopatológico.

Pensemos, por exemplo, na inquietação da equipe de atendimento diante de uma crise psicossomática do paciente. O presenciar de uma manifestação sintomatológica, diante da impossibilidade de estabelecer um diagnóstico preciso, por exemplo, surpreende a equipe e parece expor os profissionais que a compõe a um sentimento de impotência, de fracasso. É o que se vê também, por exemplo, afirmado por Dieter Beck e Yvonne Frank (2003) ambos da policlínica da universidade da Basiléia, na Suíça, já no primeiro parágrafo de um artigo que denominaram “O médico e o paciente psicossomático resistente ao tratamento”, por meio do qual atestam que a impossibilidade diagnóstica quase sempre é uma experiência perturbadora para o profissional médico.

> Nada ofende mais a dignidade profissional do médico do que reconhecer sua incapacidade terapêutica. Quanto mais perfeita e eficaz se torna a medicina moderna, menores são as oportunidades de nos sentirmos indefesos como profissionais. Diante de algumas doenças

> graves como câncer, diabetes ou esquizofrenia, os pacientes e a sociedade têm aceito nossas limitações terapêuticas. Mas tratando-se de afecções funcionais, consideradas bem menos importantes, a resistência do paciente desafia a autoestima do médico, dificultando a relação entre ambos. Neste artigo, falaremos sobre aqueles doentes funcionais de várias especialidades, como medicina interna (gastroenterologia, cardiologia, reumatologia), ginecologia e cirurgia, que levam o médico ao desespero, uma vez que nenhum tratamento alivia seus males e, ainda assim, continuam vindo à consulta. (Beck & Frank, 2003)

O que aí se vê, de certa forma também aparece em um curioso artigo português que tem por título o emblemático "Enigma da psicossomática". Na justificativa do título, o autor escreve que os pacientes psicossomáticos "são enigmáticos, não estabelecendo entre nós nenhuma corrente emocional, pelo menos no início; [...] e são pacientes que põem à prova o analista" (Vidigal, 2004, p. 52).

Tal como ilustrado por esses dois artigos, o paciente psicossomático é entendido como aquele que exige um cuidado especial no que se refere às possibilidades terapêuticas ofertadas, pois seus sintomas, embora comuns, não respondem às terapêuticas, expondo a equipe de atendimento a fenômenos com os quais esta ainda não aprendeu como lidar. Não fosse por isso, provavelmente o paciente desenvolveria suas somatizações até a morte. Mas uma somatização como essas geralmente não passa indiferente aos olhos do profissional de saúde. Não conseguir diagnosticar é diferente de não querer atender e, neste caso, a ausência de diagnóstico é necessariamente anterior à opção de não aceitar o paciente. Se o primeiro passo já foi dado não há mais como voltar atrás sem correr o risco de sair com seu orgulho profissional ferido.

A esse respeito, um artigo de Lucien Israël (1974) quando discute sobre psicossomática e histeria, como Ramos (2008) nos faz pensar, traz a ideia de que tanto a histeria quanto a psicossomática "têm a finalidade de arrancar o médico de sua formação tradicional acadêmica." (p. 168). A psicossomática então é interpretada como uma espécie de histeria mais arcaica, em que o inconsciente se cala por meio da doença. Assim, a nosso ver, também a psicossomática, assim como o autor fala da histeria, teria o mérito de "remeter o médico e, depois, o psicanalista para esse inconsciente" (Ramos, 2008, p. 168). O interessante nessa visão é precisamente o lugar que confere ao olhar do profissional de saúde nesta relação com o paciente psicossomático. Da mesma forma, chamamos a atenção para a capacidade que têm as manifestações somáticas dessa ordem de incitar o profissional de saúde à sua investigação clínica, tal como percebida por Israël.

Voltando ao paciente, independentemente de estar obtendo as respostas terapêuticas ou não, médicas, psicológicas ou outras, um comportamento aparentemente contraditório que notamos em nossa prática clínica é marcante neste paciente e merece ser destacado. Trata-se da frequência com que procura serviço de saúde mesmo não obtendo resultados no tratamento clínico proposto. Isto soa um tanto estranho, pois seria mais fácil esperar que diante da ineficácia dos tratamentos o paciente deixasse de seguir as consultas; mas há algo que nessa relação parece manter o paciente em tratamento, pois ele é bastante assíduo e obedece rigorosamente aos tratamentos propostos.

Outra característica, talvez uma das mais importantes, é a qualidade da comunicação de sua queixa. Falamos de como o paciente transmite suas somatizações. São pacientes dotados de um pensamento rígido, atual, poderíamos dizer "operatório". Trata-se de uma descrição sem emoção, sem história. A doença é apresentada geralmente como base em descrições físicas e o paciente parece incapaz de associar eventos psíquicos ao início das somatizações. Não se trata de um mecanismo de negação, por exemplo; ao contrário, lembra mais uma deficiência mental, algo parecido com uma incapacidade de abstração. Isso nos remete a uma das características fundamentais do paciente psicossomático e a isso deveremos nos deter ainda neste primeiro capítulo, ou seja, ao fato de a manifestação psicossomática se apresentar justamente por essa incapacidade de vivenciar as emoções. Ao invés de se defender psicologicamente diante dos conflitos e tensões, o paciente os somatiza, e neste sentido, sua fala parece presa ao corpo, às descrições corporais ou, quando sem somatizações importantes, suas palavras parecem descarregadas de emoção. Se nos conta algum evento de sua vida, faz isto com tamanha frieza que parece estar contando uma história de livros.

A caracterização fenomênica desse paciente, tal como apresentada até agora, causa à pessoa que o atende uma preocupação muito mais acentuada que a do próprio paciente. Tal preocupação está ligada às suas manifestações somáticas. Aliás, desde Freud, a preocupação com as doenças somáticas ocupa um lugar importante na psicanálise, especialmente em relação à histeria. Talvez seja precisamente essa diferenciação em relação às manifestações histéricas o que deve ficar claro quando estudamos essas somatizações do ponto de vista da psicanálise.

Lembremos, por exemplo, que foi a partir das somatizações histéricas que Freud iniciou suas pesquisas psicanalíticas e, já dissemos, as teorias sobre as manifestações psicossomáticas também ali encontram suas raízes, especialmente no que se refere à separação feita pelo autor entre neuroses atuais e psiconeuroses, embora o termo utilizado pelo autor não tenha sido esse, psicossomática. De qualquer forma, as considerações feitas por

ele sobre as neuroses atuais tiveram grande influência sobre as construções teóricas sobre a psicossomática fundadas na perspectiva psicanalítica, levando inclusive à construção de trabalhos que aproximam neuroses atuais com a psicossomática[7]. O que nos interessa, por enquanto, nessa subseção é a diferença entre as manifestações somáticas na histeria e na psicossomática, para Freud (1895/1986), a diferença entre as manifestações das neuroses atuais e das psiconeuroses.

No início de sua obra freudiana, tratava-se dessa separação, entre as neuroses atuais e as psiconeuroses (neuroses psicológicas), cujo modo de funcionamento, no primeiro caso, estaria aquém da vida psíquica (portanto, fora dos benefícios da psicanálise?). Para um Freud mais contemporâneo, algo não muito diferente. As neuroses atuais eram tratadas como formas de manifestação da energia não ligada (Freud, 1920/1986) (portanto, uma das formas de manifestação da pulsão de morte?).

A diferença entre as duas neuroses, explicada pelo autor basicamente do ponto de vista econômico, toma a neurastenia, a neurose de angústia e a hipocondria como neuroses atuais (Freud, 1914/1986). Deste ponto de vista, era o excedente de energia não empregada psiquicamente transformado em angústia que explicava seus sintomas. Aliás, este postulado permaneceu válido durante quase toda a sua obra[8] – com algumas adaptações, é claro, sendo a angústia a principal marca das neuroses atuais. Já nas psiconeuroses, tratar-se-ia de um investimento psíquico da energia, como é o caso da histeria.

Para não adentrarmos demais nos objetivos que reservamos à próxima subseção, temos em mente apenas que psicossomática não é o mesmo que conversão histérica. Apoiados nas diferenças apontadas por Freud, podemos colocar a primeira em oposição à segunda, pois, enquanto na primeira as manifestações somáticas são concebidas como uma descarga da excitação sexual somática não psiquicamente empregada, na segunda essas mesmas manifestações são regidas pela elaboração psíquica da excitação sexual.

Especialmente pela importância que suas teorias tiveram em relação a essas duas ordens de manifestação somática é que propomos agora um retorno a Freud, sobre cujas formulações ainda hoje permanece uma importante questão: é mesmo necessário, assim como propôs Freud, manter uma separação entre neuroses psíquicas (psiconeuroses) e neuroses não psíquicas (neuroses atuais)? Afinal, o que são as manifestações psicossomáticas segundo a

---

[7] A esse respeito ver “Das neuroses atuais à psicossomática” (Ferraz, 2005).

[8] Algo um pouco diferente deste postulado pode ser encontrado, por exemplo, na conferência *Angústia e vida pulsional* (1933/1986). Aí, as angústias, tanto das neuroses atuais quanto das psiconeuroses, são reduzidas a uma só, independente da origem, pois ambas funcionam como anúncio da situação de perigo.

psicanálise? As manifestações psicossomáticas podem ainda hoje ser concebidas como algo explicável somente por meio de uma descarga da excitação no soma – portanto, tal como os sintomas das neuroses atuais de Freud (1895/1986) –, sem qualquer investimento em uma representação psíquica? Ou, ao contrário, seria preciso dizer que as elas se referem a uma segunda configuração sintomatológica, incluindo, por exemplo, a possibilidade de serem manifestações psíquicas, ou seja, sujeitas a conflitos, diferenciando-se, assim, do modo como Freud concebia as neuroses atuais?

Assim, ainda hoje a contribuição freudiana nos abre caminho para o debate das manifestações psicossomáticas. Nesta direção, a perspectiva econômica se apresentou como importante contribuição freudiana, pois foi principalmente a partir dela que a psicossomática pós-Freud encontrou seus principais argumentos para desenvolver suas concepções teóricas de cunho explicativo. É o caso, por exemplo, do Instituto de Psicossomática de Paris, importante expoente da moderna psicossomática, o qual adotou esta perspectiva teórica, que teremos a oportunidade de debater mais adiante.

Desta forma, além das consequências que decorreram do debate sobre a separação entre neuroses atuais e psiconeuroses, vamos enfatizar na próxima subseção a evolução do ponto de vista econômico da metapsicologia freudiana como contribuição fundamental para a compreensão da psicossomática. Além dessas contribuições, selecionamos para trabalhar na subseção seguinte as noções de apoio e ligação, importantes elementos para pensar, mais adiante, a psicossomática, especialmente a partir da TSG.

I.2 Das contribuições de Freud às teorias sobre a psicossomática

Já dissemos que em nenhum momento a palavra *psicossomática* propriamente dita foi encontrada na obra de Freud e que são a neurose de angústia, a neurastenia e a hipocondria suas melhores aproximações. Para o autor, a característica essencial dessas neuroses é que "a fonte da excitação, a causa para a perturbação, reside no âmbito somático e não, como na histeria e na neurose obsessiva, no âmbito psíquico." (Freud, 1895/1986, p. 114). Vejamos como ele concebeu isso.

Desde *Estudos sobre a histeria* (Freud & Breuer, 1893-95/1986) a psicanálise ensinou a pesquisar os sintomas no paciente como sendo, na maioria das vezes, sempre ligados a alguma representação psíquica; porém já no início da obra freudiana a tentativa do autor de separar neuroses atuais de psiconeuroses (Freud, 1895/1986) partia da observação clínica de que algumas manifestações sintomatológicas ultrapassavam os limites do psiquicamente representável – o que passou a ser chamado pelo criador da psicanálise de

neuroses atuais (no início da obra, a neurastenia e a neurose de angústia, mais tarde, em 1914, também a hipocondria). Sabe-se, não obstante, que foi principalmente às psiconeuroses que com muito mais afinco dedicou todo o seu trabalho de investigação. Em relação às neuroses atuais propriamente ditas, a contribuição é muito mais tímida, ao ponto de, a partir de sua segunda tópica psíquica, ser muito mais difícil localizar seu lugar na teoria.

Quase tudo que é possível encontrar em Freud, no que se refere à separação entre as neuroses atuais e as psiconeuroses, de alguma forma já se encontra no artigo em que o autor (1895/1986) apresenta alguns fundamentos para destacar da neurastenia a síndrome que ele denominara de *neurose de angústia*. Do ponto de vista econômico, o texto explica as neuroses atuais pela quantidade de excitação não representada psiquicamente, carga que era transformada diretamente em angústia descarregada no corpo. Diferentemente das psiconeuroses, a excitação neste caso se encontrava afastada de qualquer possibilidade de representação psíquica.

O ponto de vista econômico que explicava essa separação pressupunha a distinção entre, por um lado, um *quantum de afeto*, e por outro, uma *representação*, cada um dos quais sujeito a destinos diversos. Os mecanismos de ação, diferentemente em cada uma das duas neuroses, incidem, segundo este ponto de vista, sobre a mobilidade dessa energia, dependendo, para Freud (1896c/1986) de sua etiologia e patogenia.

Segundo esse primeiro arranjo conceitual, esse primeiro modelo, a etiologia em ambas as neuroses, para Freud (1896c/1986) é sempre sexual. A diferença é que, se nas neuroses atuais a causa deveria ser procurada em desordens da vida sexual atual, nas psiconeuroses deveria ser procurada em acontecimentos importantes da vida passada. Na primeira, a etiologia é somática, na segunda, psíquica; Na primeira, o sintoma decorre, por exemplo, de uma transformação direta da excitação em angústia, e a segunda decorre do trabalho de recalcamento. É por isso que nessa época a causa dos sintomas da neurose atual passa a ser enunciada, em Freud, como a perturbação da atividade sexual não representada psiquicamente. A energia não representada psiquicamente, seja por uma transformação direta, seja por ser produto do recalcamento, transformar-se-ia em angústia. Laplanche (1987) enuncia essa primeira concepção freudiana de angústia como a energia sexual derivada no somático afluindo, transbordando no somático, em razão quer da falta de elaboração psíquica (neuroses atuais) quer de um conflito psíquico que a fez perder seu vínculo com as representações e com o objeto (o recalque, nas psiconeuroses).

Basicamente, foi este o modelo adotado por Freud durante muito tempo para explicar as manifestações somáticas nas neuroses atuais; porém no clássico trabalho *Inibições,*

Sintomas e Angústia (1926/1986) essas colocações acabam por sofrer alguma reconsideração, embora tenham continuado ausentes. Nesse texto, "o Eu é a sede real da angústia[9]." (p. 89); ou seja, toda angústia provém do Eu e, como se sabe, aí ela é uma reação a uma situação de perigo. Ela passa a ser concebida como causa, e não como consequência do recalcamento, na medida em que ameaça o Eu. Isto faz com que Freud tenha que encontrar outra explicação para seu aparecimento no caso das neuroses atuais, pois na primeira teoria, embora também lá não fosse originária do recalcamento, ela exigia uma transformação direta em angústia do que não era representado psiquicamente.

A saída proposta por Freud (1926/1986) não agrada muito, nem mesmo a ele próprio. Supõe que, de acordo com esta segunda teoria, diante das situações causadoras dos sintomas das neuroses atuais (por exemplo, quando o coito era perturbado, a excitação sexual interrompida ou a abstinência forçada) deveria se pensar agora que o ego "fareja um perigo contra o qual reage com angústia." (p. 105). Recorre à situação do nascimento como experiência prototípica desta angústia (experiência de desamparo frente a uma tensão excessiva). Assim, ele resolve temporariamente o problema colocando a angústia, no caso das neuroses atuais, como resultado do excedente da libido não utilizado pelo eu. No que se refere a isso, em suas próprias palavras, assim é seu posicionamento: "É de novo uma possibilidade indiferente, porém que nos vem tão naturalmente sugerida, que seja o excesso da libido não utilizada o que encontra descarga no desenvolvimento de angústia." (Freud, 1926/1986, p. 133). A angústia é ao mesmo tempo uma forma de descarga do excesso da libido que, não utilizado psiquicamente, é ameaça à integridade do Eu. Qual o seu lugar, então, na segunda tópica psíquica?

Se na primeira teoria da angústia a angústia das neuroses atuais é produto de uma energia não representada psiquicamente – portanto, fora do Eu –, na segunda teoria, embora passe a ser vista como sinal de perigo para o Eu, ela também é uma energia fora do Eu. Assim, tanto na primeira como na segunda, a angústia, seja qual for sua origem (recalcamento ou não empregada psiquicamente), refere-se à energia externa ao eu, pois se trata, em ambos os casos, de excitações não empregadas psiquicamente, não ligadas a representações,

[9] A edição das obras freudianas utilizada é a terceira reimpressão da segunda edição argentina da *Amorrortu editores*. Para proporcionar uma leitura mais agradável foi feita a tradução para o português no corpo do texto. Da mesma forma, todos os outros trabalhos pesquisados que estavam em língua estrangeira foram traduzidos, no corpo do texto, para o português. Quando os trabalhos consultados tinham traduções publicadas em português, como é o caso dos textos de Freud, então estes também foram consultados como forma de tornar a tradução mais fidedigna e coerente com a terminologia usual no Brasil.

portanto, não representadas, ou, quando representadas, desligadas delas em função do recalcamento.

Assim, para Freud (1926/1986) não é preciso anular a antiga proposição, segundo a qual a excitação rejeitada (produto do recalcamento) ou não utilizada pelo Eu (ausência de elaboração psíquica) encontra descarga direta sob a forma de angústia, pois nesta segunda teoria também "é o excesso de libido não aplicada que encontra sua descarga no desenvolvimento de angústia" (p. 133). Destarte, o que conta é a ameaça à integridade do Eu (sinal de perigo), e assim, tanto a quantidade acumulada pela ação do recalcamento quanto pela impossibilidade de representação psíquica são angustiantes, pois ambas ameaçam a integridade do Eu.

Essa solução, não obstante, não é muito satisfatória para o entendimento das neuroses atuais. Afinal – baseados nas discussões feitas por Ramos (2003) –, podemos nos perguntar: se de acordo com esta segunda tópica as neuroses atuais não podem mais ser vistas como resultado direto da transformação da energia não empregada psiquicamente, como conceber a angústia das neuroses atuais como ameaçadoras da integridade do Eu? Quando determinada excitação passa a ser reconhecida como ameaça à integridade do Eu? Existem excitações não angustiantes para o Eu?

Com base nas considerações de Cardoso (2011) pode-se pensar que, de qualquer forma, o que era acúmulo de excitação transformada em angústia no primeiro modelo parece ser agora a mesma angústia gerada pela insuficiência de elaboração do Eu, ou seja, resultado da exposição do Eu a uma força pulsional que o transgride, na medida em que está despreparado para tal. A falta de representações de outrora se traduz pela insuficiência de elaboração de agora. Tanto na primeira teoria quanto em *Inibições, sintomas e angústia*, para a autora, "tratar-se-ia, em última instância, de uma experiência de passividade, de desamparo..." (p. 72). É claro que não é possível fazer uma ligação direta entre a noção de desamparo, em Freud, e a gênese da neurose de angústia, mas talvez seja aceitável que Cardoso faça referência à excitação sexual como *angústia com exposição traumática*; isto é, sem condições de se defender diante da excitação, o sujeito encontra-se em uma situação de desamparo, de passividade diante da excitação sexual.

Não é propósito deste trabalho avançar mais neste problema da angústia. Já havíamos falado no final da subseção anterior que traríamos a divisão entre neuroses atuais e psiconeurose apenas para apontar algumas limitações importantes decorrentes dessa teoria freudiana no que se referem à questão de conceber as neuroses atuais como psíquicas ou não. Aliás, seguindo-se cronologicamente a obra de Freud nota-se que essa – podemos assim

chamar – primeira teoria econômica da angústia e que Ramos (2003) chama de angústia tóxica aos poucos vai sendo abandonada pelo autor, que mais adiante, nas novas conferências (Freud, 1933/1986) já não mais afirma ser a libido em si capaz de se transformar em angústia, como se vê em 1926, em *Inibições, sintoma e angústia*. A partir de então, as neuroses atuais propriamente ditas não são mais exploradas por ele, ficando como importante objeto de debate em futuras pesquisas. Falta a Freud – como quer mostrar Laplanche com sua TSG – o lugar necessário do outro enquanto aquele que implanta aí o sexual. Acompanhando-se este último, pode-se dizer que a excitação só se torna angústia para o Eu quando carrega consigo o sexual vindo do outro.

Essa separação freudiana entre neuroses psíquicas (psiconeuroses) e neuroses atuais pode ainda ser vista sob outra perspectiva, talvez um pouco diferente desta mantida até agora na leitura feita da obra do autor. Trata-se de vê-la por meio dos dois dualismos pulsionais: um, pode-se dizer, inicialmente somatopsíquico (na medida em que se evidencia um dualismo corpo/psique – pulsões de autoconservação, de um lado, e de outro, pulsões sexuais) e o outro, mais ao final da obra, em que Freud opõe pulsões de vida e pulsões de morte. Pode-se dizer que este último dualismo se refere, até certo ponto, a um dualismo mais ao nível psicológico, pois veremos mais adiante com Laplanche (1997b) que da mesma forma que o outro ele sofre de um certo "biologicismo" (afinal, se trata, neste segundo, de um dualismo também somatopsíquico ou somente psíquico?).

Dentro desta perspectiva, o lugar das neuroses atuais talvez seja mais claro no caso do primeiro dualismo, pois nele a angústia das neuroses de angústia diz respeito a uma manifestação exclusivamente somática – portanto, ligada às pulsões de autoconservação e desprovida de qualquer ligação com as pulsões sexuais (neste caso a angústia é a transformação direta de excitações sexuais não utilizadas pelo Eu, rejeitadas pelo Eu); já em relação à dualidade entre pulsões de vida e de morte não há muita clareza, mas há uma tendência a considerar as neuroses atuais como uma das manifestações da pulsão de morte, haja vista seu caráter de desligação, de destruição, de uma manifestação desprovida de qualquer objetivo vital. Quanto a esse ponto, deveríamos nos perguntar, reportando-nos ao parágrafo anterior, se as neuroses atuais são mesmo psíquicas por isso.

A respeito desse caráter de desligação não se pode deixar de fazer menção a duas importantes noções freudianas, a de apoio (*Anlehnung*) e a de ligação (*Bindung*), com as quais, aliás, essas questões tornam-se um pouco mais claras.

O termo apoio foi introduzido por Freud para falar da relação primitiva entre pulsões sexuais e pulsões de autoconservação, relação que consiste na ideia de que as pulsões sexuais se apoiam nas de autoconservação e somente secundariamente se tornam independentes delas.

Sobre esse termo, Laplanche e Pontalis (1967/1983) falam, no *Dicionário de Psicanálise*, que as pulsões sexuais estão, no início, apoiadas "em funções vitais que lhes fornecem uma fonte orgânica, uma direção e um objeto." (p. 66). Por esta via, as neuroses atuais formariam o substrato inicial a partir do qual se originariam as psiconeuroses. As psiconeuroses estariam, por assim dizer, num primeiro momento apoiadas nas pulsões de autoconservação e delas se destacariam depois, ganhando independência em relação a elas. É neste sentido que dissemos que as neuroses atuais se referem àquilo que ainda não foi representado psiquicamente, estando, assim, do lado das pulsões de autoconservação sobre as quais se apoiam as pulsões sexuais. Mas, se Freud nos fala da angústia da neurose de angústia como transformação da excitação sexual, por que as neuroses atuais estariam do lado das pulsões de conservação e não das pulsões sexuais? Por que o sexual seria psíquico e o autoconservativo, biológico?

Nas *Novas conferências introdutórias*, Freud (1917b/1986) pontua uma diferença fundamental entre os sintomas das neuroses atuais e os das psiconeuroses. Em ambos, os sintomas provêm da libido e, por isso, são considerados como aplicações anormais dela, um substituto da satisfação; mas no que se refere aos sintomas de neuroses atuais – pressão intracraniana, uma sensação dolorosa, um estado de irritação em um órgão, o enfraquecimento ou a inibição de uma função – alerta que neles não há "sentido" algum, não há qualquer significado psíquico. Por isso é que estamos entendendo que não devemos considerá-los como sexuais. Isto não quer dizer que não seriam originários da excitação sexual somática, mas que, mesmo sendo, ainda não foram psiquicamente representados enquanto tal. Como diz Freud (1917b/1986), os sintomas das neuroses atuais "não só se exteriorizam predominantemente no corpo (como fazem também, por exemplo, os sintomas histéricos), como também são processos inteiramente físicos, em cuja gênese faltam todos os complexos mecanismos mentais de que temos conhecimento" (p. 352).

É neste sentido, enquanto produto da excitação sexual não representada psiquicamente, que dissemos que as neuroses atuais estariam do lado das pulsões de autoconservação, logo, daquilo em que a pulsão sexual inicialmente se apoia e depois se destaca. Poderíamos inclusive dizer que as pulsões de autoconservação, segundo nossa interpretação, são o substrato inicial a partir do qual se formam pulsões sexuais. Neste sentido, poderíamos até dizer que elas são, para as pulsões sexuais, uma espécie de primitivo

sexual. Se a noção de apoio nos ajuda a compreender essa ideia, é somente no sentido de que é a partir do apoio somático encontrado nas pulsões de autoconservação que a pulsão sexual pode ir se constituindo.

A segunda noção, a de ligação (*Bindung*), Laplanche e Pontalis (1967/1983) a remetem a "uma operação tendente a limitar o livre escoamento das excitações, a ligar as representações entre si, a constituir e manter formas relativamente estáveis." (p. 347). Para os autores, existem pelo menos três momentos metapsicológicos na obra de Freud em que este termo tem um papel preponderante. São eles: 1985, 1920 e quando, na segunda teoria das pulsões, a noção de ligação descreve a característica principal que opõe pulsão de vida a pulsão de morte.

Em relação a 1895, trata-se do Projeto. Aí, as ligações referem-se às facilitações ocorridas entre neurônios, de modo que a energia neuronal passa de um estado livre (processo primário) a um estado ligado (processo secundário), formando uma massa de neurônios ligados entre si, o Eu, o psiquismo; mas nesse meio pode também ocorrer a desligação (liberação brusca de energia), que é o processo inverso, o aparecimento repentino de energia livre tendendo à descarga. Aí, qualquer liberação da energia, seja de aumento seja de diminuição do nível absoluto de tensão, prejudica o nível relativamente constante do Eu e ameaça sua integridade. Quanto a isso, Laplanche e Pontalis (1967/1983) acreditam ser adequado dizer que é a libertação de excitação sexual que prejudica a função de ligação do Eu.

Já no texto de 1920, *Além do princípio de prazer* (Freud, 1920/1986) tem-se que a repetição de experiências desagradáveis contraria o princípio do prazer, pois ameaça os limites do Eu, fazendo com que Freud retome esta questão. Afinal, se no projeto se tratava de um conjunto de neurônios já fortemente investido, o Eu, capaz de ligar um afluxo de energia, parece agora que a energia livre, não ligada, é a mesma que circula ao longo das cadeias associativas e não se refere à descarga maciça de excitação. Então existiriam dois tipos de ligação, uma que forma o Eu (processo secundário) e uma que alimenta o circuito inconsciente (processo primário).

Quanto ao último momento metapsicológico descrito por Laplanche e Pontalis, no quadro da última teoria das pulsões, é a ligação que opõe pulsão de vida a pulsão de morte: "A meta da primeira é produzir unidade cada vez maiores e, assim, conservá-las, ou seja, uma ligação [*Bindung*]; a meta da outra é, ao contrário, dissolver os nexos e, assim, destruir as coisas do mundo." (Freud, 1938/1986, p. 146).

Seguindo esses três momentos metapsicológicos descritos por Laplanche e Pontalis (1967/1983) as neuroses atuais parecem estreitar – conforme indicam esses autores – certa relação com a energia não ligada, portanto, com a pulsão de morte, pois seus sintomas são explicados pela energia não empregada psiquicamente, portanto, pela energia desligada (energia livre). Pode-se dizer, neste sentido, que os sintomas das neuroses atuais opõem-se à ideia de vários termos ligados, ou de um conjunto que conserve certa coesão, ou ainda da ligação de certa quantidade de energia impedida de escoar livremente.

Na realidade, o que parece evidente nesta breve apresentação das duas noções freudianas destacadas (Apoio e Ligação) é que, em ambas, as neuroses atuais aparecem com um caráter primitivo, pois, se por meio da noção de apoio as neuroses atuais são vistas como o substrato inicial a partir do qual se originam as psiconeuroses, na noção de ligação o que se nota é uma oposição das neuroses atuais ao estado da energia ligada. Assim sendo, as neuroses atuais, do lado das pulsões de autoconservação ou da energia não ligada, opõem-se a qualquer forma de organização psíquica, pois, sejam as pulsões sexuais no primeiro dualismo, sejam as pulsões de vida no segundo dualismo, são elas que formam o que há de humano em qualquer sujeito, ou seja, seu lado psíquico. Assim, poderíamos dizer que as neuroses atuais são uma espécie de negativo das psiconeuroses, na medida em que se constituem pela energia não representada psiquicamente ou ligada a representações psíquicas.

Embora não de maneira conclusiva, é bastante plausível tomar a neurose atual como uma espécie de negativo da psiconeurose – negativo no sentido de que onde não há psiquização parece ser necessário admitir que se trate de uma neurose atual. A neurose atual, neste sentido, opõe-se ao que é psíquico. De qualquer forma, é salutar ressaltar quanto ainda é problemático pensar a psicossomática exclusivamente a partir de Freud. Por exemplo, podemos notar que, se as neuroses atuais forem de fato tomadas como manifestações da excitação sexual somática não representada psiquicamente, elas parecem ficar de fora da influência do processo psicanalítico. Não haveria aí conflito psíquico. Assim perguntamos: de que forma elas deveriam ser tratadas pela psicanálise? Talvez o mais adequado seja dizer que com o que ele escreve é possível apenas lançar algumas aproximações com a psicossomática – por exemplo, entre psicossomática e desligação, psicossomática e pulsão de morte, ou mesmo entre psicossomática e neuroses atuais. Essas aproximações serão vistas na próxima subseção, pois outros autores fizeram avançar nossa compreensão das manifestações psicossomáticas.

Uma característica também bastante marcante na obra de Freud é a ideia de um aparelho psíquico como regulador das excitações corporais, ou seja, o psiquismo – constituído

pelas representações das excitações corporais – como o organizador das pulsões, como um organizador da vida. Além disso, por exemplo, toda e qualquer manifestação que não puder ser entendida como psíquica, como ligada a uma representação psíquica, parece excluída do campo da psicanálise. Trata-se de desconsiderar, se seguida à risca esta colocação, a psicanálise como possível método de tratamento para as manifestações sintomatológicas que não têm conexão com a vida psíquica do paciente.

Freud (1917a/1986) declarou, em uma das *Conferências de Introdução à Psicanálise*, que "os sintomas neuróticos têm um sentido, como os atos falhos e os sonhos, e, tal como esses, têm conexão com a vida das pessoas que os exibem." (pp. 235-236). Hoje se pode dizer que esta afirmação foi levada à sua máxima expressão, ou seja, de uma maneira geral, falar de sintomas no sentido psicanalítico do termo equivale a falar de manifestações que implicam formações de compromisso realizadas entre as representações recalcadas do desejo inconsciente e as exigências defensivas; trata-se, portanto, de algo psíquico – a satisfação e a defesa. Eis, portanto, o problema de pensar, com Freud, as manifestações que escapam à elaboração psíquica, pois são mecanismos de ação aparentemente distintos dos modos psicológicos de defesa ante a excitação; mas pergunta-se: existem manifestações cujo mecanismo de defesa não se mostre como um mecanismo psíquico?

Se já é possível ver em Freud, veremos mais adiante nesse trabalho[10] – sobretudo com as noções colhidas do desenvolvimento posterior da perspectiva econômica de sua teoria – algumas outras manifestações "sintomatológicas" que da mesma forma que as neuroses atuais não se é tão evidente a ligação com mecanismos psíquicos de satisfação e defesa. McDougall (1983), por exemplo, chega a afirmar que "entre todas as expressões da psique em conflito que o homem é capaz de criar, as manifestações psicossomáticas são de longe as mais misteriosas, e formam talvez o limite extremo daquilo que é analisável." (p. 133). Aliás nem é preciso se prender exclusivamente à psicossomática. Algumas patologias, que podem ser reunidas sob o nome de "narcisistas" (que contemplam outro conjunto de configurações subjetivas: a melancolia, os denominados "casos limite", as "personalidades narcísicas" da psicanálise norte-americana, aqueles pacientes considerados grandes somatizadores e outras organizações que se definem a partir de sintomas tais como dependência química e transtornos alimentares), também testemunham quão obscura é ainda essa questão do sintoma. A multiplicidade de configurações clínicas (neurose, psicoses, pervesões, "estados limites", personalidade narcísicas, psicossomáticos, etc.) faz com que a psicanálise freudiana seja um

[10] Cf. subseção I.3, a seguir.

campo que requer estudos constantes, fato do qual novos trabalhos são testemunhas, pois apontam algumas de suas vulnerabilidades, desvendam parte de seus limites e promovem suas potencialidades.

Com essas considerações, entendemos terem sido suficientemente discutidas as contribuições freudianas necessárias à continuidade do trabalho. Apresentamos o que até certo ponto deve ser considerado como o que a psicossomática moderna herdou de Freud, bem como os principais problemas que nela persistiram.

Seguem agora algumas posições teóricas relativamente atuais que foram desenvolvidas a partir dessas contribuições.

I.3 Duas concepções teóricas para pensar a psicossomática psicanalítica pós-Freud

Algumas das mais reconhecidas concepções teóricas desenvolvidas no campo da psicossomática são da França. Autores como Joyce McDougall (1920-2011) e os psicossomatistas que, liderados por Pierre Marty (1918-1993), fazem parte do Instituto de Psicossomática de Paris (IPSO), desenvolveram-nas com base na teoria de Freud, tanto sobre a histeria quanto as neuroses atuais. Como essas teorias que partiram da obra de Freud nos fornecem importantes elementos para prosseguirmos em nosso intento de articulação teórica da psicossomática, faremos menção a alguns de seus conceitos, tais como o de *pensamento operatório*, o de *depressão essencial*, o de *histeria arcaica*, o de *mensagens mudas do soma* e o de *zona de sensibilidade do inconsciente*. Entre outras questões esses conceitos evidenciam, conforme nos sugere McDougall (1983), dois modelos teóricos de compreensão das manifestações psicossomáticas, os quais guardam algumas diferenças entre si.

A nosso ver e segundo os conceitos freudianos de ligação e apoio citados há pouco, o primeiro modelo pode também ser visto como próximo do conceito de *ligação* em Freud, pois explica as manifestações psicossomáticas por uma insuficiência de atividade fantasmática, ou seja, concebe o paciente psicossomático como dotado de uma carência de capacidade de representar o conflito, de ligar a energia a alguma representação. Por sua vez, o segundo modelo se aproxima da noção de apoio, pois toma as manifestações psicossomáticas como uma espécie de histeria arcaica e as interpreta sempre como produtos do recalcamento, ainda que em um nível muito precário. Assim, a noção de apoio garante a este segundo modelo a explicação necessária para que as manifestações psicossomáticas sejam sempre compreendidas como o substrato original a partir do qual se constituem o Eu e as defesas psíquicas.

Se, para Freud (1895/1986), nas psiconeuroses o que conta é o investimento libidinal, ou seja, a ligação da energia libidinal entre uma ideia e um afeto guiada pelo princípio do prazer, e nas neuroses atuais é a excitação sexual não libidinizada, ou seja, não investida, pois não houve representação mental para isso[11], não é preciso entrar em muitos detalhes para podermos associar a ideia da pulsão ligada e a da pulsão não ligada. É esta a essência do primeiro modelo teórico. Enquanto na psiconeurose se supõe que o indivíduo possui recursos simbólicos para conter a excitação, nas neuroses atuais a excitação é desviada diretamente para o corpo somático, pois não há qualquer elaboração psíquica. Para Joice McDougall (1983), esse primeiro modelo teórico concebe a psicossomática enfatizando a importância da descarga de pulsões quando estas escapam à elaboração psíquica. Ele baseia-se no modelo das neuroses atuais e é adotado pela escola de psicossomática de Paris.

O segundo modelo, que foi adotado por McDougall, tem o acento na procura por *sentido*, na medida em que as somatizações remetem sempre a alguma representação (modelo oferecido pela histeria). Esse modelo se opõe ao primeiro, pois, de acordo com a própria McDougall (1983), enquanto aquele vai pela via de se pensar a somatização como consequência direta da energia não investida psiquicamente, a via adotada por este procura detectar na somatização a presença de "fantasmas primitivos *recalcados*." (p. 139). No modelo anterior é a insuficiência desses fantasmas que culmina na descarga direta da excitação, levando à psicossomatização; neste último, tal como podemos depreender da autora, devemos levar sempre em conta a presença de fantasmas primitivos recalcados.

Embora *insuficiência de fantasmas* não seja o mesmo que *ausência fantasmática*, no primeiro caso as manifestações psicossomáticas referem-se, a nosso ver, às descargas no corpo, que não teriam qualquer ligação com fantasmas primitivos – recalcados ou não – como vemos no segundo modelo, mas sim com a insuficiência deles em regular tal descarga.

Guardadas algumas diferenças mais específicas entre eles, esses dois modelos explicativos apresentam as manifestações psicossomáticas como resultantes da insuficiência (pouca participação) ou ausência da via fantasmática na regulação da excitação. Podemos inclusive dizer que tanto em uma quanto na outra os efeitos que a psicanálise é capaz de produzir sobre determinado sintoma, segundo seu método clássico de tratamento, dependem

[11] Viviana Carola Velasco Martínez, em uma de suas anotações na banca de qualificação deste trabalho, apontou um interessante aspecto em relação a essa libidinização. Para ela, deveríamos pensar que, na psicossomática, talvez seja a falta ou a ineficácia desta libidinização o que dificulta a saída do autoerotismo em direção a uma organização narcísica primária. Provavelmente este percurso fica interrompido – argumenta ela –, impedindo a organização narcísica primária e fazendo com que o indivíduo permaneça em uma espécie de autoerotismo com seu corpo, usando-o autoeroticamente.

proporcionalmente do estado de representação fantasmática do sintoma em questão. Quanto mais fantasia estiver envolvida no sintoma, tanto mais este será acessível pelo método clássico psicanalítico – a associação livre.

Não obstante, veremos, pelos conceitos desenvolvidos pelas referidas concepções teóricas, que isso só é verdade em parte: somente se considerarmos o inconsciente em seu sentido clássico freudiano, ou seja, se o considerarmos como cognoscível apenas por meio dos retornos do recalcado. Com esses autores vemos que as manifestações psicossomáticas podem ser consideradas tanto como aquilo que extrapola às já conhecidas manifestações tidas como retornos do recalcado, quanto como retornos de um inconsciente mais primitivo. Os autores liderados por Pierre Marty preferem concebê-las como produto de uma desorganização psíquica (ou um movimento contraevolutivo); McDougall, no entanto, vai ao sentido de concebê-las enquanto manifestação de fantasias primitivas recalcadas.

I.3.1 A psicossomática da IPSO: a carência da atividade fantasmática

A psicossomática dos autores que, liderados por Marty, compõem o Instituto de Psicossomática de Paris (IPSO) propõe pensar as manifestações psicossomáticas a partir da ideia da assimilação mental do traumatismo, ou seja, da mentalização do trauma (Vieira, 2004). Esse conceito de mentalização é bem importante nesta escola e está relacionado com o sistema pré-consciente/consciente, aquele mesmo da primeira tópica do aparelho psíquico freudiano. Ela parte da ideia de que um indivíduo com um pré-consciente bem estruturado tem melhores condições de lidar com situações traumáticas. Para esta concepção teórica, a especificidade do paciente psicossomático consiste no fato de que seu sistema pré-consciente/consciente está muito próximo da pura percepção, do concreto, portanto o paciente encontra-se pouco apto para operar com situações emocionais mais complexas, dada a sua baixa capacidade de assimilação mental.

A ideia desenvolvida pelo principal autor dessa escola teórica, Pierre Marty, é que o Eros de Freud equivale a um movimento evolutivo, tanto da espécie quanto do indivíduo. Neste sentido, *evolução*, para esse autor, substitui *desenvolvimento* (Vieira, 2004). O Eros, então, seria funções que, ligando-se entre si, dão origem a outras cada vez mais complexas, indo do sensório-motor à maturidade psíquica. Como a função principal do psiquismo, segundo esta concepção teórica, é assimilar os traumatismos que a vida apresenta, Eros mantém em um primeiro momento os funcionamentos psicossomáticos de toda a ordem por meio de um princípio que o autor chama *automação* (princípio que mantém os funcionamentos psicossomáticos de toda ordem) para depois, em um segundo momento,

prover a criação de um modo de funcionamento mais evoluído – o princípio denominado de programação (equivalente ao processo secundário em Freud) – capaz de melhor assimilar os traumatismos. Assim, a mentalização, ou seja, essa capacidade de assimilação mental do indivíduo, é o que impede os traumatismos de desenvolver-se.

Na contramão deste movimento evolutivo da vida inconsciente o autor apresenta a regressão. Para ele, trata-se de um movimento contraevolutivo, na medida em que, diante dos traumatismos impostos pela vida, leva à destruição daquilo que havia evoluído até então, devido à incapacidade do psiquismo de assimilar as excitações. A ideia contida nas concepções freudianas de pontos de fixação é o que, segundo Marty (2001), detém esse movimento, impedindo regressões mais profundas. Desta forma, é proporcional à quantidade de pontos de fixação a suscetibilidade da entrada de uma regressão em território somático (Vieira, 2004), assim como dependerão também da quantidade destes pontos de fixação a interrupção do movimento contraevolutivo e a imediata retomada evolutiva em um movimento de reorganização.

Logo, na linguagem desse autor, longos trajetos evolutivos protegem o indivíduo com boas mentalizações dos efeitos deletérios do traumatismo, da mesma forma que más mentalizações expõem o indivíduo, por seus curtos trajetos evolutivos, aos movimentos de desorganização. O traumatismo expõe à regressão que, pode ou não proteger o indivíduo dos efeitos deletérios do traumatismo dependendo da qualidade de suas mentalizações.

Vai ficando, então, evidente que é sobre a organização, a desorganização e reorganização das diversas formas de personalidades que se dirigem os estudos dos autores que adotaram essa concepção teórica. Eles levam em conta a importância das ligações entre a natureza fisiológica dos indivíduos, suas tendências elementares, a evolução dessas tendências durante seu desenvolvimento e os resultados estruturais para a idade adulta. Nesse movimento, a constituição da estrutura adulta e sua evolução do princípio da automação para o da programação vão depender das interações criança-meio e mãe-filho (Marty, 2001).

Assim, o início e a manutenção das somatizações, segundo esta perspectiva teórica, estão ligados tanto às “rupturas dos investimentos afetivos” quanto aos “desequilíbrios econômicos de diversas ordens homeostáticas”, como, por exemplo, as imunológicas – (Marty, 2001, p. 166). Diante das rupturas e desequilíbrios, a fragilidade da organização pré-consciente leva rapidamente à patologia somática, provocando uma desorganização mental como a que Marty e M’Uzan chamaram, em 1963, de pensamento operatório, ou a que Marty, em 1968, descreveu como depressão essencial. Se algum sistema regressivo (mental ou orgânico) não tiver condições de barrar essa desorganização (por um ponto de fixação), ocorre

uma desorganização progressiva, ou seja, ela inicia-se desde o ponto mais evoluído e vai até a ordem somática mais básica. Neste sentido, o movimento contraevolutivo traz os desejos (a programação) de volta às necessidades orgânicas básicas (automação) sobre as quais estavam apoiados (Marty citado por Fain, 1891).

Os artigos citados há pouco, em que Marty e M'Uzan (1963) escreveram sobre o pensamento operatório e Marty (1968) escreveu sobre a depressão essencial, ilustram bem esse movimento contraevolutivo e trazem algumas das principais características do paciente psicossomático, embora eles tenham alertado que o pensamento operatório e a depressão essencial não sejam exclusividade do paciente psicossomático.

Tais pacientes têm pensamento colado à materialidade dos fatos. Pela própria expressão, vemos que se trata de um pensamento afastado do mundo das fantasias, para os autores, característico – embora não de maneira exclusiva – dos sujeitos que sofrem de sintomas somáticos, mas se encontram destituídos de qualquer engajamento afetivo ou qualquer outra relação. O paciente relata seus sintomas e do terapeuta espera a cura, mas a investigação clínica é incapaz de encontrar autênticas associações entre seus sintomas e as circunstâncias de sua vida. Quando isso ocorre, como descrevem os autores, nenhuma das associações se mostra ligada a mais estreita materialidade dos fatos, os quais, inclusive, concentram-se dentro do mais limitado campo temporal, fazendo lembrar aqui, a nosso ver, a noção de *atual* em Freud (1895/1986).

Assinalam Marty e M'Uzan (1963) que na consulta "o paciente mantém com o investigador o mesmo tipo de relação que mantém com o fato bruto ou eventual, relações imediatas e como que privadas tanto de infraestrutura quanto de superestrutura." (p. 346). A percepção dos autores é que a palavra é mero ilustrativo da ação, ou seja, não há elaboração, não há atividade fantasmática significativa. Fixa-se nos fatos, isto é, não há passado e futuro, apenas a descrição de uma sucessão dos fatos. Neste sentido, o pensamento dessas pessoas é adaptativo, preso à tarefa, à vida prática, sem qualquer comunicação de ordem afetiva ou fantasmática. Apesar disso, pode ser bastante funcional, operatório, como nos lembram, embora nunca leve a alguma associação, pois mesmo nestes casos "falta sempre a referência a um objeto interior realmente vívido" (p. 349), dizem os autores.

Assim, a hipótese de Marty e M'Uzan (1963) é que "sem alcance simbólico nem valor sublimatório [...], esta forma de pensamento cria apenas emblemas, insígnias de um registro com tempos, lugares, objetos reais experimentados como mais seguros." (p. 349). Este tipo de pensamento, segundo eles, é praticamente destituído de valor libidinal significativo. Embora os autores lembrem que em alguns pacientes aparentam certa

fantasmatização, a exteriorização de uma agressividade é quase nula e o paciente é mesmo incapaz de manter uma dramatização sadomasoquista, por exemplo.

Em uma tentativa metapsicológica de compreender tais pacientes, os autores assinalam que, do ponto de vista freudiano sobre o processo primário e secundário, a atividade do pensamento operatório parece ligada basicamente àquilo que Freud (1915/1986) denominou representação-coisa, jamais aos produtos da imaginação ou às expressões simbólicas (representação-palavra). Para eles, o processo secundário é até perceptível por meio da noção de cronologia, mas lembram que esta é sempre relativa, seja em relação aos objetos concretos, seja aos atos, seja aos conceitos abstratos. Para Marty e M'Uzan (1963), a elaboração desses pacientes nunca chega a ficar nem sequer próxima daquela da elaboração secundária. Os autores tratam isso como uma "precariedade da conexão com as palavras", ou seja, aquilo que explicam como sendo "um processo de investimento de nível arcaico." (p. 351). As palavras são tidas somente como formas de descarregar uma tensão rapidamente, na medida em que não têm a capacidade de manter a tensão "em suspenso", como é próprio do processo secundário. Há uma diminuída capacidade de retenção da descarga motora. O pensamento operatório, neste sentido, "não retoma os símbolos ou palavras, não domina a elaboração fantasmática anterior, como o processo secundário, por exemplo, na elaboração secundária do sonho." (p. 351).

Quanto ao processo primário, os autores dizem que o pensamento operatório não é definitivamente desligado do inconsciente, como talvez se pudesse supor. Embora viva "à distância de um 'Id'" (p. 352), o pensamento operatório se mantém como se fossem "derivados cegos" do inconsciente, dizem eles. A hipótese dos autores é que o contato com o inconsciente realizado pelos pacientes dotados de um pensamento operatório se dá ao nível mais baixo, menos elaborado, relativo às primeiras elaborações integradoras da vida pulsional. É justamente aí, nesta atividade fantasmática elaboradora, que acontece a falha. Para os autores, as somatizações parecem retornos a essas organizações fantasmáticas mais arcaicas. É a qualidade dos fantasmas inconscientes que está prejudicada. Quando se têm fantasmas inconscientes mais evoluídos – concluem os autores – estes podem ser recuperados pela análise clássica; porém, quanto mais o funcionamento se der por um inconsciente mais arcaico, mais dificuldades se interporão no curso dos esforços terapêuticos, e nesses casos a verbalização permanece sempre bem abaixo do plano real da relação.

A nosso ver, o pensamento operatório na visão desses autores descreve com bastante riqueza o modo de funcionamento desse ser sem fantasia, próprio do paciente psicossomático. A esse conceito vem somar-se outro, o de *depressão essencial*, descrito por Marty (1968) o

qual descreve a consequências do movimento contraevolutivo. Trata-se de um conceito que, segundo o autor, é a própria essência da depressão, pois é uma depressão sem objeto, que preludia a vida operatória.

Tal como na depressão melancólica, a principal característica desta depressão essencial é o rebaixamento do investimento libidinal tanto narcísico quanto objetal; mas, como assinala o autor, nela não há nenhuma contrapartida econômica – como uma sublimação, por exemplo. Manifesta-se por episódios de angústia, por uma instabilidade inicial da depressão, em que o drama nunca é visível. Marty (1968) fala que o paciente traz seu caso como se fosse de outro, sem qualquer psicopatologia evidente, a ponto de o próprio terapeuta se perguntar sobre o que fazer com o paciente. O motivo da consulta é, segundo ele, sempre banal, como uma ocorrência somática qualquer. No paciente, tudo se passa sem emoção, como uma crise silenciosa.

A hipótese de Marty (1968) é que se trata de um apagamento das funções mentais que promovem a fantasmatização e a vida onírica (identificação, introjeção, projeção, deslocamento, condensação, associação de ideias, etc.). Isto conduz a uma desorganização que se estende a outros níveis, inclusive ao somático, levando ao que o autor chamou de "despedaçamento funcional[12]" (p. 596). Para ele, o que sinaliza o aparecimento da pulsão de morte é o desaparecimento da libido e o despedaçamento das funções somáticas.

A diferença entre esta depressão e as outras é que nesta não ocorre a retomada objetal, como afirma o autor. Ela se perde em frustradas tentativas e fica, assim, à mercê da pulsão de morte. Neste sentido, é mais mortal, diz Marty (1968), embora menos espetacular que a melancólica, por exemplo.

Não obstante, o autor ressalta que, embora não haja a retomada objetal, a libido não está totalmente ausente. Para ele, ela está apenas débil, cabendo ao analista se antecipar à instalação dos fenômenos irreversíveis do despedaçamento das funções somáticas.

Com esta teorização de Marty, Michel Fain (1981), que, assim como Marty, também trabalhou no Instituto de Psicossomática de Paris, propõe, a partir de dois elementos, pensar em uma concepção de inconsciente psicossomático. O primeiro elemento é o da existência de uma zona de sensibilidade do inconsciente, aquela a partir da qual se desenvolveriam os processos secundários (a programação, segundo a terminologia de Marty); e o segundo é o da organização propriamente dita do funcionamento mental a partir dela. Se para Marty é um movimento evolutivo que leva à organização psíquica, Fain quer conceber o inconsciente

[12] No original em francês: *morcellement fonctionnel*

dentro deste movimento de evolução. Assim ele propõe uma zona de sensibilidade perceptual por meio da qual se constituiria o inconsciente. Ele a concebe assim para dizer que, no caso do pensamento operatório, a regressão de que fala Marty alcançaria preeminência em relação a esta zona de sensibilidade do inconsciente, conduzindo, ao invés da evolução, ao chamado movimento contraevolutivo.

Fain então quer mostrar que, se isto ocorre, o inconsciente do paciente psicossomático – submetido, portanto, a um funcionamento operatório – se encontra suscetível a sentir, de forma traumática, a falha que tem seu mecanismo de funcionamento pouco evoluído (poucas representações mentais – pré-conscientes – capazes de assimilar o traumatismo), podendo acabar em uma perigosa regressão.

Assim, o autor entende que o inconsciente, segundo as posições de Marty, dispõe inicialmente de uma *zona* de *sensibilidade particular* às percepções por meio da qual o sujeito é compelido à evolução pelos princípios da *automação* e, depois, da *programação*. Esses princípios trazem a excitação para funcionar a serviço das pulsões de vida. Assim, esta zona de sensibilidade do inconsciente permite o contato com as percepções. Essas percepções, pelo princípio de automação (responsável pelas funções psicossomáticas de toda ordem), ligam-se entre si, dando origem a funções cada vez mais complexas e conduzindo ao funcionamento pelo princípio de programação. Esta zona inconsciente do psiquismo, formada inicialmente pelo princípio da automação, conteria "apenas representações coisas, pulsionalmente ligadas entre si, constituídas de processos primários" (Fain, 1981, p. 283).

Fain então propõe a ideia de que no pensamento operatório este funcionamento está prejudicado. Em seu artigo (1981) parte então da ideia de que esta sensibilidade do inconsciente às percepções, que deveria ser capaz de fornecer substitutos do recalcamento primário (ou seja, os conteúdos do pré-consciente), regressaria a um funcionamento global não discriminatório. Para ele, "o conflito, assim, deixaria a zona psíquica, lugar do 'ponto evolutivo', para se somatizar; as forças recalcantes seriam substituídas com mais ou menos sucesso por defesas do tipo orgânico." (p. 283). Assim, o pré-consciente, destituído de suas funções defensivas, que cederam lugar ao soma, "é 'automaticamente' programado do exterior[13]" (p. 284), ou seja, perde seu papel de produtor de conteúdos substitutivos. A sensibilidade do inconsciente às percepções que o sujeito não consegue apreender em sua complexidade dificulta a transformação em representações-coisa, capazes de alimentar as

[13] No original : "le préconscient est « automatiquement » programmé de l'extérieur."

concatenações que seriam disponibilizadas em favor de uma mentalização das pulsões, no sentido dado por Marty comentado há pouco.

O fato de que esse pré-consciente "programado do exterior" esboça certa semelhança com o que foi desenvolvido por Freud (1915/1986) em relação às psicoses fez com que Fain (1981) comentasse uma diferença fundamental. Tal como na psicose, parece haver aqui uma tentativa de reconstrução das relações perdidas, investindo em representações de palavra em vez de representações de coisa; entretanto, como aponta o autor, no curso dos transtornos somáticos o pré-consciente perdeu o papel de arquiteto potencial de substitutos, enquanto na psicose isso não ocorre, pois sua atividade pré-consciente mantém este papel por meio da transformação das sensações percebidas e vividas como reais. Para Fain (1981), se na psicose "a sensação hipocondríaca nega a vida psicótica do corpo, [na somatização] uma desorganização real do soma se efetua" (1981, p. 286). Esta desorganização, segundo o autor, movimentará as defesas não menos somáticas que apenas não pertençam mais ao sistema mental. Comenta que a somatização, ao invés de um processo de evolução, há um processo de regressão, o que pode levar à desintegração mesma do princípio da automação, instalando a depressão essencial.

Destarte, para Fain (1981), o inconsciente martyniano ocorrerá em três tempos: primeiro sensibilidade, depois automação e programação. A evolução do inconsciente se daria a partir destes tempos. Primeiro, o inconsciente aparece em estado de latência (processo primário), quanto evolui para a automação e a programação (processo secundário). Esta concepção subentende que a libido é apenas concebível como "dotada de uma qualidade mental que se situa 'topicamente' ao nível mais evoluído" (p. 290). O autor, então, diz que a psicossomática, tal como posta por Marty, por meio da noção de regressão introduz uma nova tópica. "A regressão pretende recriar uma situação em cujo curso um indivíduo busca reencontrar as condições em que seu organismo esteve ancorado em um sistema que o sustentou em seu desenvolvimento." (p. 290). Tal reencontro é impossível, pois, para o autor, nessa busca por um sistema anteriormente estável, agora não é possível nem recriar aquelas condições nem encontrá-las, haja vista que se em outro momento já tivesse sido possível sua estabilização não teria havido em seguida qualquer instabilidade. De qualquer forma, o autor diz que "esta sensibilidade que não pode mais alimentar a libido, apenas testemunha a exacerbação da sensibilidade aos traumatismos" (p. 291). É justamente aí, nessa impossibilidade de encontrar o quadro ideal para uma retomada evolutiva, que o sujeito é levado a um funcionamento psicossomático.

Não obstante, o autor reconsidera a impossibilidade total de o paciente se recuperar de um modo de funcionamento psicossomático em direção a uma psiquização. Para ele, se o paciente "psicossomático" reconstituir um suporte de boa qualidade – através da psicoterapia, por exemplo –, é possível o reaparecimento de um sistema inconsciente equipado plenamente de seus três atributos: sensibilidade, automação e programação.

A proposta de Fain, tal como brevemente acabou de ser apresentada, introduz a preocupação em considerar o inconsciente a partir da psicossomática, porém se vê um inconsciente psicossomático um tanto anulado, recolhido em seu estado inicial. Os mecanismos psíquicos de defesas, ou seja, aqueles que funcionam pelo processo secundário, estão-lhe em falta, devido a uma regressão que exclui a zona de sensibilidade do psiquismo para a vida psíquica, ou seja, seu conteúdo parece incapaz de se ligar ao pré-consciente.

Mais adiante teremos a oportunidade de retornar a esta noção de zona de sensibilidade do inconsciente, pois ela foi aproveitada por Dejours (2001). É a partir dela, aliás, que o autor traz a via de enriquecimento do pré-consciente, a qual, tanto para nós quanto para ele, evita a somatização. Dejours inclui também a passagem ao ato e o delírio.

Antes de chegar aí, o segundo dos modelos teóricos estudados pelos autores franceses, como havíamos anunciado mais acima, concebe a psicossomática enquanto uma espécie de histeria arcaica. Um pouco diferente desta concepção do Instituto de Psicossomática de Paris que nos levou a relacionar a suscetibilidade às somatizações com a fragilidade do pré-consciente, podemos dizer que a concepção que se segue procura compreender a psicossomática como uma resposta outra, diferente da classicamente psiconeurótica, mas nem por isso desvinculada de fantasmas recalcados.

I.3.2 A psicossomática de McDougall: uma espécie de histeria arcaica

Em geral, não é difícil termos a percepção de que os pacientes psicossomáticos parecem alienados de seu próprio corpo, estabelecendo um diálogo mudo entre soma e psique, como comenta a própria McDougall (1983), principal autora a quem faremos referência para esta concepção teórica. Ressaltando esta ideia da qualidade da comunicação entre soma e psique, vemos um modelo teórico explicativo das manifestações psicossomáticas que, diferentemente do anterior, é baseado no modelo freudiano da histeria. Para McDougall (1983), o que falta à psique dos pacientes psicossomáticos é um glossário que os torne capazes de traduzir psiquicamente esse ato biológico, “esse corpo anárquico, psicossomaticamente expressivo...” (McDougall, 1997, p. 182).

Segundo este raciocínio, a doença psicossomática emerge silenciosamente, sem que o indivíduo se dê conta dela, ou seja, é um *soma mudo*[14], um soma que aparentemente não comunica inconsciente algum, embora não deixe de ser altamente expressivo para a equipe de saúde, ideia que pretendemos utilizar nos próximos capítulos desse trabalho. A queixa aparece justamente quando é identificada por outra pessoa, como se se constituísse sem a ciência ou o consentimento da pessoa. Na maior parte das vezes, por exemplo, é quem observa a manifestação somática que se sente tentado a dar explicações, enquanto o próprio paciente parece excluído dessa comunicação, como observa McDougall (1983), pois seu psiquismo não dispõe do glossário que traduz esta manifestação.

Nos trabalhos consultados de McDougall (1983; 1991; 1997), as manifestações somáticas na psicossomática aparecem sempre como produto da impossibilidade psíquica de lidar com a excitação sexual, tal como propõe a dimensão econômica da teoria freudiana. Para ela, no entanto, trata-se, em última análise, de uma espécie de histeria arcaica nesses pacientes. Isto significa que a toda manifestação psicossomática subjaz um fantasma primitivo recalcado, que a autora caracteriza como sendo anterior ao verbal (pré-verbal). Inicialmente ela julgava tratar-se de uma forclusão, como na psicose, e não de um recalcamento. Era como se, em vez de recalcadas, as ideias, no paciente psicossomático, fossem imediatamente apagadas. Foi então que ela chegou à conclusão de que seus pacientes, mesmo adultos, pareciam funcionar psiquicamente como bebês. Diante de uma emoção dolorosa, por não poderem utilizar as palavras como veículo de seu pensamento, eles reagiam psicossomaticamente. É importante lembrar que, para ela, "as estruturas psíquicas mais antigas da criancinha articulam-se em torno de significantes não-verbais" (McDougall, 1991, p. 10).

Assim, para McDougall (1983), na criação psicossomática as somatizações têm uma função de ato, de descarga. Ao invés de pensar, de sentir a dor mental e elaborá-la, o sujeito a somatiza. Quanto a isso, a autora chega inclusive a sinalizar certa aproximação da psicossomática com os atos-sintomas (bulímica, tabágica, alcóolica, medicamentosa, etc.) com certos desvios sexuais e com certas neuroses caracteriais. Para ela, a carência de elaboração psíquica e a falha na simbolização são compensadas por um agir de caráter compulsivo, ato de uma história sem palavras – a evolução silenciosa de uma doença

[14] Esta expressão foi proposta em referência a um trecho do capítulo "O psicossoma e a psicanálise" de Joyce McDougall (1983), onde a autora se pergunta se seria necessário lembrar ao psicanalista que o analisando não é só "psicológico" ou só moldado pela palavra. Então, se pergunta: "Com que tipo de escuta o psicanalista 'ouve' o corpo dos analisandos e as *mensagens mudas do soma*?" (p. 135 [grifos nossos]).

somática. Nas palavras de McDougall (1991) "só se descarrega na ação quando a sobrecarga afetiva e a dor mental ultrapassam a capacidade de absorção das defesas habituais" (p. 17).

Embora a somatização, neste sentido, não seja exclusividade dos psicossomáticos[15], não há história ligada a ela como na histeria, mas sim, uma história profundamente arcaica e pré-verbal; portanto, trata-se de um dano físico real e, ao menos à primeira vista[16], não existe qualquer conflito de qualidade neurótica ou psicótico identificado pela análise, pois, segundo a autora, se é que se pode falar em um sentido nas manifestações psicossomáticas, ele é de ordem pré-simbólica – diferente, portanto, da neurose ou psicose.

Diferentemente do psicótico, em que a palavra, para preencher o vazio, adquire uma "inflação delirante", no psicossomático a palavra encontra-se esvaziada de sua significação afetiva. Não é a palavra, a ideia, que constitui o delírio. O corpo é que delira, hiperfunciona. O corpo enlouquece (McDougall, 1991). Trata-se daquilo que "o *recalque originário* procura exprimir, que está aquém da palavra, que nunca existiu para o pré-consciente, que tem pouca chance de servir de material de construção de fantasmas a serem recalcados." (McDougall, 1983, p. 137 [Grifos da autora]).

Por outro lado, a conhecida histeria neurótica diferencia-se da histeria arcaica de McDougall (1991) porque, enquanto a primeira constrói-se a partir de laços verbais, a outra "busca preservar não o sexo ou a sexualidade do indivíduo, mas seu corpo inteiro, sua vida, e se constrói a partir de laços somatopsíquicos pré-verbais." (p. 24). A hipótese de McDougall é que as mensagens enviadas pelo corpo ao psiquismo são inscritas sem representações de palavras, assim como ocorre no início da infância (para a autora, antes de ter palavras, a criança é necessariamente 'alexitímica[17]'). É como se o afeto fosse congelado, como assinala, e a representação verbal pulverizada. A esse respeito, notou que alguns de seus pacientes pareciam recusar-se a reconhecer sua dor psíquica.

A manifestação fenomênica desses pacientes de McDougall lembra em parte os do pensamento operatório de Marty e M'Uzan (1963); mas, para ela, os pacientes

---

[15] Para McDougall (1991), os psicossomáticos seriam "aqueles cujas manifestações psicossomáticas constituem parte destacada de seu quadro clínico geral, especialmente quando sua estrutura psíquica exibe relativa pobreza de outras formas de defesa psicológica" (p. 168). Portanto, é possível que haja nesses pacientes um funcionamento psiconeurótico, assim como pode haver nos psiconeuróticos um funcionamento psicossomático. Todavia, em *Teatros do Corpo* (1991) chega a dizer que considera como ligado aos fenômenos psicossomáticos "tudo aquilo que atinge a saúde ou a integridade física quando os fatores psicológicos desempenham algum papel" (p. 22).

[16] Lembremos que, para a autora, toda manifestação psicossomática remete a fantasmas primitivos recalcados.

[17] Esta expressão "Alexitimia" remete aos psicossomatistas de Boston e está relacionada com uma incapacidade de associar afetos às representações mentais, com uma dificuldade para verbalizar emoções.

psicossomáticos não necessariamente irão somatizar, mas quando isso ocorre, eles não ligam sua história à patologia. Isto ocorre porque, segundo McDougall (1991), as fontes de potenciais angústias em um psicossomático, quando criança, não sofreram nem negação, nem recusa nem recalcamento. Ela propõe então dizer que, em vez de sofrerem de negação, recusa ou recalcamento, esses pacientes sofrem de desafetação, um processo similar ao da psicose.

Sem o conteúdo afetivo, o valor simbólico das palavras se esvai e elas são tratadas como coisas. Isto faz com que a representação palavra seja lançada para fora do psiquismo, e não recalcada. A consequência é que, em vez de alimentar o capital psíquico usado nos sintomas psicológicos que protegem o corpo da explosão somática, o sujeito o somatiza. É um corpo, por assim dizer, desafetado, como frisa McDougall (1991), que "ressomatiza o afeto" (p. 107). Isto faz com que, na opinião da autora, o sujeito regrida a um modo infantil de reação, quando ainda não havia as representações palavras.

Sendo assim, ela fala de um corpo psicossomaticamente expressivo, ou seja, de um corpo sem palavras, mas que está na iminência de obtê-las. É preciso dar palavras ao soma. Assim, McDougall (1997) propõe uma terapêutica que parte de um funcionamento biológico para um funcionamento psicológico. Para ela, o que ocorreu no paciente psicossomático é que, ao invés de permitir a elaboração psíquica diante da excitação, o sujeito submergiu em uma forma primitiva de pensamento pré-verbal: "Meus analisandos me estavam 'comunicando', dessa maneira primitiva, o modo pelo qual tinham conseguido sobreviver ao trauma psíquico do início da vida..." (p. 174). Neste sentido, seus pacientes estavam, segundo sua compreensão, movimentando-se para aquilo que a autora classificou como uma espécie de histeria primitiva – que funciona como defesa contra desejos que ela chamou de pré-genitais, ou seja, que ficaram bloqueados e encapsulados ao invés de serem elaborados como fantasias a serem subsequentemente recalcadas. Assim como na histeria clássica, a disfunção psicossomática é uma resposta a conflitos, mas uma resposta que se utiliza de recursos primitivos e infraverbais para enviar mensagens que podem ser interpretadas somaticamente (McDougall, 1991).

Um recorte literal de um de seus livros parece ser interessante destacar, mesmo porque pretendemos retomá-lo mais adiante, no quarto capítulo. Lá teremos inclusive a oportunidade de discutir essa ideia bastante fecunda da autora de trabalhar com fantasmas primitivos ou conteúdos pré-verbais ligados ao recalcamento originário, especialmente no que tange ao nosso debate sobre a sexualidade inconsciente em Laplanche. De qualquer forma, é preciso já adiantar que as manifestações psicossomáticas serão lá analisadas não como expressão de uma linguagem corporal primitiva, como aqui interpreta a autora, mas como

mensagem enigmática à qual o outro responde com seu inconsciente sexual, como concebe a TSG; mas isto ainda será visto, por enquanto acompanhemos a interpretação da autora, que assim se referiu ao caso, em 1997:

> Em suma, os sintomas psicossomáticos expressam uma forma de linguagem corporal primitiva, uma protolinguagem que, já no início da história do indivíduo, visava a comunicar uma mensagem ao mundo exterior. (Na medida em que haja uma imagem de um 'outro' acreditado como capaz de decodificar e responder a essa protolinguagem, o termo comunicação é válido). É importante que os psicanalistas se deem conta de que, à medida que a análise progride, esta protolinguagem, com seu simbolismo, começa a ser utilizada como linguagem simbólica, de modo que os limites entre as manifestações 'puramente psicossomáticas' e as manifestações 'puramente histéricas' finalmente se tornam menos distintos (Sachs, 1985). Sob o impacto da viagem analítica, todos os analisandos aprendem a vivenciar seus sintomas somáticos como comunicações, a prestar-lhes atenção na tentativa de identificar as pressões internas e externas que os precipitam e, assim, investi-los com significado. (McDougall, 1997, pp. 181-182)

O que vale a pena destacar neste trecho é precisamente o que a autora coloca apenas entre parênteses: "(Na medida em que haja uma imagem de um 'outro' acreditado como capaz de decodificar e responder a essa protolinguagem[18], o termo comunicação é válido)", pois é esta linguagem – que para a autora é primitiva, pré-verbal, que propõe ao outro uma decodificação, um recurso psíquico último a partir do qual o analista pode ajudar o paciente a passar de um funcionamento biológico para um funcionamento psicológico – que parece incluir, ainda que com outra terminologia, os elementos-chaves discutidos pela Teoria da Sedução Generalizada (TSG) de Jean Laplanche[19], como veremos mais adiante.

Na perspectiva de McDougall, os pacientes psicossomáticos são aptos ao trabalho psicanalítico, porquanto seus sintomas psicossomáticos são a expressão de uma linguagem pré-verbal, por isso precisam adquirir simbolismo. Para a autora, é a necessária sensibilidade do analista que pode proporcionar um reconhecimento tardio dos fantasmas primitivos

---

[18] Sobre este termo, protolinguagem, Tomaz S. Szasz usou, duas décadas antes, em 1974, em "O mito da doença mental" para fazer referência a um tipo de linguagem que, segundo ele, seria mais baixo, em ordem decrescente, da metalinguagem e da linguagem-objeto: "Proponho, portanto, que chamemos esse tipo de linguagem de *protolinguagem*" (p. 112). Para mais informações ver Szasz (1974). *O mito da doença mental*. Circulo do Livro: São Paulo.

[19] No livro *Teatros do corpo,* McDougall (1991) quando fala do papel da mãe enquanto aquela que, influenciada "pelos objetos de seu mundo interno e por seu próprio passado" (p. 124), estimula ou restringe a espontaneidade de seu filho, faz referência aos "significantes enigmáticos" de Jean Laplanche.

recalcados, levando a um enriquecimento do pré-consciente. Isto leva a pensar que este paciente é o emissário de uma mensagem que ele próprio desconhece, pois sua forma de comunicação ainda é demasiadamente regressiva e arcaica.

Aí está uma das questões de grande importância para nosso trabalho, sobretudo quando nos ocuparmos da TSG. Afinal, acompanhando as posições da autora parece correto afirmar que, para ela, depende da qualidade da comunicação estabelecida entre o paciente psicossomático e o outro (no caso, o terapeuta) a possibilidade do paciente aceder de um funcionamento psicossomático para um funcionamento psicológico. Para McDougall (1991), uma frase, de conhecimento popular e que destacamos como epígrafe de nosso trabalho parece ilustrar bem essa preocupação: “Dizem que se alguém olhar para alguma coisa durante muito tempo essa coisa se tornará interessante.” (p. 133). O que aí parece ressaltado é que, se por vezes temos a impressão de estarmos sozinhos com nossos pacientes, “desesperados” e “desafetados”, como diz a autora, quando os atendemos em psicoterapia tendo a sensação de que ninguém vem ao nosso encontro, a verdade é que sempre encontramos uma possibilidade de partilhar nossa inquietude, nosso sentimento de incompetência e nossa incompreensão, por meio de livros, colóquios, etc. Ela parece querer dizer, diante desse corpo psicossomaticamente expressivo do paciente psicossomático, dessa comunicação demasiadamente regressiva e arcaica, que somos nós, os receptores dessa mensagem, que podemos ajudar o paciente a compreender sua própria mensagem.

Os elementos trazidos até agora ilustram bem essa concepção teórica e apontam para uma importante característica sua: no soma do paciente psicossomático, se se pode falar em comunicação, ela é, para McDougall, demasiadamente arcaica e pré-verbal. É preciso dar palavras ao soma.

I.3.3 Algumas considerações a partir dos dois modelos

Essas posições, que interpretam as manifestações psicossomáticas como carência de atividades fantasmáticas ou como uma espécie de histeria arcaica, permitem tecer algumas considerações especialmente a respeito da oposição entre o mecanismo de ação das manifestações psicossomáticas e os mecanismos psíquicos de defesa nos sintomas neuróticos, psicóticos ou perversos a partir do ponto de vista econômico.

Se por um lado é difícil conceber o mecanismo de ação da excitação somática como radicalmente distinto do mecanismo utilizado nas defesas mediadas pela atividade psíquica, por outro lado, tratar o mecanismo das manifestações psicossomáticas como mecanismos psíquicos parece bem problemático. Segundo as posições dos autores, é mais fácil aceitar a

ideia de que para ambas as concepções teóricas há um déficit na capacidade de representar psiquicamente a excitação somática sem que isso invalide a possibilidade de um funcionamento por mecanismos psíquicos, ainda que, nas próprias palavras de McDougall (1983 e 1997), seja demasiadamente arcaico e pré-verbal (ou protossimbólico) ou, nas palavras de Marty e M'Uzan (1963), insuficientes para conter a excitação.

Neste contexto, podemos dizer que os mecanismos psíquicos de defesa e o mecanismo de ação psicossomático são, até certo ponto, destoantes entre si, mas de maneira alguma excludentes, pois não impedem o funcionamento simultâneo de ambos num mesmo indivíduo; ou seja, considerando-se o que foi apresentado, é inteiramente aceitável dizer que uma mesma pessoa pode ter manifestações psicossomáticas e sintomas neuróticos simultaneamente, por exemplo. Não obstante, é bem provável que em alguns o mecanismo psicossomático, por exemplo, esteja mais presente que em outros, o que é o caso daquele paciente cuja sintomatologia constitui-se predominantemente de manifestações psicossomáticas. Da mesma forma, o paciente cujo quadro clínico geral manifesta predominantemente sintomas neuróticos, por exemplo, provavelmente tenha um funcionamento mais psiconeurótico (psiconeurótico segundo a acepção freudiana).

Neste sentido, é possível arriscar-nos a dizer, inclusive, que a resposta psicossomática é aquela própria da criança, haja vista a incapacidade de representação dos conflitos e do sofrimento tanto nos pacientes psicossomáticos como na criança. Com base nesses autores, a resposta psicossomática no adulto supõe um sistema de comunicação arcaico, próprio daquele que está incapacitado de representar os conflitos e o sofrimento (como, por exemplo, a criança). Ao invés de se exprimir verbalmente, o corpo da pessoa age por si só.

O paciente psicossomático, ou seja, aquele cujo mecanismo de ação é, podemos assim dizer, mais somático que psíquico, é paciente do pensamento operatório de Marty e M'Uzan (1963), da depressão essencial de Marty (1968), ou ainda das neuroses atuais de Freud (1895/1986), portanto, também daqueles que McDougall (1997) definiu como "verdadeiramente psicossomático" (p. 168). Em algumas pessoas, no entanto, é provável – como já dissemos – que o lado psíquico esteja mais bem desenvolvido. Estes, então, seriam os pacientes ditos normais, psiconeuróticos, ou seja, os neuróticos, psicóticos e perversos da clínica psicanalítica clássica.

Os dois modelos propostos para pensar a psicossomática retratada até aqui estão, neste sentido, até certo ponto, em harmonia, embora cada um possua suas interpretações particulares. Pela interpretação de McDougall (1997), por exemplo, as manifestações

psicossomáticas expressam fantasias primitivas (pré-verbais) recalcadas, enquanto pela de Marty e M'Uzan (1963) e de Marty (1968) a mente está impossibilitada de assimilar a ocorrência de um traumatismo, e assim, sucumbe à descarga no soma, mesmo contendo algum nível de fantasmatização. Em ambos os modelos, no entanto, é sempre a "pobreza" de fantasmas que permite a manifestação psicossomática.

Como vem sendo visto no decorrer deste capítulo, embora as ideias apresentadas até agora tenham conseguido alguma superação do dualismo corpo/mente, devemos considerar, até o momento, que sua adoção, do ponto de vista econômico, admite certa oposição entre fantasia e excitação, ou entre corpo e psique, ao supor que a "riqueza" fantasmática é condição que minimiza a suscetibilidade à ocorrência de uma manifestação psicossomática. Se a "riqueza" fantasmática significa menor risco de eclosão de uma manifestação somática, então há uma oposição entre fantasia (psiquismo) e somatizações. Assim, paralelamente ao mecanismo mental temos que admitir a existência, em todo sujeito humano, de um mecanismo de ação responsável pelas manifestações psicossomáticas. Desta forma, tais manifestações são pensadas sempre enquanto produto da incapacidade psíquica de assimilar a excitação proveniente do corpo (ou do contato com a realidade), mesmo que admitamos, como quer McDougall, algum nível de elaboração psíquica. Pode-se dizer, assim, que foi basicamente esta última ideia a que permeou toda exposição até aqui, ou seja, a de que se trata, em última instância, nas manifestações psicossomáticas, de um mecanismo de ação primitivo, anterior – pode-se assim dizer – aos mecanismos psíquicos de defesa (pré-consciente). Se há alguma comunicação inconsciente a ser considerada nas manifestações psicossomáticas, ela parece ser de uma ordem anterior, diferente da que os sintomas psiconeuróticos manifestam.

Com a exposição dessas duas concepções teóricas francesas sobre a psicossomática e as contribuições freudianas feitas anteriormente, consideramos expostas as bases que nos permitem adentrar nas especificidades de se pensar, por exemplo, em uma comunicação inconsciente no que se refere às manifestações psicossomáticas. As duas próximas subseções que compõem este capítulo, as quais articulam a Teoria da Sedução Generalizada (TSG), de Jean Laplanche, à psicossomática segundo as teorias vistas até aqui, apontam algumas questões sobre a natureza dessa comunicação inconsciente no caso das manifestações psicossomáticas. Na TSG é justamente por meio dessa comunicação que a gênese do aparelho psíquico se dá a partir da relação adulto/criança, naquilo que o autor chama de *A Situação Antropológica Fundamental*. Assim teremos a oportunidade de mostrar que, segundo esta teoria, esta relação é o que expõe a criança, que ainda não fala (sem fantasmas sexuais), ao

mundo adulto, aquele do inconsciente sexual. Deste modo, com as leituras que fizemos até agora, é provocador considerar que as manifestações psicossomáticas sejam consideradas como altamente expressivas, pois, como veremos, Laplanche nos mostra em inúmeros momentos, no tocante às manifestações corporais da criança, que, à medida que o outro reage, emite mensagens inconscientes que o paciente psicossomático parece sem condições de compreender.

Na situação antropológica fundamental, o *sexual* vem do adulto e é a partir da relação entre ele e a criança que o corpo infantil deste último é seduzido, é erotizado, ou, como prefere chamar Dejours (2001), é convocado à subversão libidinal (veremos sobre isso mais adiante). O paciente psicossomático, no entanto, é considerado como aquele em quem não há erotização ou, melhor, não há tradução ou recalcamento das mensagens inconscientes oriundas dessa sedução, dessa erotização. Vejamos no próximo capítulo de que forma a TSG pode contribuir conosco a esse respeito, inclusive para que possamos também melhor explicitar os conceitos que ora acabamos de introduzir, além de vários outros.

CAPÍTULO II - AS MANIFESTAÇÕES PSICOSSOMÁTICAS SEGUNDO A TSG

Reservamos a este segundo capítulo a tarefa de reunir e discutir os elementos necessários para pensar as manifestações psicossomáticas a partir da TSG. Obviamente , servimo-nos dos apontamentos apresentados a esse respeito por Christophe Dejours (2001) e, naturalmente, dos argumentos fornecidos por Laplanche em seus livros e artigos: Dejours, por ser o único autor em quem encontramos alguma formulação mais específica sobre as manifestações psicossomáticas baseadas na TSG; e Laplanche, por ser o criador da Teoria da Sedução Generalizada (TSG). Com Laplanche, na primeira subseção apresentamos algumas noções fundamentais da TSG que servem como ponto de partida em direção a uma concepção teórica da psicossomática segundo esta teoria; concepção que, como veremos na segunda subseção do capítulo, pode ser encontrada em Dejours (2001). Não obstante, algumas divergências encontradas entre esses dois autores (o criador da TSG e Dejours), sobretudo no que se refere ao modelo tópico sugerido por Dejours (e depois reescrito por Laplanche), fizeram-nos deixar para outro capítulo as discussões derivadas daí e das concepções teóricas dos autores que os precederam (trabalhos no capítulo anterior), por meio das quais, inclusive, teceremos nossas próprias hipóteses e considerações finais do trabalho. Se as formulações desses autores são bastante pertinentes para o nosso objetivo – pensar a psicossomática antes e depois da TSG –, não podíamos deixar de lado as divergências que muitas vezes determinados posicionamentos teóricos admitem em relação a outros.

Antes de iniciarmos propriamente o capítulo, adiantemos um pouco de algumas das hipóteses que deveram nos acompanhar no próximo capítulo em relação ao inconsciente, no caso das manifestações psicossomáticas. Neste momento elas talvez tornem os objetivos desse capítulo ainda mais explícitos, justificando as retomadas teóricas que escolhemos apresentar ao longo dele e fornecendo conjecturas sobre uma maneira possível de compreender a psicossomática enquanto manifestações do inconsciente. De certo modo, essas hipóteses prefaciam a hipótese teórica de Dejours, bem como algumas das considerações que anotamos sobre as críticas de Laplanche a esse autor.

Partimos do que vimos com as concepções teóricas do capítulo anterior, isto é, que o sujeito está tão mais vulnerável às manifestações psicossomática quanto menor for sua capacidade de se defender da tensão por meio do recalcamento. Assim, ao nível da comunicação inconsciente, entendemos que provavelmente se trata de um sujeito cujas representações pré-conscientes (aquelas capazes de se ligar à excitação) são inexistentes ou realmente muito primitivas. Pelo que vimos em McDougall, se podemos falar de algum tipo

de representação, aí elas devem ser realmente muito primitivas ou arcaicas. Por isso nossa hipótese é que a existência de uma marca psíquica deixa atrás de si os eventos traumáticos como forma de compreender esse "psiquismo arcaico" no caso das manifestações psicossomáticas. Trata-se de uma marca gerada pela excitação sexual ainda não elaborada psiquicamente enquanto tal, portanto, regulada provavelmente apenas por processos primários, ainda anteriores a qualquer recalcamento. Assim, pensamos que talvez o psiquismo do paciente psicossomático deva mesmo ser concebido como constituído justamente por esses registros realmente muito primitivos. Por essa linha de raciocínio, a teoria do *après-coup*, isto é, dos dois tempos do trauma – tal como mais adiante veremos desenvolvido por Laplanche (1992c) quando discute sobre a clivagem do inconsciente/pré-consciente – é que pode nos fornecer uma direção possível. Esse primeiro registro não é traumático em si, só o será quando, em um segundo momento, for compreendido pelo sujeito e, então, tornar-se fonte de excitação interna (pulsional). Então as representações, no caso do paciente psicossomático, segundo essa hipótese, diriam respeito a esse primeiro tempo do trauma. Já as representações do segundo tempo do trauma constituiriam as defesas psicológicas baseadas no recalcamento, como as neuroses. Apesar dessas afirmações quanto à existência ou não de algo inconsciente no caso das manifestações psicossomáticas, talvez seja preciso, antes de qualquer coisa, pensarmos na origem do psiquismo humano e na origem das relações entre corpo e psique – algo, portanto, anterior a qualquer tópica.

Em conformidade com essas conjecturas e com o que vimos com os psicossomatistas citados no primeiro capítulo deste trabalho, estamos entendendo, do ponto de vista econômico, que o processo de descarga da excitação nas manifestações psicossomáticas ocorre por insuficiência de elaboração, ou seja, ocorre justamente, na concepção de Marty, se houver uma insuficiência de fantasias para proporcionar uma assimilação mental, ou se, na concepção de McDougall, elas forem muito primitivas para prover uma elaboração psíquica satisfatória. Neste sentido, se é válido falarmos de uma oposição entre psique e soma, é somente no sentido de que quanto mais uma se faz presente (as fantasias, por exemplo), mais a outra se faz ausente (as somatização, por outro lado). De qualquer forma, essa conclusão não é capaz de afirmar se a não participação de defesas psicológicas significa necessariamente sua inexistência. A teoria de McDougall é uma das grandes responsáveis por termos feito essa ponderação.

Em face do modelo dinâmico de descarga da excitação de McDougall, no qual toda somatização fala de fantasmas primitivos recalcados, a ótica da teoria laplancheana que devemos introduzir no presente capítulo traz elementos interessantes. Em Laplanche aparece-

nos a possibilidade de que as manifestações psicossomáticas sejam concebidas, no nível psíquico, como uma espécie de sexualidade inconsciente primitiva, ou seja, refere-se a um código inscrito no inconsciente e contém uma mensagem que, por isto mesmo, precisa ser traduzida; Algo como, a nosso ver, aquilo a que se refere McDougall quando fala de protolinguagens (memórias pré-verbais) e do investimento necessário do outro para que elas se tornem "psicológicas".

Ao que tudo indica (como será visto com a TSG), é a decifração possível desses códigos (a tradução, para Laplanche) no *après-coup* (segundo tempo do trauma) desse primeiro tempo da experiência traumática (primeiro tempo do trauma) o que permite a instauração das instâncias psíquicas pré-consciente/consciente e inconsciente. Enquanto o pré-consciente será formado pela tradução do código, aquilo que não puder ser traduzido será recalcado no inconsciente. Assim, prosseguir nessa direção teórica requer que sejamos capazes de responder como esse outro aquilo que ainda não passou por qualquer tradução e recalcamento permanece para o paciente. Seriam representações? Como concebê-las no aparelho psíquico? Seriam elas suscetíveis de análise?

Segundo essas conjecturas, as manifestações psicossomáticas são testemunhas da inércia ou fracasso radical da tradução/recalcamento. No lugar da representação pré-consciente ou recalcada, por exemplo, a excitação sexual somática (a mensagem, como veremos com Laplanche mais adiante) não elaborada pelo sujeito permanece como que ausente, sem fantasia, "bloqueada ou encravada", talvez dissesse Laplanche (2003b/2007), se opinasse sobre essas conjecturas. Desta forma, convido a, por enquanto, pararmos por aqui com elas, mesmo porque já se mostram demasiadamente dependentes das concepções da TSG e das formulações que, baseado nela, produziu Dejours (2001). Já é tempo de explicar nossas novas referências para então, no próximo capítulo, poderem ser retomadas essas hipóteses, que por ora não passam de meras construções teóricas especulativas.

A aproximação entre a hipótese teórica de Dejours (2001) e as concepções teóricas da TSG disposta neste capítulo está baseada na conclusão do próprio autor de que as consequências possíveis do processo de subversão libidinal (aquele que envolve o recalcamento) são dependentes de como o adulto aborda o corpo da criança, ou seja, segundo os conceitos que ele busca na TSG, de como elas dependem dos impasses gerados por ocasião da *situação antropológica fundamental* (noção laplancheana para fazer referência à situação fundante do psiquismo). São esses impasses, aliás, que, segundo o autor, podem produzir a condição de vulnerabilidade psíquica (vulnerabilidade aos traumatismos). Para compensar esta vulnerabilidade, a clivagem, aquela mesma descrita por Freud (1927/1986) como

clivagem do Eu, é fundamental, culminando naquilo que Dejours desenvolve teoricamente como a terceira tópica psíquica ou tópica da clivagem. Assim, a subversão libidinal, a relação entre adulto e criança e a clivagem psíquica aparecem como importantes elementos para compreendermos a hipótese teórica de Dejours, e depois podermos tecer nossas considerações a respeito desse assunto – a psicossomática segundo a TSG.

Antes de falar de Dejours vejamos primeiro quais são os principais conceitos e argumentos utilizados por esta que é conhecida – dentre outros motivos citados pelo próprio criador –, para diferenciar-se da teoria da sedução freudiana, como a Teoria da Sedução Generalizada (TSG).

II.1 A Teoria da Sedução Generalizada

No texto *Novos fundamentos para a psicanálise* que – ao que parece – inaugura a TSG, Laplanche (1992b) parte da concepção freudiana de que a criança, "mesmo possuindo certas montagens e aptidões adaptativas [...], continua fundamentalmente destinada [...] à *Hilflosigkeit* [desamparo]." (p. 108). O amparo necessário, a criança o encontra no outro, mas para Laplanche questão é que esse outro carrega consigo a dimensão de um inconsciente, ou seja, traz algo que extrapolará os cuidados em si que, neste amparo, são destinados à criança. Eis, pois, para o autor, a *situação originária* fundante do psiquismo*: "*o confronto do recém-nascido, da criança no sentido etimológico do termo, aquele que ainda não fala, com o mundo adulto" (p. 96). É sobre esta situação fundamental e originária que o autor desenvolve sua teoria, concebendo sua *Teoria da Sedução Generalizada* (TSG) a partir da teoria freudiana da sedução, "abandonada" na famosa carta de 21 de setembro de 1897, que Laplanche chama de T*eoria da Sedução Restrita* (TSR).

II.1.1 Teoria da Sedução Restrita

Laplanche (1992b) apresenta sua TSG utilizando quatro elementos, segundo ele, presentes na TSR: (1) as cenas da experiência sexual prematura (a sedução infantil); (2) o parceiro obrigatório da sedução, que é o *adulto*; (3) o encadeamento de cenas e, por fim; (4) a passividade da criança em relação ao adulto. Além desses quatro elementos, para o autor, também é possível ler a TSR segundo três registros: o temporal, o tópico e o "tradutivo". Segue uma breve retomada da TSR em seus quatro elementos e seus três registros.

O primeiro dos elementos refere-se às cenas da experiência sexual prematura que, pela TSR, teriam ocorrido de fato e pelo processo analítico poderiam ser reencontradas. São

cenas que, segundo a teoria, remetem sempre a outras mais antigas, supondo sempre uma primeira experiência sexual infantil prematura que tenha ocorrido, a qual, para Laplanche (1992b), surpreende a criança em um estado infantil das funções psíquicas, bem como do seu sistema sexual (dito pré-sexual, por Freud, 1896d/1986), cuja defasagem é o terreno do trauma (trauma no sentido do adulto, o aparecimento daquilo para o qual o sujeito não está preparado). Trata-se, portanto, do "pré-sexual", ou seja, "um 'pré', um 'antes' tanto absoluto quanto relativo: o que vem 'antes' de um certo tipo de compreensão possível; e há vários 'pré-sexuais' possíveis, correspondendo a diferentes etapas da evolução infantil." (p. 115).

O segundo elemento destacado por Laplanche (1992b) é o do parceiro da experiência de sedução, que em Freud é sempre um adulto e sempre perverso. De fato, para Freud (1896b/1986), raramente a sedução infantil ocorre entre duas crianças ou dois adolescentes, e mesmo quando ocorre, ela já está substituindo uma primeira que ocorreu com um adulto. A perversão do adulto de que trata Freud aí é aquela mesma que alguns anos depois ele desenvolveu nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905/1986), em que o adulto sedutor é um pedófilo (desviante quanto ao objeto) e, assim, procurando obter satisfação sexual com crianças, é provável que não se preocupe com matizes nesse intento (desviante quanto à meta). Evidencia-se aí, portanto, para Laplanche (1992b), o caráter "grotesco" da cena, considerando-se a desigualdade dos envolvidos – a criança e o adulto. O autor ainda pontua que se trata aí do adulto tal como aquele que Freud acreditou até a famosa carta de setembro de 1897 – "Não acredito mais em minha *neurótica*" (1897/1986, p. 309) – ser o pai da histérica.

O terceiro elemento é o encadeamento das cenas. A sedução se dá sempre em várias cenas que se sucedem no tempo. Atrás de uma cena se encontra outra, e uma outra, e uma outra, até uma cena originária. Foi justamente a impossibilidade de encontrar essa cena originária – que é bastante debatida por Laplanche, especialmente em "O inconsciente e o Id" (1992c) – um dos motivos que culminaram, para o autor, no abandono da teoria por Freud em 1897.

O quarto e último elemento, a passividade essencial da criança, é o que define a própria sedução. Laplanche (1992b) destaca que é sempre o adulto que toma a iniciativa nas cenas descritas por Freud e a sedução é sempre "agressão, irrupção, instrução, violência" (p. 117). Sabemos que para Freud (1896d/1986), há aqui uma oposição entre histeria e neurose obsessiva. Enquanto na primeira a sedução é uma experiência vivida passivamente, na segunda não há só a passividade sexual, mas também a agressão praticada com prazer. Não obstante, para o autor, em toda atividade há uma passividade que a funda. O que Laplanche

(1992b) acrescenta é que, para ele, em toda passividade há também uma atividade, pois se pergunta: “Afinal, quem seduz quem?”; Logo, o que o autor nota é que, se para Freud (1896d/1986) a repetição, no caso da neurose obsessiva, é ativa, é porque ela decorre de uma experiência sexual prematura – portanto, traumática – e não propriamente da passividade fundante, no sentido em que ele, Laplanche, a entende. Para Freud, não é a passividade algo fundante, mas a experiência vivida passivamente é também vivida ativamente pela criança no caso da neurose obsessiva por meio da agressão praticada com prazer. De qualquer forma, o que Laplanche (1992b) aceita de Freud é que a atividade é própria de um movimento de retorno à experiência de sedução, pois o autor chega mesmo a escrever: “... quanto mais avançarmos no tempo, mais o sujeito é ativo e mais volta aos mesmos lugares, físicos e psíquicos, para reviver, para reelaborar o trauma” (p. 119), de modo que, para o autor, atividade significa justamente esse reviver, essa reelaboração da situação de passividade fundante – a experiência traumática.

Além desses quatro elementos, Laplanche (1992b) fala, como anunciado há pouco, que essa teoria pode ser compreendida segundo três registros: o temporal, o tópico e o “tradutivo”.

O aspecto temporal refere-se ao trauma em dois tempos, ou a chamada teoria do *après-coup* (*nachträglich*). Nesta, o registro no inconsciente exige dois tempos para a inscrição. O primeiro tempo é o do terror, um tempo em que o sujeito é confrontado a uma ação sexual que é altamente significativa, mas para a qual ele não está preparado, portanto, não pode assimilá-la. Assim, nesse primeiro tempo, a lembrança em si não é patógena nem traumatizante, só se tornará assim num segundo tempo do trauma, em que uma segunda cena entra em ressonância associativa com a primeira. Daí em diante, é a própria lembrança que funciona como fonte de energia traumática em si. Assim, Laplanche (1992b) diz que a patogenia ou traumatismo se dá justamente porque o trauma, reativado pela lembrança, se torna autotrauma. Na ausência de uma elaboração normal ocorre o que Freud (1896a/1986) chama de defesa patológica, ou seja, o recalcamento. Daí a importância do segundo aspecto – o tópico.

Por estar despreparado na ocasião do primeiro ataque, o indivíduo consegue apenas bloquear o inimigo no lugar, ou seja, exercer uma espécie de recobrimento da lembrança como que por uma membrana, sem, no entanto, recalcá-la. É no segundo tempo do trauma que o indivíduo, por estar mais bem preparado, promove o enfrentamento, realizando um contra-ataque. A noção de Eu e seus contornos aparecem então como fundamentais aqui, pois, embora Freud não os tenha desenvolvido tão bem, é em torno desse algo externo interiorizado

que se constituirá o Eu. Ribeiro (1996), pesquisador da TSG, quando em um de seus artigos apresenta alguns dos fundamentos da TSG, comenta que sobressai na tópica justamente a ideia de um ataque interno por um "objeto" inicialmente externo ao Eu, "concepção tópica em que o inconsciente só poderia ser proveniente do outro e apreendido como uma espécie de resto de sedução deixado pelo metabolismo egoico" (p. 51). Com isto, o Eu sofreria uma espécie de ataque interno autotraumatizante.

O terceiro registro, o tradutivo, é distinto do linguístico e refere-se especialmente à carta de Freud a Fliess de seis de dezembro de 1896 (Carta 52, na edição usada aqui). O encadeamento das cenas estaria relacionado a uma reinscrição e a uma tradução. O recalcamento é colocado como uma falha no processo de tradução. A cena seguinte traduz, até certo ponto, a cena anterior, e o que não é traduzido torna-se recalcado.

Essa teoria da sedução, desenvolvida por Freud até 1897 (Carta 69, na edição usada aqui), já mostrava um modelo bastante sólido para explicar o funcionamento psíquico, esboçando as noções de ego e teoria tradutiva; porém foi abandonada por ele e entrou num momento em que Laplanche (1992b) entende que ela fica "recalcada". Do ponto de vista da factualidade, Freud, considerando estatisticamente um número inadmissível de pais perversos para suas histéricas, vê como saída reconhecer que cometera um erro básico. As cenas de sedução que supostamente estariam na origem da histeria não eram seduções reais, mas fantasias de sedução por parte da histérica. Era estatisticamente inadmissível que todos os pais das histéricas fossem perversos. Ademais, por outro lado, se toda sedução remete a uma anterior, qual seria a sedução originária? E ela, não remeteria a mais nenhuma? O recalcamento originário que a própria sedução explicaria cai por terra. Freud (1897/1986) então declara que não acredita mais em sua teoria das neuroses.

II.1.2 Período de recalcamento da teoria da sedução

Esse período de recalcamento da teoria da sedução corresponde ao período entre o abandono da teoria por Freud, em 1897, e se mantém até 1964/1967. É o período em que Laplanche (1992b) acredita que a teoria da sedução freudiana, exceto pelo trabalho "Confusão de línguas entre a criança e o adulto", de Ferenczi, não progride. Já quanto à factualidade da sedução houve algum progresso para Laplanche, e é a ela que ele se refere com o termo *sedução precoce.*

Para o Laplanche (1992b), nesse período o pai perverso freudiano cede lugar à mãe, essencial na relação pré-edipiana, pois a sedução ocorre precocemente nos cuidados corporais dispensados por ela para com a criança. A factualidade da sedução estaria nos cuidados

higiênicos dispensados pela mãe, que despertam pela primeira vez na criança sensações de prazer no órgão genital; mas Freud não avança mais, não reconhece essa teoria, deixa de estendê-la à sexualidade em geral, de colocar em jogo o inconsciente da mãe. Deixa de conceber a teoria da sedução enquanto generalizada a todo ser humano, assim como fará Laplanche por meio da noção de *sedução originária*. Ao invés disso, o que faz Freud, segundo Laplanche (1992b), é atribuir a origem da fantasia ao biológico, ao instintivo, à autoconservação[20].

II.1.3 Teoria da Sedução Originária

Tudo o que neste trabalho será doravante exposto a propósito da TSG, de certa forma circula em torno do que pode ser caracterizado como a *situação antropológica fundamental*. Trata-se de uma importante noção da TSG que fala da origem do inconsciente e, com ele, da origem da atividade psíquica. Resume o esforço do adulto, e depois da criança, em teorizar as mensagens enigmáticas advindas do outro. Em vez da factualidade da cena originária, fala da efetividade da sedução. Pela impossibilidade de traduzir a excitação, é a imersão da criança no mundo adulto que, independentemente do atentado sexual, torna o evento traumático. Desta forma, Laplanche (1992b) concebe sua teoria generalizando a sedução como necessária à constituição do psiquismo humano.

Naturalmente – já o dissemos – a situação de sedução comporta para Laplanche (1992b) sempre atividade e passividade; mas a atividade origina-se de uma experiência de passividade. Apoiado em uma reflexão filosófica, o autor concebeu aquela que, segundo ele, é a situação de sedução originária, ou seja, a primeira experiência de sedução, que testemunha a passividade da criança no confronto com o mundo adulto. O autor encontrou em Leibniz (1714/2009), quando fala de Deus e sua criatura, que "a criatura age exteriormente na medida em que possui perfeição; e que padece de uma outra na medida em que é imperfeita." (p. 34); e logo em seguida: "E uma criatura é mais perfeita do que outra quando nela se encontra aquilo que proporciona a razão *a priori* do que se passa na outra, e por isso se diz que ela age sobre a outra." (p. 34). Para Laplanche, então, a passividade da criança consiste no fato de que esta é "menos perfeita" que o adulto, pois não detém o domínio daquilo que vem do adulto, não está preparada para isso.

[20] A esse propósito ver "Freud e a Sexualidade: o desvio biologizante" (Laplanche, 1997b).

A partir do binômio freudiano atividade-passividade, Laplanche (1992b) procura, a partir do que já havia sido colocado por Ferenczi[21], reposicionar a situação originária, ou seja, a situação de confrontação da criança com o mundo adulto. Para ele, o indivíduo se torna humano nesta confrontação com o mundo adulto. Diferentemente daquela confrontação em que a criança precisa aprender a caminhar, assinala o autor, há uma confrontação com o mundo das mensagens, que questiona a criança antes que ela possa compreender e para as quais precisa dar sentido e respostas.

A passividade da criança, neste sentido, está ligada à ideia de que o psiquismo dos adultos é mais "rico" que o da criança; ele dispõe de condições para traduzir as mensagens. Só não é mais perfeito, em referência à citação de Leibniz, porque essa "riqueza" do psiquismo do adulto também é imperfeita, pois está constituída das mensagens traduzidas, mas também das recalcadas, logo, das que carecem de tradução. Aliás, é essa imperfeição que faz das mensagens significantes sexuais inconscientes para os quais, portanto, se o próprio adulto não tem respostas, muito menos a criança. Toda essa situação é o que Laplanche (1988a) designa como *sedução originária*, qualificando-a como "esta situação fundamental na qual o adulto propõe à criança significantes não verbais, tanto quanto verbais, e até comportamentais, impregnados de significações sexuais inconscientes" (p. 119).

Esses significantes sexuais inconscientes são designados como *significantes enigmáticos*, tal como é, por exemplo, o próprio seio. Laplanche, por diversas vezes, toma o exemplo do seio como forma de ilustrar os significantes enigmáticos. Aparentemente, o seio é um órgão natural de lactação, mas é inegável que ele carregue consigo também um investimento sexual e inconsciente por parte da lactante. Se o seio é, por um lado, um órgão para prover a alimentação da criança, por exemplo, por outro é parte integrante da vida sexual da mulher, pois é uma zona erógena para ela. É esse *a mais* de significação que, circulando no exercício da lactação, propõe à criança enigmas sobre os quais ela precisa teorizar: "Que quer de mim este seio que me alimenta, mas que também me excita? Que me excita se excitando? Que quer ele me dizer que ele mesmo não sabe?" (Laplanche, 1988a, p. 79).

Assim, a situação de sedução originária contém elementos que não necessariamente implicam em um "atentado sexual" em si, como na teoria da sedução freudiana. A exposição ao coito entre os pais já é suficientemente sedutora neste sentido da sedução originária de Laplanche, pois remete a criança para significantes enigmáticos, obscuros, que os próprios pais não assimilaram totalmente.

[21] Referência ao artigo "Confusões de línguas entre o adulto e a criança".

Assim, a situação de sedução originária envolve todo um conjunto de significados e de comunicações para os quais a criança não está preparada. De todos os lados chegam mensagens, transbordando a capacidade de compreensão e controle da criança; mensagens que não necessariamente são verbais, mas que das quais a criança não possui o código para decifrá-las. Questão é que também o adulto desconhece o código. São mensagens altamente carregadas de significados inconscientes e sexuais, das quais ele próprio consegue compreendê-las totalmente, algo sempre resta a traduzir. Por isso a criança é levada a experimentar um *a mais* em todo o mundo do adulto com que é confrontada. Logo, no exemplo do seio, a experiência do mamar "contém" o inconsciente sexual materno, atuando de forma a exigir da criança uma tradução que a própria mãe não detém em sentido pleno.

A criança, então, passa a empreender um movimento de teorização, de tradução das mensagens enigmáticas, levando ao que Freud (1905/1986) denominava teorias sexuais infantis. Aqui cabe alguma referência à teoria do apoio, de Freud, segundo a qual a pulsão inicialmente se apoia sobre a função de autoconservação; mas para Laplanche (1988a), "a única verdade do apoio é a sedução originária." (p. 80). É justamente porque os cuidados autoconservativos do adulto estão carregados de mensagens enigmáticas que se produz nas zonas erógenas "o movimento de clivagem e de deriva que leva eventualmente à atividade autoerótica" (p. 80).

Esse movimento de entrada e recalcamento consiste no que Laplanche (1992c) discute a propósito da origem do inconsciente. Para isso, o que ele chamou de recalcamento originário deve ser proposto e descrito em dois tempos: um tempo em que esses significantes enigmáticos são implantados sem que haja ainda a clivagem do psiquismo (inconsciente/pré-consciente-consciente) – portanto, na origem de qualquer psiquismo – e um tempo em que, *après-coup*, eles sofrem uma espécie de reatualização e reativação destes significantes que se tornam, "doravante, atacantes-internos, e que a criança deverá tentar ligar." (Laplanche, 1988a, p. 80).

Sabe-se que o trauma é uma excitação que o sujeito não está preparado para dominar. Pode-se dizer, neste sentido, que ele é próprio da *cena primitiva*, na medida em que há aí uma exposição da criança à excitação e ao abandono materno. Essa excitação a invade em um momento em que não há preparação suficiente pra ela: "É a juventude do eu diante da excitação, acedendo cedo demais à vida amorosa dos pais." (Ramos, 2008, p. 181). Na teoria do *après-coup* o trauma ocorre em dois tempos. O primeiro tempo, em que o sujeito se encontra passivo, é o da inscrição dos significantes enigmáticos, quando ainda não há separação tópica entre inconsciente, pré-consciente e consciente. Esse é o tempo em que a

mensagem fica aí como que em estado de latência, de espera, ou, para Freud, de sexual/pré-sexual. O segundo tempo é o da reativação desses significantes, quando a criança já pode traduzi-los, ao menos em parte. O que no vocabulário freudiano é chamado de teorias sexuais infantis é o que Laplanche (1988a) aponta como a tentativa da criança de "ligar para simbolizar os significantes perigosos e traumatizantes." (p. 80); contudo, esta tentativa é falha em parte, conduzindo ao recalcamento desse restante como o nãotraduzível, que dará origem ao Id ou, na linguagem laplancheana, aos objetos-fontes da pulsão.

Isto caracteriza a pulsão como representações-coisa recalcadas, ou, como o próprio Laplanche (1988a) nomeia, "objetos-fontes recalcados sobre o corpo" (p. 80), dada a sua relação com o corpo e com as zonas erógenas. As zonas erógenas participam nesse processo como precipitadoras e organizadoras das fantasias; portanto o fracasso da tradução conduz ao recalcamento de um resto, o nãotraduzível, que doravante se tornará atacante interno, ou seja, os objetos-fonte da pulsão.

Laplanche (1988a), ao falar da *Pulsão e seu objeto-fonte*, descreveu alguns pontos tidos como requisitos da experiência prática aos quais todo conceito de pulsão deve obedecer. O primeiro deles é o determinismo psíquico, um determinismo causalista, "que nos torna estranhos a nós mesmo e nos aliena num Id" (p. 76). O segundo é "que as causas que a psicanálise busca e descobre são da ordem da representação" (p. 74), com determinações inconscientes. O terceiro, "que essas representações têm em grande parte relação com os processos corporais, que se organizam em torno do corpo, desta ou daquela de suas zonas ou de suas funções" (p. 74); por fim, o quarto é que o conceito de pulsão deve "explicar os fenômenos de deslocamento" (p. 74), os quais não podem ser negados nem levados ao absoluto. Comentando esses requisitos, Laplanche compreende que Freud tentou fazer uma espécie de síntese ou compromisso entre fisicalismo e biologismo, contudo o resultado foi pouco satisfatório. O que autor propõe então é um modelo baseado na *sedução* e *recalcamento originário.* Se em Freud há apenas uma precessão (a dos estímulos endógenos somáticos), para Laplanche (1988a) deve-se pensar em pelo menos duas: (a) o pré-requisito de um organismo voltado à homeostase, "com funções biológicas e biopsicológicas visando à manutenção do organismo" (p. 78); e (b) o mundo cultural adulto, onde a criança é surpreendida com significados e comunicações não somente verbais, mas também gestuais, táteis, ou seja, os *significantes enigmáticos* (enigmáticos porque o próprio adulto não possui o código de decifração e por que estão carregados de significados inconscientes e sexuais a que a criança possui meios inadequados de responder).

Assim, esses significantes tornar-se-ão, doravante, objetos-fonte, interiorizados, introjetados. O que era apenas autoconservação destaca-se agora como mensagem enigmática "carregada de um prazer em si mesmo ignorado e de impossível circunscrição" (Laplanche, 1988a, p. 79).

Na visão de Laplanche (1988a), para Freud, é necessário que tudo encontre seu ponto de partida na percepção, na imagem – realmente percebida ou apenas fantasiada – que é uma imagem sem falhas. Já para ele (Laplanche) essa experiência da sedução originária, a que gera o trauma interno, não instala o desejo pela perda da imagem sem falhas, mas por estar em uma condição de extrema passividade diante de algo que a criança não pode dominar, "na medida em que há uma inadequação fundamental da sua compreensão à mensagem proposta" (p. 90).

O enigma, noção fundamental na teorização laplancheana, é aquilo que transcende os limites da experiência possível, aquilo que se mantém na criança como o intraduzível. Como fala o autor, o recalcado será apenas eco, resto, resíduo deste intraduzível que é interno à própria mensagem. Isto é colocado por Laplanche como a transcendência (não se esgota em si) da situação originária, pois, segundo ele, pode ser transportada, traduzida, transferida, mas jamais completamente realizada. Como, então, o recalcamento funciona aí?

A TSG, como já pontuado, comporta dois tempos do traumatismo. No tempo do terror, ou o primeiro tempo do trauma, há a confrontação de um sujeito não preparado com uma mensagem, sexual, que é altamente significativa, mas cuja significação não pode ser assimilada. Assim, deixada em espera, a mensagem não é patógena nem traumática, só o será no segundo tempo, por sua revivescência, quando uma segunda cena se associar à primeira. O trauma, por si só não é patógeno, somente será quando, por sua revivescência, tornar-se fonte de energia traumatizante. Assim, não é o trauma em si patógeno, mas lembrança. O que é interessante, no entanto, é que, dadas as novas possibilidades de lidar com ela, é a cena primeira que funciona como fonte de energia libidinal interna, portanto, autotraumatizante, e não a segunda cena, pois com esta já é possível lidar. A fonte de energia libidinal interna autotraumatizante culmina no recalcamento. Destarte, Laplanche conclui que é a mãe que passa a ser essencial na relação dita "pré-edipiana", e não o pai, como em Freud, pois é com ela que se dão os primeiros cuidados corporais à criança. A criança, neste sentido, suporta a intromissão da mãe, pois é imperfeita – no sentido de Leibniz (1714/2009) –, portanto precisa disto.

O que é preciso assinalar é que esta linguagem primeira entre mãe e filho, que Ferenczi denomina "linguagem da paixão", só é traumatizante para a criança porque carrega "um sentido 'de si mesmo ignorado', isto é, que manifesta a presença do inconsciente

parental" (p. 118). A passividade da criança reside apenas no fato de que o adulto tem um psiquismo mais rico que o da criança, fazendo originar um inconsciente ali onde isso ainda não existia.

Feitas estas colocações sobre a TSG, há ainda um ponto sobre as pulsões em Laplanche que parece importante apresentar aqui. Trata-se do fato de que, para ele, as pulsões – sejam elas de morte ou de vida – são sempre sexuais, haja vista que em ambas[22] os objetos-fonte da pulsão serão sempre implantados do outro. O que as diferencia é que uma, na de morte, a pulsão é sempre excitante e mesmo destruidora, enquanto na outra, na de vida, a pulsão se introduz por uma tendência a unificar e a sintetizar, presente pela própria apresentação dos objetos-fonte (a pulsão passa a ligar-se a algo).

Embora isso seja, no que tange às pulsões, um pouco diferente das ideias de Freud (1920/1986), há um aspecto conservado por Laplanche que merece ser mencionado. Trata-se da ideia de energia ligada (processo secundário) e energia livre (processo primário), ou do que é simbolizado e não simbolizado. O que Laplanche nos propõe é pensar que quanto mais um afeto é qualificado, ou seja, quanto mais se liga a algo, menor será sua mobilidade e ele mais estará regido pelo processo secundário. Assim, quanto menos qualificado, tão mais desligado, muito mais próximo de um funcionamento pelo processo primário.

O que vai ficando claro, então, é que todo o processo do trauma, toda a teoria da sedução, para Laplanche, situa-se num jogo do *après-coup*, no que ele chama de uma sucessão de traduções. O que é implantado se situa como mensagem enigmática, carente de tradução; mas uma mensagem que, como diz Ramos (2008), é "sexual, excessiva e faltante ao mesmo tempo, é um saber, como presença, como excitação, como pressão para a metabolização-tradução, mas é também uma falta, uma falta (de) saber pelo que tem de indecifrável." (p. 259). Aquilo que a criança não consegue compreender, que excede à sua possibilidade de traduzir, permanece como saldo a traduzir. Esse momento é vivido pela criança de forma passiva, e o é na medida em que é "imperfeita" em relação ao outro, dada a desigualdade de condições para compreender a mensagem, se comparada ao adulto[23].

Apresentamos nesta subseção a TSG. É chegado agora o momento de discutir o único modelo encontrado de compreensão das manifestações psicossomáticas a partir dela.

---

[22] Ambas ou apenas Pulsão, no singular, afinal, elas se reduzem a uma só – Pulsão sexual. O que há, para Laplanche (1988a), é apenas "uma dicotomia interna à pulsão sexual." (Laplanche, 1988a, p. 81).

[23] Lembremos aqui de Leibniz (1714/2009).

Encontramo-lo em Dejours, especialmente em um de seus trabalhos, o livro *Le corps, d'abord*, publicado em 2001. Vejamos como esse autor desenvolveu suas hipóteses.

II.2 A psicossomática segundo Dejours e a TSG

Dejours (2001) parte de uma ideia por ele divulgada em 1986[24] segundo a qual é preciso admitir que "vivemos simultaneamente em dois corpos, respectivamente, o corpo biológico e o corpo 'erótico'" (p. 10); e que, contrariamente ao que se possa supor, não há continuidade do corpo biológico ao corpo erótico; o que existe, ao contrário, é uma ruptura, como deve ficar claro até o final desta subseção. O processo pelo qual o corpo erótico rompe com o corpo biológico se dá, assim, por meio do que o autor chama de subversão libidinal. O que acontece neste processo é que os comportamentos inatos são postos a serviço do corpo erótico, mediados pelo processo da subversão libidinal. É com isto que, segundo o autor, o homem deixa de ser animal, tornando-se, pelo processo da subversão libidinal, não natural.

O conceito de subversão libidinal proposto pelo autor está ligado a uma operação que Freud (1905/1986) descreve como apoio[25] da pulsão sobre a função biológica. Para Dejours (2001), o apoio funciona como uma subversão do biológico ao erótico. Embora o órgão (o que se conhece por zonas erógenas) seja o intermediário necessário, para ele, é a função que é subvertida (este ponto será mais bem discutido adiante). Essas zonas erógenas são gradativamente subvertidas em favor da vida erótica, promovendo certa emancipação do sujeito de um funcionamento biológico em direção a um funcionamento pelo corpo erótico. Com isto, a sexualidade passa a governar os ritmos biológicos. Como exemplos disso o autor cita o não seguir do ciclo menstrual, ou ainda, o não interromper da relação sexual na menopausa. Assim, fala: "graças ao apoio, o registro do desejo instaura seu primado sobre a necessidade; a pulsão surge parcialmente do instinto.". Todavia, como lembra o autor (e, novamente, esse é um aspecto que parece remeter à TSG): "esse movimento de colonização subversiva do corpo fisiológico mantém sempre um caráter inacabado" (p. 17) e, inclusive, está sujeito a um movimento contraevolutivo, ou seja, de "desapoio" (lembre aqui Marty, 2001) ou, podemos dizer, de um movimento inverso ao da subversão da função à vida erótica.

---

[24] Refere-se ao livro "Le corps entre biologie et psychanalyse", publicado em 1986 pela editora Payot em Paris. Segundo o autor, o livro que utilizamos, "Le corps d'abord", publicado em 2001, é uma espécie de versão reformulada desse outro, também de sua autoria, justificada pela atualidade de se pensar as relações entre inconsciente e enfermidades do corpo.

[25] Cf. capítulo I.

Essa proposta de Dejours (2001) acompanha a TSG, pois, para ele, o corpo erótico passa a existir quando os cuidados fornecidos pelos pais entram em cena. O funcionamento psíquico dos pais (seus fantasmas, sua sexualidade, sua história, sua neurose infantil, nas palavras do autor) introduz na criança as marcas de seu inconsciente, algo bem próximo do que Laplanche (2002/2007) desenvolve com a ideia da situação antropológica fundamental. A principal característica dessa situação, que permite a emergência de um corpo erótico, segundo o autor, consiste em uma relação entre uma criança e um outro (o adulto) cujo inconsciente sexual a invade. A subversão, tal como proposta por Dejours, faz com que parte da energia destinada aos ritmos biológicos seja conduzida para fins eróticos, o que, até certo ponto, alivia a economia somática, evitando somatizações.

Vale aqui destacar um ponto importante observado por Dejours (2001) em relação às somatizações. Para ele, nas somatizações, mesmo em psicossomática, há uma escolha, ou seja, a enfermidade do órgão não é aleatória. Há quatro argumentos com os quais defende esta ideia: (1) não há como falar de somatização se por este termo for entendida a passagem de um estado inicial psíquico para um estado final psíquico; (2) qualquer moção pulsional é sempre endereçada ao outro, portanto, ela nunca deve ser considerada solipsista; (3) não há como falar de intersubjetividade sem que tenha havido mobilização do corpo (isso é o que o autor desenvolve como o nome de *Agir Expressivo*). (4) há um dualismo entre pulsões de vida e pulsões de morte, mesmo considerando-se a unidade pulsional proposta por Laplanche (1985) – pulsão sexual de vida e de morte.

Se, como já foi dito, é por meio da relação com os pais no cuidado corporal da criança que o processo de subversão se concretiza, por outro lado, na visão de Dejours, é a falha desse processo que leva à exclusão da função (ou proibição) da ordem erótica. Ao invés da subversão libidinal, tem-se uma falha nesse processo – uma proibição, uma exclusão da função. Trata-se, do ponto de vista clínico, do corpo imóvel, sem expressão erótica. É por este motivo que, para Dejours, não há como negar que a descompensação somática, qualquer que seja ela, contém uma "escolha". O órgão escolhido, neste sentido, não é qualquer um, é aquele cuja função foi excluída da subversão libidinal. Por outro lado, no caso da escolha inconsciente (quando ocorre o processo de subversão), o órgão está ligado ao investimento parental que culminou na subversão libidinal da função biológica. Desta forma, a descompensação somática (psicossomática) ocorre quando o outro obriga à mobilização erótica de uma função que está excluída (proibida) dela (está proibida/excluída da subversão). Se não houve erotização da função, então em seu lugar só há uma violenta oposição àquele que provocou a desordem; mas o que ocorre no caso da somatização é que esta violência está

inclusive impedida pela inibição (gerada pelos impasses[26] da relação com os pais na situação antropológica fundamental que culminaram na proibição/exclusão da função subvertida), fazendo com que o sujeito a somatize. A inibição, neste sentido, é o que impede a violência de se tornar uma passagem ao ato, fazendo dela, ao invés disso, uma produção somática (em vez de ir ao ato, o sujeito o somatiza).

Lembrando-se da concepção martyniana, já discutida neste trabalho[27], Dejours (2001) fala que sempre há uma participação do corpo no processo de ligação intrapsíquica da excitação e do traumatismo que culmina na ideia de "mentalização", tal como formulada por essa concepção teórica. Para ele, essa formulação teórica tem relação com sua segunda argumentação – aquela em que considera que toda moção pulsional é sempre endereçada ao outro. Quanto a isso, utiliza-se do conceito *Agir Expressivo*[28] para fazer referência à expressividade da manifestação do corpo. Para ele, o agir expressivo, neste sentido, abre caminho à representação, permitindo a elaboração e a simbolização. Pode-se dizer, na concepção de Dejours (2001), que ele se opõe ao agir compulsivo (o da passagem ao ato ou da somatização), pois é por meio dele que o corpo é levado à significação, ou seja, "a serviço do ato de significar aos outros o 'eu'. [...] O discurso da 'corpo' ao corpo..." (p. 37). Para o autor, o agir expressivo contribui com o que é dito, conjugando sentido.

Este trabalho de representação/simbolização realiza-se, segundo Dejours, pelo sonho. O sonho permite – seguindo o autor as colocações de Freud – a realização de um desejo inconsciente, mas com ele vem também o recalcamento dos pensamentos latentes. Os pensamentos que na véspera foram colocados em estado de latência são recalcados com o sonho, uma vez que são ligados ao inconsciente recalcado. É neste sentido que Dejours afirma por diversas vezes em seu livro que o sonho não só realiza um retorno do recalcado, mas também exerce o recalcamento dos pensamentos da véspera que entram em associação com o recalcado, enriquecendo, assim, o inconsciente recalcado.

---

[26] Esses impasses se referem à violência com que os pais reagem diante da curiosidade da criança, de seu interesse pela cena primitiva, das respostas e dos não ditos dos pais quanto à sua própria sexualidade, calando-a nas suas elaborações das teorias sexuais infantis.

[27] Cf. capítulo I, subseção I.3.1: *A psicossomática da IPSO...*

[28] Esta conceito foi também encontrada em um outro livro de Dejours (2005) "O fator humano", publicado originalmente em 1997. Lá, diz que o agir expressivo "é constituído pelas formas através das quais a ação deve ser posta em cena para que sua legitimidade e sua justificação possam ser compreendidas pelo outro. O agir expressivo está ligado à dimensão intersubjetiva, inerente a toda ação. A ação, com efeito, não se conjuga no singular. Por essência, não é solipsista." (p. 68) Também aí afirma que a noção é derivada dos trabalhos do sociólogo Erwing Goffman e de sua teoria da representação do eu na vida cotidiana (Goffman, 1973 citado por Dejours, 2005), onde se encontra, segundo Dejours, que "toda ação, para ser racional, deve passar por uma dramaturgia adequada, em função do lugar, do tempo e do contexto cultural, social e histórico da ação" (p. 69).

A esse respeito Dejours trabalha com a ideia de que na vigília não haveria recalcamento (este incide sobre o pensamento, ou seja, sobre a ligação entre duas representações, e não sobre a representação em si ou sobre o afeto), apenas o colocar em estado de latência. O recalcamento (recalcamento secundário) somente ocorre no sonho. Assim, mais que testemunha, o sonho é arquiteto do inconsciente isto é, o sujeito evolui a partir dele. Assim, o autor entende que o recalcamento, no sonho, constrói a memória inconsciente, ou seja, enriquece o inconsciente secundário. Assim, ele cria novas cadeias associativas: "*trata a angústia ligando a excitação*." (Dejours, 2001, p. 59 [Grifos do autor]). O recalcamento, portanto, incide sobre o pensamento, sobre as associações que são feitas entre as ideias: tanto as constituídas por palavras (processo secundário – pré-consciente) quanto por coisas (pensamento não verbal / processo primário – inconsciente).

Continuando essa exposição sobre o recalcamento, o autor fala de algumas alternativas ao recalcamento, ou seja, refere-se àqueles casos em que o Eu não consegue pensar. É o caso, por exemplo, para ele, da narcolepsia, da epilepsia e da passagem ao ato.

Nestes três casos as saídas para o confronto com a realidade embaraçosa para o Eu são sempre alternativas ao recalcamento. Na neurose, o pensamento ligado à percepção embaraçosa seria posto em estado de latência e os sonhos teriam, então, a incumbência de recalcá-lo; já na narcolepsia, o que ocorre, no entendimento do autor, é uma excessiva utilização do recalcamento sem que antes o pensamento tenha sido posto em estado de latência. Sua hipótese é que há uma falha no pré-consciente. No caso da epilepsia, o mecanismo de ação utilizado parece ser, segundo o autor, o da substituição do recalcamento pelo apagamento do traço de memória relativo à percepção rejeitada. Sem que precisemos nos deter muito nos detalhes dessas hipóteses construídas pelo autor, o que parece comum entre as duas é que elas se apresentam como maneiras de lidar com a percepção não congruente com o Eu.

Ainda sobre os sonhos, o autor traz a questão do orgasmo, tomando-o como polo oposto do sonho. Conduz à hipótese de que se o sonho leva à simbolização, o orgasmo, diferentemente, leva à desconstrução. O sonho leva à subversão libidinal do órgão, contudo, para Dejours (2001), na origem do ato sexual, se pode dizer que "há uma montagem fantasmática, das representações mentais, dos pensamentos e ideias que, diferentemente do que se passa pelo sonho, não são colocados em estado de latência e em seguida recalcados" (p. 75). Ao invés de recalcados, o autor assinala que eles são descarregados em direção ao sensório-motor, terminando no orgasmo. Assim é que ele conclui que é oposto ao sonho, pois a dissolução do pensamento latente se satisfaz no orgasmo, ao invés de enriquecer a atividade

psíquica sendo recalcado. Por fim, o autor chega a se perguntar se toda atividade psíquica não corresponderia a um movimento entre esses dois polos – sonho e orgasmo, construção e desconstrução.

Como parte das contribuições desse autor destaca-se a chamada terceira tópica ou tópica da clivagem. Ela registra uma tentativa do autor de responder ao problema teórico de conceber, dentro da segunda tópica freudiana, a dinâmica de funcionamento psíquico dos pacientes, a qual, segundo ele, impõe dificuldade ou impossibilidade de se proceder pela psicanálise a uma interpretação dos seus discursos em termos de conflitos. Dejours inclui claramente entre esses pacientes os psicossomáticos, objeto de estudo desta dissertação.

II.2.1 A terceira tópica ou tópica da clivagem

Para justificar do novo modelo tópico do aparelho psíquico Dejours (2001) faz referência às consequências teóricas da tese defendida pelos psicossomatistas ligados ao grupo liderado por Pierre Marty. Como debatido neste trabalho[29], os estudos desse grupo adotam o ponto de vista econômico da teoria freudiana. Para Dejours, a partir da adoção desse ponto de vista os psicossomatistas foram levados a considerar o analista, na terapêutica com o paciente psicossomático, como uma espécie de "para-excitações", na medida em que propõe intervenções que contribuem para uma descarga não traumática do excesso de excitação. Segundo Dejours, o analista, agindo assim, seria aquele que propõe representações que o sujeito está incapacitado de produzir por si só. Tais representações conteriam as excitações e ao mesmo tempo estimulariam as zonas ativadoras da vida psíquica (lembre-se aqui Fain, 1981, e a seu conceito *Zona de sensibilidade do inconsciente*). Dada a fantasmatização demasiadamente frágil desses pacientes, a interpretação que Dejours faz desta concepção teórica toma o analista como aquele que, ao induzir um traumatismo, força o desenvolvimento de uma trama simbólica mais rica.

Baseado nessa teoria explicativa, no fato de que se trata de pacientes cujo material de análise (suas manifestações somáticas) não se traduz em termos de conflitos e no fato de que, em Freud, o conflito psíquico é somente compreendido por meio do modelo tópico (em Freud, as instâncias tópicas necessariamente dependem de um desenvolvimento psíquico), Dejours viu a necessidade de propor um terceiro modelo tópico que sucede ao freudiano. O autor entende que, se for a diferenciação tópica entre inconsciente e pré-consciente aquilo que marca a origem da vida psíquica, como propõe Freud (1915/1986), então os pacientes

[29] Ver capítulo I, subseção I.3.1: *A psicossomática da IPSO ...*

excluídos de qualquer possibilidade de interpretação pela via dos conflitos psíquicos, como é o caso dos pacientes psicossomáticos – ao menos aqueles aos quais Dejours se referiu como caracteriopatas[30] e psicóticos –, só têm condições de serem compreendidos por uma espécie de negativo do conflito psíquico, ou seja, pela ausência de representação ou incompetência destas em relação à neurose. Sendo assim, de que forma conceber suas manifestações na tópica?

O modelo que Dejours propõe, então, parte do modelo freudiano, mas procura nele incluir os pacientes "ausentes de conflitos". Ele parte daquilo que já sabemos de Freud (1915/1986), ou seja, que só se conhece as relações entre inconsciente, pré-consciente e consciente através dos retornos do recalcado. Lembra também Dejours que, para Freud (1915/1986), o inconsciente (2ª camada) parte do soma (1ª camada), assim como o pré-consciente (3ª camada) e a consciência (4ª camada) se formam por diferenciações do inconsciente. Entre cada uma dessas camadas – lembra ele – existem barreiras de censura que, exceto entre soma e inconsciente, permitem alguma troca entre elas.

Baseado na experiência clínica, Dejours parte destas quatro camadas e do pressuposto freudiano de que só se conhece o inconsciente pelos retornos do recalcado e pelas representações de palavras para acrescentar ao modelo tópico de Freud uma parte específica do inconsciente – o inconsciente que ele chama de "amencial", sem pensamento, ou ainda de "proscrito", por oposição ao recalcado. Para ele, embora fora das formas clássicas do retorno do recalcado, a passagem ao ato, o avanço de enfermidades somáticas e a confusão psíquica são sintomas que carregam consigo as marcas das manifestações desta parte amencial do inconsciente. Conceber no interior de uma mesma tópica duas partes específicas do inconsciente é a principal contribuição desta "terceira tópica". Uma das partes é aquela que o autor chama de inconsciente sem pensamento ou amencial, e a outra é a parte do inconsciente recalcado, aquele mesmo do sentido freudiano. Para a construção de sua hipótese que separa o inconsciente em dois, ele recorre ao conceito de "clivagem do eu", utilizado por Freud (1927/1986) quando fala das perversões. Sabemos que a clivagem freudiana consiste na ideia

[30] Dejours propõe esse termo em substituição às classificações nosográfica *Neurose de comportamento* e *Neuroses de caráter*. Faz referência a elas porque são, segundo ele, bastante utilizadas, sobretudo na concepção teórica martyniana, para descrever as características estruturais do funcionamento mental dos pacientes com doenças somáticas. Em Marty (2001) temos que é a ruptura dos investimentos afetivos importantes para o indivíduo que levam a elas. Na primeira, Neurose de comportamento, é a falta de organização pré-consciente dos sujeitos que levam a patologia somática; e na segunda, Neurose de caráter, é o fragilizado funcionamento mental que pode levar a desorganização mental (depressão essencial). Para Dejours, no entanto, não se trata de neuroses e também não há entre elas uma diferença estrutural ao ponto de ser necessário diferenciá-las. Por isso ele as une e opta por chamá-las de *caractereoses.*

de que o perverso, ao mesmo tempo em que reconhece a realidade da diferença anatômica entre os sexos, opõe-se a ela, num desmentido. É justamente este o princípio básico da ideia de Dejours, mas enquanto a clivagem freudiana é um mecanismo presente nos perversos, o autor fala que, na verdade, ela está presente em todos os seres humanos.

De posse dessa ideia da clivagem como um mecanismo presente em todos os sujeitos, Dejours concebe o aparelho psíquico representando-o graficamente desta forma:

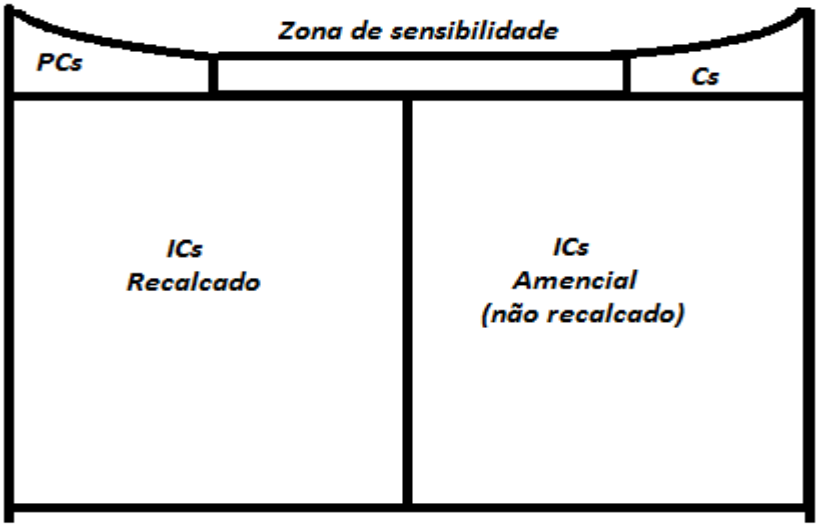

Figura 1: Representação gráfica do aparelho psíquico segundo Dejours (2001, p. 97).

Para ele, o inconsciente recalcado, aquele no mesmo sentido de Freud, deve ser disposto topicamente em um dos lados da clivagem. O segundo setor inconsciente, o amencial ou proscrito, concebe-o como produto da violência por parte dos pais contra o pensamento da criança, que permanece sem condições de responder à sedução do adulto[31]. Esta parte se constitui, assim, sem pensamento, em outras palavras, sem recalcamento originário. Formado sem passar pelo pensamento da criança, este setor do inconsciente é, nas palavras de Dejours (2001), "o espelho em nível tópico de zonas do corpo excluídas da subversão libidinal e do corpo erógeno" (p. 85). As consequências desse setor seriam a desorganização do eu e a compulsão sem pensamento.

> Quando, em resposta à sedução exercida pelo adulto sobre o corpo da criança, a atividade do pensamento deste último desencadeia a violência do adulto, o pensamento da criança pára. Sem pensar, não pode haver recalcamento originário (que supõe uma mensagem do adulto,

[31] Pouco tempo depois da publicação do livro de Dejours (2001), Laplanche (2003b/2007) escreveu um artigo, datado de 2003, no qual em uma nota de rodapé afirma achar difícil aceitar o termo *inconsciente amencial* proposto por Dejours. Por isso, em seu lugar propõe o de *inconsciente encravado*. Estas diferenças entre os autores serão tratadas mais adiante.

> um enigma – pensado – para a criança, um trabalho – de pensamento – de tradução e um resíduo não traduzido, segundo a teoria da sedução de Laplanche) (p. 85).

Não obstante, aponta o autor que, embora muitas vezes os pacientes não neuróticos apresentem sintomas caracteristicamente psíquicos e mantenham comportamentos e pensamentos bem articulados com a realidade, sua maneira de pensar é bem diferente da dos pacientes neuróticos, pois seus sintomas, comportamentos e pensamentos não são, como em neuróticos, mediados pelo processo secundário ou pelo pré-consciente. Todavia, se, na hipótese tópica de Dejours, o mecanismo da clivagem marca essa diferença entre modos de funcionamento dentro de uma mesma tópica, é bem importante notar que com isso ele também dá condições de conceber dois modos diferentes de funcionamento atuando simultaneamente, embora em setores inconscientes distintos, clivados, que se ignoram mutuamente. Cumpre, assim, considerar que a hipótese tópica proposta por Dejours assegura a possibilidade de haver em um mesmo indivíduo tanto sintomas não neuróticos (a passagem ao ato, o avanço de enfermidades somáticas e a confusão psíquica) quanto sintomas neuróticos (retornos do recalcado), do que se conclui que há uma clivagem o aparelho. Para Dejours, existem dois modos distintos de funcionamento atuando simultaneamente: um dos lados funciona pelo processo secundário (o inconsciente recalcado e o pré-consciente) e o outro pelo processo primário (o inconsciente proscrito e o consciente).

Destarte, com a clivagem há uma separação radical no aparelho psíquico. O inconsciente dinâmico freudiano é entendido por Dejours como aquele somente relacionado com o retorno do recalcado[32]. Neste sentido, o recalcamento funciona a serviço da vida psíquica e da vida mental, enquanto o inconsciente amencial, nesta concepção, não é capaz de gerar pensamentos diretamente, não tem essa condição. A questão que passa a ser debatida por Dejours então é a de saber se e como o inconsciente amencial participa da vida psíquica e da vida mental.

Já foi falado no início da presente subseção que o segundo modelo tópico freudiano é entendido por Dejours como insuficiente para pensar alguns sintomas que não se explicam pelo conflito psíquico. Ele então toma alguns sintomas (a passagem ao ato, o avanço de enfermidades somáticas e a confusão psíquica) sob a hipótese de que são produtos da violência por parte dos pais contra o pensamento da criança, que permanece sem condições de responder à sedução do adulto. Trata-se, portanto, de funções excluídas da subversão

[32] Quanto a isso, é preciso lembrar o papel do sonho para Dejours: recalca, organiza, cria e enriquece o inconsciente sexual.

libidinal. O inconsciente amencial ou proscrito é, segundo ele, o lugar em que, na tópica, se explica esse funcionamento, que não é o mesmo do recalcamento, ou, melhor, é radicalmente distinto do recalcamento secundário.

O que Dejours ainda propõe é que, mesmo se ignorando mutuamente, essas partes clivadas do psiquismo humano podem afetar uma a outra, por meio da Zona de Sensibilidade do Inconsciente – noção tomada de empréstimo de Michel Fain (1981), já citado neste trabalho[33].

A Zona de Sensibilidade do Inconsciente é uma parte toda especial, que, segundo o autor, reúne os quatro setores do psiquismo (Inconsciente recalcado e Pré-consciente, e o Inconsciente amencial e o Consciente). Ela encontra-se pouco protegida pelos sistemas pré-consciente e consciente, e se separa da realidade por seu único mecanismo, comum a todas as estruturas, ao qual geralmente se dá o nome de desmentido (*Verleugnung*), em que "o desmentido é desmentido da percepção afetiva da realidade." (Dejours, 2001, p. 93). É a falha desse mecanismo que leva à alucinação ou à somatização.

Tanto o desmentido quanto a reação afetiva da realidade dependem do pré-consciente, porém, segundo Dejours, em alguns casos o pré-consciente está bastante limitado. Nesses casos a percepção da realidade cria tal perturbação reativa no inconsciente amencial que a descarga se torna imediata e obrigatória, provocando no corpo movimentos automáticos ou sequências comportamentais que, além de complexas, são compulsivas. Em todo o caso, pode ocorrer um comportamento mais organizado: o sujeito "ataca a realidade fonte da excitação por um ato de destruição (passagem ao ato), ou então se subtrai ativamente a essa fonte de excitação por meio da fuga" (p. 93). Em nenhuma dessas saídas há organização psíquica.

Já quando há uma participação maior do pré-consciente, há um adiamento da descarga da excitação antes que ela alcance um nível muito elevado. Então a percepção é retida e posta em espera e por ação do pré-consciente criam-se associações com esta percepção. Isso faz com que as associações de ideias a mantenham em estado latente para o pré-consciente por meio de pensamentos inibindo o desenvolvimento do afeto quando este é temido pelo sujeito. Estes pensamentos poderão dar origens aos retornos do recalcado.

Assim, o encontro com a realidade pode dar origem tanto a descargas sem pensamento quanto a retornos do recalcado. Tudo dependerá da qualidade do pré-consciente e da intensidade da excitação gerada no encontro com a realidade. Se a excitação desencadeada

[33] Cf. capítulo I, subseção I.3.1: *A psicossomática da IPSO...*

pelo encontro com a realidade puder ser posta em espera (quando o pré-consciente dá essa condição, por exemplo), o inconsciente recalcado passa a ser enriquecido pelo inconsciente amencial, graças ao mecanismo do desmentido. É o pré-consciente que proporciona uma interpretação a um estado específico de excitação – interpretação que é ocasionada por determinada percepção da realidade. Por meio disto, quando os novos eventos surgem, eles encontram as marcas deixadas no pré-consciente, e a partir daí essa área do inconsciente não fica mais tão exposta, contando apenas com o desmentido. Assim, para Dejours (2001), um indivíduo tanto mais poderá recorrer aos retornos do recalcado no encontro com a realidade quanto melhor estiver seu pré-consciente e tanto mais responderá por meios do inconsciente amencial e pelo consciente (descargas sem pensamento) quanto menos desenvolvido estiver seu pré-consciente.

> É assim que o sujeito pode com o tempo se libertar da tendência à descarga, em benefício do enriquecimento do inconsciente recalcado e da dinâmica pré-consciente. A estereotipia da reação compulsiva, em resposta à brecha produzida pela realidade, rompido o desmentido, cede lugar à resposta matizada e flexível dos retornos do recalcado. A este longo processo podemos dar o nome de *perlaboração pelo sonho.* (p. 96)

Desta forma, o autor atribui grande importância à realidade, concebendo-a como aquilo que possibilita a superação do desmentido e a ativação do inconsciente amencial, conduzindo, pelo processo de perlaboração pelo sonho, ao inconsciente recalcado.

Além do referido mecanismo de perlaboração pelo sonho, existem, para Dejours (2001), quatro outros mecanismos não patológicos de manifestação da pulsão de morte, a saber, a relação de domínio, a relação de amor, a realização pulsional pela percepção e a sublimação, cujos conflitos não estão fundamentados pela libido. Esses mecanismos mostram que o analista deve não somente atentar para o que o paciente aponta positivamente, mas também para o que lhe falha: "semiologia do negativo, do faltante. Trata-se da representação do não-representável, sem o qual não se pode falar em análise" (p. 145). Nessa frase o autor está chamando a atenção para algumas manifestações que parecem apontar justamente para aquilo que ainda não foi representado e que, graças ao desmentido, pode aparecer simultaneamente e sem que seja notado.

Nesta direção, Dejours (2001) afirma que "o inconsciente sexual e o pré-consciente seriam os lugares da circulação e do funcionamento da pulsão de vida, da libido, e de Eros" (p. 121) e o inconsciente proscrito (ou amencial) seria "o reservatório de um potencial mortífero, na medida em que estaria lidando com os movimentos de reações e de

comportamentos de uma outra ordem, totalmente diferentes daqueles do inconsciente sexual." (p. 121). Pois, para Dejours, na tópica da clivagem não se trata de uma continuidade – seja da necessidade ao desejo seja do instinto à pulsão –, mas de uma ruptura, da clivagem do eu[34]. O inconsciente amencial, do lado de uma das partes da clivagem, comporta-se como destruição do aparelho, como desregulação biológica, e permanece assim se não puder ser repetido em doses adiadas pelo pré-consciente, isto é, se não for colocado em estado de latência (perlaboração pelo sonho, mecanismo comum da neurose, mas não das demais estruturas). Por sua vez, o inconsciente sexual se manifesta pelos retornos do recalcado, os conteúdos do pré-consciente sempre podem ser retomados pelo sonho, pelo recalcamento organizador, que, aliás, enriquece o inconsciente sexual, produzindo a história singular do sujeito.

A solicitação do inconsciente amencial, quando não puder ser posta em estado de latência pelo inconsciente sexual, se traduz por uma reação mortífera, seja para si (desligação, dessubjetivação) seja para o outro (violência). Sem erotização se transforma em violência. Assim, a solicitação do inconsciente amencial (solicitação de zonas excluídas da subversão libidinal) pelo encontro com o outro provoca primeiro a desorganização do pensamento e depois, a cólera.

Com a apresentação da terceira tópica, Dejours faz, na parte final de seu livro, uma conclusão a partir da TSG. Essas pontuações nos interessam justamente pelo lugar que o autor confere à psicossomática. A evolução de uma doença somática é vista como uma das defesas patológicas contra a pulsão de morte ocorrida em decorrência do fracasso do desmentido.

II.2.2 A teoria da sedução generalizada e a psicossomática a partir de Dejours

O que Dejours (2001) leva a reconhecer em seu texto é que, em suas próprias palavras, "de um ponto de vista ontológico, o corpo é, em primeiro lugar, a origem e o lugar onde a vida se revela a si mesma" (p. 147). Vida, para ele, equivale à subjetividade absoluta, ou seja, o oposto do vazio, da ausência de sofrimento, da privação do sentir corpóreo. Assim, o sofrimento é entendido como "o modo radical de revelação da vida a ela mesma." (p. 147) que constitui o corpo erótico.

O corpo erótico, segundo o autor, é aquele ao qual se refere o psicanalista, ou seja, um corpo que "experimenta a resistência de seu próprio corpo ao seu poder de agir, então,

[34] É justamente desse ponto que Laplanche (2003b/2007) na nota de rodapé do artigo datado de 2003, *Trois acceptions du mot « inconsciente » dans le cadre de la théorie de la séduction generalisée*, parece discordar: "Tenho dificuldade em fazer minha uma oposição ou mesmo uma dialética alma/corpo, mens/soma." (p. 202).

experimenta o sofrimento. [...] E é desta experiência carnal que pode eventualmente emergir o pensamento" (pp. 149-150). Conforme a proposta do autor, o pensamento se origina daquilo que inicialmente afeta de forma passiva o corpo e que só depois é representado em pensamento. Essa experiência, constituinte da subjetividade, está em consonância com os princípios da TSG, pois se dá necessariamente na relação do indivíduo com o outro, o adulto, a partir dos cuidados dirigidos ao seu corpo, cuidados que provocam o surgimento do prazer, do desejo, da excitação e outros, cujo todo constitui a dimensão erótica do corpo.

É neste sentido que Dejours (2001) fala que o corpo erótico nasce do primeiro, o corpo biológico, um corpo infantil que, aliás, "provoca" o adulto nessa relação. Ele "mobiliza seus fantasmas e seu inconsciente." (p. 152). Só é possível experimentar a vida, segundo Dejours, em uma emancipação do corpo erótico do corpo biológico, pois afeto e erógeno são inseparáveis. É pela expressão *agir expressivo* que Dejours descreveu esse "agir do corpo sobre o outro", ou seja, essa capacidade de mobilização do inconsciente do outro. O contrário do corpo erótico é o vazio (ausência de emoção, aniquilamento da sensibilidade, incapacidade de sentir, paralisia, frigidez), ocorrido "lá onde o corpo é impotente, por causa dos impasses encontrados pela subversão libidinal." (pp. 153-154).

Os corpos erótico e biológico, tomados deste ponto de vista (vida e vazio), criam certo impasse, na opinião do próprio autor. Afinal – pergunta-se ele –, como compreender as formas clínicas da violência tomando o vazio como ausência de vida?

Freud, Melanie Klein e outros, diz Dejours, ligam violência à pulsão de morte. Em 1986, na primeira vez em que o autor havia publicado sua hipótese teórica de uma terceira tópica psíquica, sua posição era que a pulsão de morte devia ser vista como aquilo que resiste à subversão libidinal (sempre incompleta), que, dada a clivagem, obtém satisfação sem o conhecimento do Eu. Naquela concepção, entretanto, se porventura o encontro com a realidade provocasse uma reação afetiva no eu, então defesas seriam requisitadas para restabelecer a clivagem, originando defesas patológicas como as somatizações, as passagens ao ato e os delírios. Assim, a violência normal seria uma satisfação realizada mediante a clivagem (sem conhecimento do eu), enquanto a patológica seria aquela que, ante a ameaça de desestabilização da clivagem, procuraria sua restituição.

Destarte, naquela versão a violência aparece como uma animalidade do homem não subvertida ao sexual; porém, como constata Dejours (2001), a violência humana (assassinatos, estupros, torturas domésticas, etc.) em nada se parece com a violência animal. Por esta razão o

autor buscou, nesse trabalho de 2001, fazer uma revisão de sua visão de instinto[35] violento e pulsão de morte segundo as contribuições da TSG, levando estas noções ao que ele entende como uma coexcitação do sexual com o instinto violento.

O sexual, tal como Dejours (2001) o toma com base na TSG, aparece como tudo o que puder conduzir a um aumento da excitação e do prazer sensual experimentado no corpo. A violência contra o corpo do outro é que leva ao infantil, núcleo e origem do sexual, como diz Dejours, porém assinala algumas outras formas de alcançar a subjetividade que não parecem diretamente ligadas ao sexual, as quais, segundo ele, são caracterizadas por uma "inaptidão súbita e radical para acomodar a vida em si, um movimento irresistível de afastamento de si, de dessubjetivação, de desencarnação, de desafetação[36]. Uma espécie de aniquilação disto [do] que Laplanche ordenou sob o nome de 'interesses do eu'." (Dejours, 2001, p. 159). Na concepção de Dejours, um exemplo da forma pura disto é a "depressão essencial", descrita por Marty (1968) sobre a qual já tivemos a oportunidade de falar neste trabalho[37]. O autor conduz à ideia de que a pulsão de morte é formada pelo que escapou ao processo de subversão libidinal, ou seja, pelo que está excluído do corpo erógeno. Esta é a hipótese de Dejours de uma pulsão não sexual colocada ao lado da pulsão sexual de morte de Laplanche (1985). Neste ponto, parece-nos válido dizer que pelo que apresenta Dejours haveria não somente as pulsões sexuais (de vida e de morte) tais como concebidas por Laplanche, mas também uma outra pulsão – a pulsão não sexual de morte.

O processo de formação do que Dejours chamou de corpo erógeno depende da relação do adulto com o corpo da criança. O modo como o adulto acompanha as solicitações infantis (o agir expressivo do corpo infantil) suscita na criança reações que vão se ligando aos seus próprios fantasmas, mas do lado do adulto estas solicitações podem provocar reações desproporcionais, e por vezes, aversão ou ódio ao corpo da criança. Essas reações provocam na criança excitações com as quais ela não consegue lidar, traumatizar psiquicamente, ou seja, pensar. Isto pode gerar uma anestesia do corpo erógeno, fazendo com que a zona do corpo excitada a partir de então não possa ser elaborada por um trabalho de pensamento, ou seja, fica excluída do corpo erógeno. Utilizando-se dos termos de Laplanche, Dejours diz que a mensagem do adulto não pode se fazer objeto de tradução pela criança, pois está barrada pelo

[35] No original "violence-instinct et pulsion de mort" (p. 158).

[36] Lembremos aqui que esse termo também foi usado por McDougall (1991) em um sentido parecido. Para ela, ao invés de sofrerem de negação, recusa ou recalcamento, os pacientes psicossomáticos sofrem de desafetação, um processo, segundo ela, similar ao da psicose. Cf. capítulo I, subseção I.3.2: *A psicossomática de McDougall...*

[37] Cf. capítulo I, subseção I.3.1: *A psicossomática da IPSO...*

comportamento do adulto. Parece uma tentativa do adulto de paralisar a necessidade de tradução que provoca nele o comportamento da criança, ávida por traduzir os fantasmas do adulto. Na tentativa de paralisá-la, sobrecarrega a criança, inundando-a com os excessos da excitação. O resultado é a zona excluída da subversão libidinal, uma zona traumatizada do corpo na qual se instala a falha do erógeno e da capacidade de pensar. Ao novamente se estimular esta zona de perigo, a criança pode se tornar calma e serena com o adulto ou fugir antes. Estas zonas tornaram-se impróprias para participar do agir expressivo. A excitação, excluída da subversão libidinal, culmina na doença somática. Na vulnerabilidade psicótica algo similar ocorre, mas, ao invés de paralisar o pensamento da criança, este é deformado de acordo com a forma como o adulto reage ao agir expressivo da criança.

A violência destas patologias associa a incapacidade de experimentar a vida em si (pulsão não sexual de morte) ao poder de desencadear a excitação de origem sexual (pulsão sexual de morte). Para Dejours (2001), "é esta confluência do sexual com a mobilização da pulsão de morte que faz mover esta última para a violência, primitivamente." (p. 167). Assim, a pulsão não sexual de morte não está, desde o início, vetorizada pela violência, mas pela paralisação do pensamento, orientada pela experiência assustadora do vazio (da vida e da afetividade que se retira de si); só depois ela se torna coexcitada pelo pulsão sexual de morte.

A forma pura desta confluência das pulsões de morte (sexual e não sexual) é, segundo Dejours, a depressão essencial de Marty (1968). São as falhas da subversão libidinal e o inconsciente os pontos debatidos pelo autor para, mais uma vez recorrendo à TSG, falar das formas menos puras.

Na proposta teórica de Laplanche, segundo Dejours, o inconsciente do adulto está necessariamente implicado pelos efeitos que ocasionam os cuidados que o adulto presta à criança. Nesta relação, a criança é excitada e seduzida, experiência que funciona como uma mensagem enigmática a ela endereçada pelo adulto. Em resposta, a criança, curiosa traduz, ou seja, se esforça para decifrar a mensagem, tornando-se ativa diante dos efeitos da excitação sentida passivamente. Nesse esforço para traduzir, a criança interpreta (teorias sexuais infantis), mas não traduz tudo. O não traduzido é então recalcado, formando o inconsciente *sexual* e *recalcado*. A sedução vinda de fora se interioriza ao inconsciente como objeto fonte da pulsão, também sexual.

Por meio da TSG, Dejours reconhece uma centralidade do pensamento da criança, ou seja, é a criança que interpreta, não é o adulto que lhe dá as traduções prontas. Assim, na interpretação de Dejours, tudo o que se passa é da ordem da fantasia da criança, pois ela é que traduz as mensagens enigmáticas vindas do inconsciente do adulto. Alimentada por suas

fantasias, a criança testa suas traduções, movimenta-se, agita-se, etc. O adulto responde a isso permitindo ou não a continuidade da tradução e o enriquecimento do inconsciente recalcado da criança.

A interrupção deste processo produz falhas na subversão libidinal, imobiliza a troca e paralisa o pensamento da criança; ou seja, a reação violenta do adulto diante da criança, ao invés de permitir a continuidade da tradução e o enriquecimento do inconsciente recalcado, interrompe o pensamento dela, tornando impossível a tradução e o recalcamento. Assim, o que fica aí não passa pelo pensamento, portanto, de acordo com Dejours, não pode ser chamado de inconsciente sexual, mas sim, de inconsciente amencial. Para o autor, trata-se somente de uma tentativa de pôr à distância o que é excluído da subversão libidinal, algo que pode ser caracterizado como "um exílio, uma expulsão, uma proibição, uma relegação desta experiência fora do pensamento" (p. 170). Diante disto, o termo relegação ou proscrição é utilizado pelo autor para diferenciar esta parte do inconsciente (o inconsciente amencial) daquela formada pelo material recalcado (inconsciente sexual). Assim, como se reconhece o inconsciente recalcado pelos seus retornos, o inconsciente amencial é reconhecido, segundo o autor, pelas manifestações somáticas, passagens ao ato e delírios. Mas, se para Laplanche a fonte da pulsão é indissociável do sexual – pois originária da relação com o outro (enxertada, implantada sobre o corpo da criança) constitui o inconsciente da criança diferente do inconsciente do sedutor – como pensá-la, então, com Dejours, a partir do inconsciente amencial?

O autor nos leva a pensar que no inconsciente amencial ela também é pulsão, porém incompleta e atrofiada. Se em Freud (1915/2004) ela é "como uma medida da exigência de trabalho imposta ao psíquico em consequência de sua relação com o corpo" (p. 148), argumenta Dejours, aqui essa exigência é nula. É neste sentido que ela é incompleta; É a forma própria da pulsão de morte, manifestada do ponto de vista econômico como desperdício, fracasso, perda, recesso, ausência de subjetividade, desencadeadora da dessubjetivação. Entretanto – pergunta se o autor –, como controlar esse poder deletério?

Nos cuidados à criança prestados pelo adulto, quer se pense na subversão libidinal das funções fisiológicas (Dejours, 2001) quer na situação antropológica fundamental (Laplanche, 2002/2007), a relação daquele com a criança constitui para ela algo mais que os simples cuidados. Trata-se, aí, das mensagens enigmáticas oriundas do sexual adulto, as quais, pelo corpo da criança, produzem um "a mais". O que Dejours (2001) vem pontuar é que se em Laplanche se tem a impressão de que a sedução "desnaturaliza" totalmente o homem, ou seja, "subverte" suas funções biológicas completamente pelo aparecimento do

sexual, ele (Dejours) não está totalmente de acordo com isso. Para ele, há algumas partes do corpo que ficam excluídas do corpo erógeno, portanto, excluídas da sedução, do sexual. São, assim, proscritas, formam o inconsciente amencial, fora da atividade de pensar da criança. A reação violenta do adulto faz paralisar o pensamento da criança, algo parecido, como diz Dejours, com aquilo que Bowlby chama de "comportamentos antitéticos". Esta zona proscrita constituinte do inconsciente amencial é a mesma que mais tarde poderá, quando ativada novamente, desencadear uma crise psicopatológica.

Com a mobilização (solicitação) da parte excluída da subversão e da parte excluída da sedução, ou seja, da parte proscrita, pode desencadear-se a ação deletéria da pulsão de morte.

A ideia do autor é que num encontro amoroso, por exemplo, o fato de entrar em contato com a zona proscrita (a parte do corpo excluída da subversão libidinal) pode desencadear a anestesia, o mecanicismo, a apatia, a perda da sensualidade. É como se a vida passasse a se ausentar do corpo. Subsequentemente à crise ocorre a perda do contato com o outro e o desaparecimento do funcionamento fantasmático. Nesse jogo o sujeito refaz a experiência de parar de pensar ante a estimulação da zona traumática. Pode haver a ameaça de uma confusão mental, ou uma crise de identidade de uma parte e retorno dos comportamentos não sexuais de outra. Se o sujeito encontra recursos para lidar com a angústia, por exemplo, pela crise de identidade, pode entrar em uma crise de cólera contra o outro, tomando-o como responsável pela sua perda; sem recursos, o sujeito pode evoluir para uma depressão essencial. Neste encontro amoroso o parceiro ainda pode, por exemplo, experimentar comportamentos de aversão do outro – "comportamentos antitéticos", diz Dejours em referência a Bowlby –, o que acabaria por agravar ainda mais a crise.

Outro tipo de crise amencial citado pelo autor, um pouco mais brando, é a crise do ataque de pânico, por exemplo. Alguns outros indivíduos podem estabelecer outros meios para lidar com esta estimulação das zonas do corpo proscritas da subversão libidinal. Trata-se, por exemplo, daquilo que Dejours (2001) denominou *aliança por exclusão*. É uma aliança intersubjetiva que visa preservar a clivagem não tocando nas zonas excluídas da subversão libidinal. Para Dejours, isso implica recurso à violência, como modo de fazer o outro preservar sua zona de sensibilidade do inconsciente e assim evitar a pulsão de morte e, por conseguinte, a crise amencial. Mordidas, estrangulamento e golpe involuntário podem ser exemplos desses comportamentos violentos. Assim, a aliança por exclusão se torna uma busca suplementar do gozo sádico, realizando a confluência do sexual com o nãosexual. Ela mantém a clivagem ao preço de fazer não deixar participarem do jogo erótico algumas zonas do corpo

excluídas da subversão libidinal. Isto reúne bem aquilo que Freud (1920/1986) denomina de pulsão de domínio, ou seja, se bem realizada, a aliança por exclusão torna-se a própria subjetividade do sujeito. Por outro lado, toda ameaça de ruptura desencadeia reações violentas, da mesma forma que o fortalecimento matiza o sadismo.

Para encerrar essa parte de nosso trabalho, vemos que a pulsão de domínio, nesta visão de Dejours, é formada em parte pelo não sexual, já que sua frustração não demanda elaboração, ao contrário, leva à crise, empurrando o sujeito para a amência. Mas há aí também o sexual, e é a clivagem, proposta da terceira tópica, que permite a explicação. É justamente por dizer que a clivagem se faz presente em todos os seres humanos, e não somente nos perversos, que Dejours consegue conceber que, seja qual for sua estrutura psíquica, qualquer pessoa pode apresentar comportamentos mais animalescos (relacionados com a pulsão não sexual de morte) e comportamentos mais humanizados (ligados às pulsões sexuais de vida e de morte).

Com as formulações de Dejours damos por terminado este capítulo, considerando expostos os elementos que nos permitiram tecer considerações sobre as concepções teóricas que apresentamos até aqui neste trabalho. Se adotássemos por completo alguma delas poderíamos concluir nosso trabalho aqui, mas algumas pertinentes discordâncias, especialmente entre Laplanche e Dejours, convidam-nos a um debate à parte. Ademais, havíamos prometido, no início deste capítulo, que iríamos retomar algumas conjecturas em relação ao inconsciente no caso das manifestações psicossomáticas.

Assim propomos o terceiro e o quarto e último capítulo desta dissertação. Com base na TSG, desenvolvemos por meio deles a ideia de que são as mensagens não enigmáticas (nem por isso, não sexuais) que constituem a maior parte do inconsciente do paciente psicossomático, ideia que nos leva, com algumas considerações, a concluir que os quadros psicossomáticos são também manifestações da sexualidade, do inconsciente.

CAPÍTULO III - A PROPÓSITO DE *TRÊS ACEPÇÕES DA PALAVRA "INCONSCIENTE"*

Terminamos o capítulo anterior com a hipótese teórica de Dejours e do seu modelo tópico, enfatizando especialmente o modo como o autor concebeu a psicossomática segundo os conceitos da TSG. Ocorre que se uma parte de suas posições foi aproveitada por Laplanche (2003b/2007) no artigo denominado "Três acepções da palavra 'inconsciente' no quadro da teoria da sedução generalizada"[38], a outra foi criticada nesse mesmo artigo. Laplanche manifesta discordância especialmente no que se refere ao "não sexual" do inconsciente. O autor não aceita a oposição entre soma e psique, ao contrário do que parece fazer Dejours. No caso se trata, segundo Laplanche, apenas de duas acepções da palavra inconsciente, pois o inconsciente, para ele, resulta necessariamente do encontro do sujeito com o outro, com o sexual. Ademais, o autor também chama a atenção para uma terceira acepção da palavra inconsciente, para a qual não há correlativo em Dejours. Essa acepção se refere aos aspectos da cultura que, segundo ele, contribuem para a tradução da mensagem enigmática tal como proposta pela TSG.

Assim, o que se segue concentra-se sobre as convergências e divergências percebidas entre esses dois autores, sobretudo porque elas nos levam a algumas questões pertinentes à nossa temática principal, tais como as que discutem se as acepções amencial e encravado são equivalentes e se é mesmo necessário conceber dois "lugares" inconscientes para que seja possível compreender as manifestações psicossomáticas. Antes da redação final deste capítulo chegamos a considerar a hipótese de propor, a exemplo do que vimos no primeiro capítulo, que a psicossomática segundo a TSG fosse vista segundo duas posições teóricas distintas entre si; Mas, na verdade, acabamos nos convencendo de que talvez seja possível uma "conversa" entre esses autores, e é isto o que procuramos fazer no decorrer do capítulo. Composto por três subseções, o texto também é, de certa forma, uma retomada do que no início do capítulo anterior acreditávamos não passar de meras especulações teóricas.

III.1 O "lugar" das representações inconscientes não recalcadas relacionadas às manifestações psicossomáticas

Como vimos no decorrer de nosso trabalho, as manifestações psicossomáticas não remetem a conflitos psíquicos em seu sentido clássico, ou seja, não são produto do recalcamento secundário. Mesmo McDougall (1991), quando fala de fantasmas primitivos

[38] Além das versões na língua original podemos encontrar ainda uma versão traduzida para o português pela Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre, no volume X, nº 3 (Dez/2003), de sua revista.

recalcados, separa-os muito bem dos fantasmas recalcados tal como são entendidos na histeria. Para ela, trata-se daquilo que geralmente se conhece pela expressão *recalcamento originário*. Assim, se se pode falar de algum recalcamento das representações ligadas às manifestações psicossomáticas, trata-se de algo muito primitivo – pré-verbal, diria a autora. Já em Dejours e em Laplanche falamos de algo anterior inclusive ao próprio recalcamento primário. Por isso mesmo é que questões como as que havíamos anunciando no capítulo introdutório se mostram agora ainda mais pertinentes. Afinal, as manifestações psicossomáticas são ou não representações psíquicas? Se se trata de alguma representação, qual seu "lugar" na tópica psíquica? Ou deveríamos nos referir às reconhecidas "manifestações psicossomáticas" como manifestações de ordem exclusivamente somáticas? Vejamos de que forma ensaiamos responder essas questões.

O lugar atribuído por Dejours (2001) às manifestações psicossomáticas se referem às "zonas excluídas da subversão libidinal", aquilo que constitui, para ele, o inconsciente amencial, portanto, diz o autor, um inconsciente sem palavra, sem pensamento, sem representação sexual, ou seja, não sexual. Mas se para ele há uma clivagem entre dois inconscientes funcionando simultaneamente mesmo nos sujeitos neuróticos normais – um inconsciente sexual e um inconsciente não sexual – Laplanche (2003b/2007), de sua parte, considera a mensagem enigmática do outro e sua tradução como sempre necessariamente implicadas nesse processo, sendo impossível pensar em um aparelho psíquico sem elas.

Para Laplanche (2003b/2007) a palavra inconsciente permite três acepções diferentes: o inconsciente recalcado, o inconsciente encravado e o pseudoinconsciente do mito simbólico. Mais que de lugares tópicos, trata-se de momentos ou de estados pelos quais pode passar a mensagem. Em todos eles, diversamente do que se pode pensar com Dejours, a mensagem é sempre sexual.

O primeiro, o inconsciente recalcado, é o inconsciente propriamente dito no sentido freudiano, ou seja, aquele produto do recalcamento. Quanto a ele, em ambos os autores parece não haver discordâncias. O segundo, o encravado, é formado por mensagens não traduzidas ou destraduzidas (que aguardam tradução – uma espécie de estoque de mensagens não traduzidas), e é referido por Laplanche (2003b/2007) como uma "zona de passagem", na qual toda mensagem precisaria passar para ser traduzida. Quanto a este, há um problema no tocante ao que os dois autores entendem pelo sexual. O terceiro, que não tem lugar na tópica (por isso pseudoinconsciente), são os códigos, as traduções e os mitos da cultura na qual a criança está inserida, aparecendo como uma acepção a mais da palavra inconsciente além daquelas que aparecem em Dejours.

Bastante do que é visto neste artigo de Laplanche (2003b/2007) encontramos também em Dejours (2001), mas o que o primeiro autor acha difícil aceitar no segundo é pensar em um inconsciente não sexual. O inconsciente, para ele, é sempre constituído de mensagens[39], sejam elas recalcadas ou não. Para Laplanche, nenhuma mensagem é totalmente traduzível. Como vimos, quando ela puder ser em parte traduzida, um resto sempre permanecerá sem tradução, exigindo-se necessariamente seu recalcamento. Para Dejours, no entanto, o inconsciente amencial é formado por zonas do corpo impedidas de se subverter libidinalmente em razão da violência dos pais diante do agir expressivo do corpo da criança, o que a impede de traduzir a mensagem, fazendo com que a função biológica que serviria de apoio à pulsão sexual fique excluída da ordem erótica. Diante dessa exclusão, as perguntas que Laplanche nos facilita fazer são: O que Dejours chama de "zonas do corpo excluídas da subversão libidinal" são mensagens ou não são mensagens? Pode haver mensagem sem o sexual? Afinal, se a função biológica foi impedida de avançar para a ordem erótica, ainda assim teria ela permitido algum tipo de implantação ou intromissão da mensagem? E se isso ocorreu, por que deveríamos qualificar essa parte inconsciente das mensagens de não sexual?

Em nosso entendimento, dizer que esse inconsciente é amencial (no sentido estrito da palavra) é correto, pois se refere a uma parte inconsciente ainda não pensada; mas daí a dizer que ele é por isso não sexual é que parece mesmo, como critica Laplanche, difícil de conceber em Dejours.

Sendo assim, talvez fosse realmente mais prudente de nossa parte considerar que o inconsciente encravado de Laplanche não corresponda necessariamente ao inconsciente amencial de Dejours, mas algumas descrições de ambos bastante semelhantes nos fizeram propor que, na verdade, com algumas considerações, o amencial na concepção de um autor é o encravado na concepção do outro.

Tanto em Laplanche (2003b/2007) quanto em Dejours (2001), esse inconsciente "encravado/proscrito" se refere a mensagens que se encontram sem tradução, seja pelo fracasso radical da tradução, seja pela exclusão/proibição da tradução, seja ainda pela destradução (está última presente só em Laplanche). Laplanche (2003b/2007) assim o descreve: "... a mensagem permanece tal qual no aparelho psíquico, implantada ou

[39] Na resposta à segunda das questões feitas por Luchetti (2009), no artigo *Algunas cuestiones sobre el inconsciente "enclavado" : sus contenidos, su organización, sus posibles cambios*, Laplanche afirma com todas as letras "Para mim os conteúdos encravados são mensagens, e não uma justaposição de significantes. [...] Essas mensagens, como toda mensagem, vem do pré-consciente do adulto, comprometidas por seu inconsciente." (pp. Revista online, sem página)

intrometida" (pp. 201-202). Trata-se de um inconsciente "à flor da consciência" (p. 202). Para Dejours (2001), é anterior ao recalcamento originário, que supõe um enigma, e "formado sem passar pelo pensamento da criança, é uma réplica, ao nível tópico, das zonas do corpo excluídas da subversão libidinal e do corpo erógeno." (p. 85).

O que parece causar problemas na leitura dos dois autores pode ser exemplificado também por meio de como Dejours concebe a violência. Para o autor, a violência é manifestação do inconsciente amencial, portanto, da pulsão não sexual, mas coexcitada pela pulsão sexual. Assim, a violência não é manifestação da pulsão sexual (de vida ou de morte), não se refere a qualquer mensagem (falaremos mais sobre isso adiante; a nosso ver, ele se refere aqui à mensagem enigmática – pois não houve tradução ou recalcamento – e não a qualquer mensagem). O que o autor diz ocorrer é uma manifestação da pulsão de morte não sexual coexcitada pela pulsão sexual; e é a clivagem que permite que essas duas pulsões se manifestem simultaneamente e se ignoram mutuamente – neste caso, por meio da violência, sendo ela uma manifestação do inconsciente amencial coabitado pelo inconsciente sexual. Logo, a violência não é produto do sexual, mas é coexcitada por ele.

O problema está, como inclusive discute o próprio Dejours, em falar de uma pulsão que não seja sexual. Assim explica o autor:

> Se se sustentar falar aqui de "pulsão", a partir do "inconsciente proscrito", é preciso admitir que a estrutura destas pulsões sexuais venha do inconsciente recalcado. A pulsão, escreve Freud, é "a medida da exigência do trabalho imposta ao psiquismo por causa de sua relação com o corpo". Porém aqui, a medida de exigência de trabalho é nula (ausência ou paralisia do pensamento). É por isso que somos levados a considerar estas pulsões como vindas do inconsciente amencial (desconectadas do pensamento) como pulsões incompletas, atrofiadas.

Pulsões incompletas, atrofiadas, são incapazes de por si sós conduzir à vida. Aliás, para Dejours (2001), quando em atividade, elas desencadeariam a dessubjetivação, a desligação. Assim, são contrárias à vida e possuem a "forma propriamente dita da pulsão de morte" (p. 172), sendo a psicossomática uma das suas formas de manifestação clínica. Por outro lado, se a violência, para ser concebida, ocorre por coexcitação da pulsão sexual; então será mesmo necessário chamar de *pulsão não sexual de morte* o que não atende a esse princípio?

Assim, como as manifestações psicossomáticas em Dejours referem-se às zonas do corpo que, em razão da violência dos pais contra o agir expressivo do corpo da criança, foram excluídas da subversão libidinal, parece-nos adequado sugerir que no paciente psicossomático

o que fica é justamente uma semiologia do negativo, uma ausência de erotização ou de tradução e recalcamento. Assim, a pulsão não sexual de morte configura-se como uma ausência de sexualidade. Pensamos, então, que não parece necessário qualificarmos o amencial como aquilo que é não sexual, mas justamente como aquilo que, inconsciente e sexual, ainda não foi traduzido ou recalcado, pois esse inconsciente também diz do sexual, também resulta de uma sedução, da passividade que o funda. A proposta que parece interessante nessa concepção amencial do inconsciente diz respeito a pensarmos nas mensagens como algo introduzido no inconsciente do sujeito, mas não traduzido. Tanto é que o próprio Laplanche acolheu essa proposta e propôs chamar essas mensagens de encravadas.

Por outro lado, Laplanche (2003b/2007) chama atenção para alguns problemas sobre essa maneira de conceber as mensagens encravadas. Diz o autor:

> Existe mensagem quando esta não é mais comprometida, mais habitada, sem distância, pelo inconsciente? É isso mesmo possível? Existe mensagem quando esta veicula e impõe seu código, quando impõe uma tradução que não é outra coisa senão a própria mensagem? Talvez, também, quando a mensagem é paradoxal? Qual é o uso possível da noção de paradoxo se utilizada com rigor? [...] Como o homem pode ser "possuído" por mensagens que não consegue traduzir? Está aí, para mim, uma interrogação de primeira importância posta à psicopatologia psicanalítica. (p. 203)

Em vez de um não sexual, na acepção de Dejours, talvez o mais adequado seja pensarmos, com a ajuda dos conceitos laplancheanos de *Intromissão e Implantação*, em estados diferentes de ligação das pulsões às mensagens, que estariam relacionados com a forma como elas foram recebidas pela criança. Em cada um desses "estados psíquicos" a pulsão (sempre sexual) ligada a representantes recalcados ou excluída de sua ligação com eles, seria a responsável pelas mais variadas formas de manifestação clínica. Pensamos que, em não havendo tradução e recalcamento, haveria no psiquismo somente mensagens prontas, isto é, sem qualquer transcendência, sem qualquer recalcamento. Elas não estariam apoiadas sobre o biológico, mas efetivamente coladas nele. Seriam mantidas necessariamente pela realidade efetiva do que representam, pois não há tradução, a mensagem permanece imóvel, paralisada, biológica. Assim o pensamento, como inclusive descreve Dejours, paralisa-se e não ocorre. Com base em McDougall (1991) podemos também dizer que, caso se possa falar de linguagem inconsciente (que entendemos como representação inconsciente), trata-se realmente de uma linguagem muito primitiva e pré-verbal. O sujeito aí, da mesma forma que

dizia Dejours, não pensa, não foi subvertido à ordem erótica, embora possa dispor dos códigos capazes de levá-lo a isso.

Pensamos, então, que seria inadequado chamar essas mensagens inconscientes de encravadas de pulsionais, mesmo que pensemos em um pulsional atrofiado. Aliás, poderíamos sim falar de uma atrofia, mas uma atrofia em relação à pulsão sexual. É uma atrofia porque, a nosso ver, essas mensagens, embora não tenham sido traduzidas, são "demasiadamente excitantes", "insuportáveis demais" para serem traduzidas apenas parcialmente; Ou seja, estamos partindo da ideia de que uma tradução só é aceita se puder funcionar como um anteparo eficaz contra o excesso recalcado. Aliás, é contra esse recalcado que a pulsão de tradução se instaura e se solidifica, constituindo o Eu. Caso contrário, pensamos que o sujeito nem traduz nem recalca, a mensagem permanece tal qual foi implantada. Nossa interpretação nos leva a pensar que as mensagens encravadas são, por assim ser, "mensagens completas". Talvez por isso nem devamos chamá-las de mensagens, pois, como questionado pelo próprio Laplanche (2003b/2007): "Existe mensagem quando esta veicula e impõe seu código, quando impõe uma tradução que não é outra coisa senão a própria mensagem?" (p. 203).

Vejamos como estamos entendendo isso a partir do que propõe esse autor.

III.2 O processo pelo qual as mensagens tornam-se encravadas: a intromissão

Segundo Laplanche (1992a), existem dois processos pelos quais as mensagens podem ser admitidas de forma psicofisiológica no inconsciente infantil: a implantação e a intromissão. Ambos ocorrem por meio da relação da criança com o adulto e suas mensagens pré-conscientes parasitadas pelo inconsciente recalcado, no momento em que ela ainda não tem essas instâncias psíquicas diferenciadas. Com essa qualidade psicofisiológica o adulto implanta a mensagem – aquilo que foi referido até agora como relacionado ao primeiro tempo do trauma. Ela é um processo "comum, cotidiano, normal ou neurótico" em que se fixam os significantes em torno dos quais "se operam as primeiras tentativas de tradução, cujos restos são o recalcado originário (objetos-fonte)" (Laplanche, 1992a, p. 358). Já a intromissão é a variante patológica deste processo, pois, diferentemente, neste a mensagem é intrometida de forma violenta e intrusiva, advindo como um elemento não metabolizável do outro, como afirma Laplanche.

Assim, as mensagens implantadas estão sujeitas ao processo de tradução/enigmatização, enquanto as mensagens intrometidas, pelo caráter violento de sua transmissão, não passam pela tradução/recalcamento, e assim, pelo que estamos discutindo, constituem o inconsciente no sentido encravado.

Destarte, segundo Laplanche, depende justamente do modo como essas mensagens são recebidas do outro a possibilidade de tradução e recalcamento delas, necessária para a constituição do inconsciente recalcado e do pré-consciente/consciente. A intromissão, diferentemente do processo de implantação, não permitiria qualquer tradução/recalcamento. As mensagens, segundo este último processo, permaneceriam sem tradução. Para nós, elas assim permaneceriam justamente porque são (que seja perdoada a redundância aparentemente desnecessária dos termos) "demasiadamente excessivas", "altamente traumatizantes", logo, impensáveis para o sujeito.

Laplanche não chega a dizer isso, mas parece aceitável supor que, dada a tensão que a revificação de uma mensagem (revificada porque oriunda do primeiro tempo do trauma) intrometida poderia causar, o melhor que o sujeito parece fazer é aceitá-la por inteiro, completa, em pleno[40], como que totalmente traduzida, tal qual foi intrometida. Nossa suposição não é que o sujeito não possa traduzir a mensagem; pelo contrário, o que ele não suporta é justamente traduzi-la apenas parcialmente, haja vista sua ação violenta, altamente traumatizante. Parece não haver aí recalcamento que dê conta. Logo, essas "mensagens"[41] intrometidas não sofrem qualquer tipo de tradução, como se fossem diretamente para o pré-consciente/consciente, sem que para isso tivessem passado por algum recalcamento.

Vamos retornar mais uma vez a Dejours. Com as últimas considerações que fizemos, temos a impressão de que o não sexual proposto pelo autor talvez se refira justamente à qualidade dessa mensagem. Sem qualquer condição de ser traduzido, não se reconhece o código, e a mensagem é acolhida como se estivesse pronta, ou seja, completa, sem enigmas. Talvez seja por isso que o autor a concebe como não sexual. Na verdade, entendemos que a condição para que ela seja considerada sexual, para o autor, seria o recalcamento, com o qual parte dela se tornaria objeto-fonte da pulsão; Mas, separada radicalmente do inconsciente

[40] A aplicação aqui dessa expressão "em pleno" foi baseada na noção de transferência em pleno apresentada por Laplanche (1997a) no artigo "Buts du processus psychanalytique". Uma transferência, segundo ele, que está obturada e bloqueada por aquilo mesmo que ela repete, ou seja, não é enigmática, não leva a tradução.

[41] Colocamos a palavra *mensagem* entre aspas justamente porque falar de *mensagem totalmente traduzida* parece um tanto paradoxal, como vemos na própria citação destacada de Laplanche acima. Afinal, a mensagem não é a coisa em si; envolve a comunicação que se dá a partir dela. Logo, ela não tem como ser completa, do contrário seria a própria coisa. Sendo assim, será que podemos falar de uma "mensagem plena", "completa" ou, mais ainda, será que podemos falar de mensagem? Se a mensagem não carrega a incompletude que lhe é peculiar, ainda assim transmite algo? Logo, parece-nos necessário então considerar que, na verdade, não estamos falando da mensagem, mas do código – o código da linguagem pré-consciente dos pais parasitada pela sexualidade inconsciente. Assim, o corpo da criança talvez deva ser considerado, em última análise, como a implantação (ou a intromissão) de um código oriundo da linguagem pré-consciente dos pais. Esse código poderá ser traduzido, mas isso será visto logo mais quando formos falar do pseudoinconsciente do mito-simbólico.

recalcado, a mensagem voltaria a ser nada mais que ela própria. Seria, por isso, não sexual? Se não houver recepção, a mensagem ainda assim transmite algo? Ainda assim é mensagem?

A esse ponto, parece que estamos em condições de aproximar o amencial de Dejours do encravado de Laplanche, partindo da ideia de que, para ambos, o que constitui essa parte inconsciente são as mensagens não enigmáticas para o sujeito[42], e de que também para ambos essas mesmas mensagens são sempre resultantes da implantação/intromissão do sexual por meio das mensagens enigmáticas do adulto.

Assim, parece não haver problema em relacionarmos as manifestações psicossomáticas justamente com esse reservatório de mensagens inconscientes, ainda não enigmáticas (não enigmáticas no sentido de que elas ainda não estão parasitadas pelo sexual recalcado), pois não traduzidas nem recalcadas. A mensagem assim é plena, pois não enigmática e se encontra tal como intrometida pelo outro, ou seja, em seu estado original, em sua língua primeira, pré-verbal, protolinguagem (na acepção de McDougall, 1997)[43]; Entretanto preferimos a acepção *encravado,* de Laplanche, à denominação *amencial* ou *proscrito,* de Dejours. Parece mais adequado dizer que se trata de mensagens sexuais, mas encravadas (pois sem tradução, à espera de traduções), que de mensagens proscritas ou relegadas a um segundo plano. A ideia da atrofia pulsional de que fala o autor talvez seja interessante, mas somente se tomada no sentido de que essas mensagens carregam consigo um pulsional "atrofiado", embora altamente potencial, pois se essas mensagens chegarem a ser traduzidas poderão se tornar verdadeiros objetos-fonte da pulsão.

Neste mesmo sentido parece também incoerente falar de violência como manifestação da pulsão não sexual, como quer Dejours. Segundo a forma como a estamos entendendo, em vez de não sexual e coabitada pelo sexual, a violência de que fala Dejours seria definitivamente sexual. O que ocorre é que, por não encontrar a tradução e o recalcamento necessários à sua ligação, manifesta-se por uma desligação. É a tradução e o recalcamento que podem ligá-la a objetos em torno dos quais, recalcado ou traduzido, vai se constituir o aparelho psíquico em suas instâncias inconsciente e pré-consciente/consciente.

---

[42] É preciso notar aqui que o fato de as mensagens serem não enigmáticas para o sujeito não quer dizer que elas também sejam não enigmáticas para o outro. Uma mensagem pode ser enigmática para o outro sem ser para o sujeito; aliás, ser enigmática para o outro, ainda que o sujeito esteja aquém de qualquer comunicação (pois não dispõe do recalcamento), é o que permite dizermos que o sujeito recebe implantações ou intromissões sem nunca ter recebido qualquer mensagem antes.

[43] Ainda que uma linguagem muito primitiva, aquém da linguagem e do recalcamento, não devemos deixar de mencionar que ela já está codificada e isso provavelmente exerce alguma ação sobre o outro. E talvez seja precisamente esta "ação" que a torna enigmática para o outro, mesmo ainda não sendo enigmática para o sujeito que a manifesta.

O próprio sexual, neste sentido, é aquilo que, vindo do outro, implanta-se na forma de um código a partir do qual se instaura na criança a pulsão de tradução. Logo o não sexual, no sentido de Dejours, é, no sentido dado aqui, o "agir no corpo" (a excitação somática) que pela tradução e recalcamento se torna expressivo, necessitando tradução; Um agir que é expressivo para o outro, mas também para a criança. A criança sofre passivamente a sedução do outro, mas torna-se, em um segundo momento, ativa para ela ao se esforçar para traduzi-la. Neste esforço, seu corpo é erotizado, subvertido à ordem erótica. A mensagem enigmática constitui-se, assim, *après-coup*, como tradução e recalcamento daquilo que inicialmente veio do outro.

Parece claro agora que as manifestações psicossomáticas devem ser consideradas não como manifestações relacionadas a esse ou àquele tipo de mensagens, mas como testemunha desse fracasso radical da tradução do sujeito, como Laplanche caracteriza o inconsciente recalcado. Em vez de aceder ao recalcamento e à tradução da mensagem, por meio das quais a pulsão seria ligada à representação, talvez seja necessário pensarmos que esse sujeito permanece em um modo de funcionamento anterior em que não há pulsão, não há tradução e recalcamento.

Na verdade, é difícil imaginarmos que exista algum ser humano que não tenha algum nível de tradução e recalcamento, ou no qual ao menos não tenha sido implantada alguma mensagem. Sobre isso, há inclusive uma citação de Laplanche[44] na qual este assinala que, como não temos condições de saber se uma mensagem foi implantada ou intrometida (exceto depois da tradução e recalcamento), "nossa esperança terapêutica nos faz acreditar que pelo menos uma pequena parte das mensagens tenham sido implantadas – simplesmente como uma mensagem"[45]. Assim, cremos que a inexistência, ainda que em tese, do recalcamento e tradução no paciente psicossomático, não permite dizermos com segurança que ele não disponha de um psiquismo. O de que ele carece é o mecanismo de tradução e recalcamento como forma fazer ligar a pulsão, pois sem esse mecanismo a psicose, a psicossomatose ou as passagens ao ato – como bem mostra Dejours – ganham o primeiro plano.

[44] Referimos à resposta de Laplanche à primeira das questões propostas por Luchetti (2009) no artigo *Algunas cuestiones sobre el inconciente «enclavado» : sus contenidos, su organización, sus posibles câmbios*. As respostas de Laplanche foram incluídas ao final do artigo.

[45] Como o artigo foi acessado por meio eletrônico, não dispomos da página dessa citação literal.

III.3 As manifestações psicossomáticas do inconsciente encravado

Há pouco dizíamos que a intromissão de uma mensagem (portanto, plena, completa) parecia dar mostras de uma incapacidade do sujeito de suportar o "demasiado excesso" que poderia causar a tentativa não satisfatória de tradução de determinada mensagem encravada. Vamos agora retomar essa ideia a fim de discutir uma segunda, em que propomos tomar a manifestação psicossomática como uma espécie de superinvestimento no corpo resultante dessa maneira possível (uma espécie de "defesa" radical) que o sujeito encontrou para se proteger do sexual.

Fechando a representação em si, dizíamos que o sujeito não precisa traduzir o código, fica com ele pronto, na forma em que foi intrometido. Parece-nos que dessa forma seria possível pensarmos que esteja havendo aí um "superinvestimento" na mensagem (como se fosse a coisa em si) e não na tradução possível dela; Logo, não haveria elaboração psíquica (tradução) da mensagem, o corpo seria a própria atuação. Assim, a psicossomática seria uma atuação do corpo, e não da tradução dele. Talvez na psicose trate-se de algo parecido, mas a atuação esteja relacionada às ideias, e não propriamente ao corpo.

Nossa ideia é que pense no pensamento operatório de Marty e M'Uzan (1963), por exemplo, como essa espécie de funcionamento não dirigido pela pulsão de traduzir. Não parece haver tradução das mensagens, mas uma preservação intacta delas. Nesse paciente, o pensamento é operatório, não há recalcamento algum por detrás dele. Parece tratar-se, em última instância, de um código que não foi traduzido pelo sujeito e por trás do qual não há qualquer outro sentido ou, ao menos, de um código que ainda não pode ser revelado. Seguindo esse raciocínio, é possível que esteja faltando a esse paciente o instaurar ou o reinstaurar da situação originária de seu psiquismo, aquela por meio do qual ele poderia produzir traduções e recalcamentos.

Assim, parece-nos correto dizer que a psicossomática resultaria do excesso produzido no encontro do sujeito com essa realidade insuportável/incompreensível/traumática – por isso, sexual – para a qual ele não tem outros recursos para lidar. A mensagem é acolhida por inteira por ser de outra forma insuportável para o sujeito, que não dispõe de qualquer tradução possível para ela. Trata-se, como diria Laplanche (1992a), de um elemento não metabolizável.

Uma mensagem é não metabolizável até o momento em que o sujeito conseguir traduzi-la. Neste sentido, pensamos que não exista uma só mensagem que nunca possa ser

traduzida[46], o que não impede de dizer que provavelmente muitas delas permanecerão durante toda a vida do sujeito sem tradução, e é bem possível que entre elas estejam aquelas que Laplanche (2003b/2007) supôs constituírem o Supereu (conceito ainda não desenvolvido na TSG); porém o que notamos é que, segundo a TSG, toda mensagem é inicialmente intraduzível; somente mais tarde (no *après-coup*) tornar-se-á traduzível, quando novas formações pré-conscientes (oriundas de outras traduções) e novos códigos de tradução se mostrarem favoráveis a isso.

É o pseudoinconsciente do mitosimbólico, a terceira das acepções da palavra inconsciente de Laplanche, que então expõe um elemento adicional ausente nas contribuições de Dejours. Como já adiantamos, essa acepção se refere aos "ajudantes de tradução" (embora também possam ser traumatizantes), justamente porque auxiliam o paciente a proceder suas traduções.

O mitosimbólico vem, neste sentido, acrescentar um elemento importante a esse movimento de tradução e recalcamento da mensagem implantada ou intrometida por meio da sedução do adulto. Ele faz referência a elementos tradutivos presentes na cultura, nos mitos, nos rituais, na moral, etc. que dão ao sujeito códigos ("esquemas narrativos pré-formados", entre eles o *complexo de Édipo* e o *complexo de castração*, como diz Laplanche, 2003/2007) que o ajudam a realizar suas próprias traduções e retraduções do inconsciente encravado. Conforme vão sendo construídos pela cultura esses elementos ajudam o sujeito "a tratar, isto é, a ligar e simbolizar, ou ainda, a traduzir as mensagens enigmáticas traumatizantes que lhe vêm do adulto." (p. 212).

Com essa breve apresentação do mitosimbólico, chegamos ao final deste capítulo. Pensamos ter conseguido apresentar os elementos indispensáveis para pensarmos a psicossomática a partir da TSG, e ter debatido suficientemente algumas das divergências mais importantes entre Laplanche e Dejours. Teçamos agora nossas considerações finais.

[46] Laplanche (2003b/2007) é mais cauteloso e prefere dizer, em relação as mensagens encravadas: "algumas praticamente impossíveis de traduzir, outras na espera provisória de tradução" (p. 204). De qualquer forma, notamos que ele não diz diretamente *algumas impossíveis de traduzir*, mas introduz antes de *impossíveis* um *praticamente*, o que torna, a nosso ver, parecido com o que dissemos. Para nós, algumas mensagens são tão traumatizantes que se torna praticamente impossível para o sujeito traduzi-las, embora, em tese, talvez algum dia ele consiga fazer se as condições futuras se mostrarem mais favoráveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que acabou de ser discutido toma as manifestações psicossomáticas como aquilo que, em última análise, refere-se às mensagens encravadas de Laplanche (2003b/2007). Se no primeiro capítulo já havíamos apresentado concepções teóricas segundo as quais elas eram explicáveis por um mecanismo de ação bastante peculiar em relação ao recalcamento, temos agora ainda mais convicção de elas sejam manifestações clínicas cuja abordagem terapêutica difere especialmente daquela dos pacientes neuróticos bem-constituídos. Vimos, com a TSG, o psiquismo dos pacientes psicossomáticos ser concebido, diversamente dos outros pacientes, como constituído, em sua maior parte, apenas de mensagens inconscientes que, implantadas ou intrometidas, carecem de tradução. Se em Dejours (2001) elas são, por isso, não sexuais, em Laplanche (2003b/2007) concluímos que elas são necessariamente sexuais, porém igualmente desprovidas de tradução. Adotamos a partir daí as três acepções da palavra inconsciente apresentadas por Laplanche (2003b/2007) com as quais as mensagens inconscientes foram concebidas como, em um primeiro momento, encravadas, assim permanecendo; ou em um segundo momento, como passíveis de serem traduzidas ou recalcadas. É em razão de produzir as condições propícias para que esse segundo momento possa ocorrer que o indivíduo precisa contar com os ajudantes de tradução – a terceira das acepções da palavra inconsciente.

Ao enfrentar a questão relativa às manifestações clínicas, a qual nos remete a um aquém da elaboração psíquica, nosso trabalho empreendeu um percurso teórico para falar dessas formas de defesas radicais relacionadas a essa ordem do primitivo e do traumático, em especial no que se refere à psicossomática. Foi em razão do nosso contato, na clínica, com pacientes psicossomáticos que fomos levados a pesquisar a evolução “silenciosa” e muitas vezes mortal de suas manifestações clínicas, algo que, em princípio, parecia excluído do campo do sentido. Em face das dificuldades no manejo dessa clínica, nosso trabalho desenvolveu-se em torno da articulação entre a psicossomática e suas teorias explicativas de antes e com a TSG. Antes da TSG, trouxemos as contribuições de Freud e outras duas concepções teóricas estudadas na França como forma de discutir como a psicossomática vinha sendo entendida até então; mas foi com a TSG, especialmente no terceiro capítulo, que produzimos nosso debate sobre esse campo que terminados por concluir ser o das experiências primitivas na relação com o outro, anteriores ao pulsional representável. Na verdade, discutimos que essas experiências primeiras são, no final das contas, as que dão condições para o pulsional, ligando-o a representações e adicionando-lhe sentido. As

manifestações psicossomáticas, neste sentido, foram discutidas como testemunhas dessas falhas na constituição psíquica, exigindo do psicoterapeuta outras formas de lidar com elas que não as já conhecidas maneiras de lidar com os retornos do recalcado.

Gostaríamos agora, para terminar esse trabalho, de propor que pensemos sobre uma possível condição de passividade que podemos atribuir ao paciente psicossomático em sua relação com o sexual e à comunicação inconsciente derivada dele. Achamos que essa ideia, tal como discutiremos agora, talvez possa nos levar a repensar algo relacionado à clínica com o paciente psicossomático a partir do que trabalhamos e a expressar nossas considerações finais sobre o trabalho.

Vamos organizar esse capítulo em torno de quatro pontos principais. No primeiro, vamos discutir se a exibição de manifestações psicossomáticas pode ser entendida como expressão da passividade psíquica por parte do paciente; a partir daí debateremos, em um segundo, sobre as mensagens encravadas no paciente psicossomático como algo que pode e tem condições de ser traduzido; no terceiro conjecturaremos sobre o que teria faltado ao paciente impossibilitado de aceder à tradução, pensando em uma situação de instauração ou reinstauração da situação originária do psiquismo; e, por fim, no quarto e último ponto, discutiremos se é possível dizer, assim como faz McDougall, que é preciso ensinar aos pacientes psicossomáticos a vivenciar suas manifestações como mensagens. Antes, porém, uma nota.

Somos sabedores de que este trabalho tem seus limites, a começar por sua delimitação teórica. Em nosso recorte optamos por trabalhar somente com as concepções que tiveram à frente Freud, Marty, McDougall, Dejours e Laplanche. Em um curto percurso teórico buscamos elementos para propor um modelo explicativo para a psicossomática que se mostrou especialmente baseado na TSG. Não é que esse modelo não existisse antes, mas notamos não haver muito consenso entre os autores, e então sentimos a necessidade de fazê-los conversar mais. Como vimos no terceiro capítulo, o que produzimos não chega a ser um novo modelo teórico, na verdade, acreditamos simplesmente que pusemos em movimento alguns estudos que nos ajudam a esclarecer melhor esse grande "enigma" que ainda é a psicossomática. Chamamo-la propositalmente de *enigma* por acreditar que esta é uma das condições indispensáveis para que a doença psicossomática possa em algum momento se tornar menos psicossomática e mais psiconeurótica. Entendemos que somente enquanto enigma é que um código poderá ser traduzido, e naturalmente precisamos dominar algo dele para que possamos nos colocar nesta tarefa. Eis algo que talvez esteja faltando ao paciente psicossomático, por isso talvez seja válido falarmos sobre a passividade. Fechemos nossa

nota, e voltemos à ideia da passividade, cientes dos limites e do contexto em que vamos produzir nossas considerações finais a partir de cada um dos pontos citados. Vejamos o primeiro: as manifestações psicossomáticas são expressão de passividade psíquica?

Falamos da passividade no mesmo sentido de Laplanche (1992b)[47]; Para ele, a criança, por não dispor de conhecimentos para entender aquilo que vem do outro, é menos perfeita que o outro e, por isso mesmo, passiva em relação ao outro. Se entendermos que é a ausência ou fragilidade do mundo das traduções e recalcamentos o que caracteriza a passividade da criança em relação à sexualidade adulta, no sentido de Laplanche, somos levados a propor que, neste sentido, tanto a criança quanto o sujeito psicossomático encontra-se em uma situação de passividade. Logo, ambos, sem possibilidade de traduzir o sexual, reagem apenas psicossomaticamente à sexualidade. O corpo, neste sentido, é o reflexo do próprio sexual, bruto, imediato, e não a tradução possível dele.

Como discutido em relação à escola francesa de psicossomática, sabemos que os pacientes psicossomáticos não expressam seus sintomas em termos de conflito; logo – pensamos nós – uma manifestação psicossomática, sem tradução possível para o paciente, não deve ser considerada como expressão de uma sexualidade vivida passivamente? Isto, pois, não é a própria tradução/recalcamento o que expressa a atividade por parte do paciente? A não ser que a psicossomática venha ser considerada uma forma outra de resposta ao sexual. Mas, ainda que sob uma forma outra, essa "resposta" não pressuporia, por isso, alguma atividade?

Como dissemos, entendemos que se é a presença da tradução/recalcamento o que nos dá mostras de um esforço ativo do sujeito, então devemos considerar que, ao menos em tese, as manifestações psicossomáticas apontam para uma passividade. Lembremos do último capítulo em que dissemos que a psicossomática se refere, antes de qualquer coisa, ao primeiro tempo do trauma – portanto, à experiência da passividade fundante do psiquismo. Isto nos leva a propor que esta tem características similares àquelas da criança – características que sujeitam o indivíduo às mensagens implantadas e intrometidas pelo outro. O inconsciente recalcado do paciente está empobrecido e seu corpo age sem que haja um predomínio do psiquismo sobre o funcionamento biológico. O corpo não foi subvertido – como fala Dejours – à ordem erótica, por isso o paciente está muito mais suscetível aos traumatismos, está em uma situação que o impossibilita de traduzir suas próprias excitações; mas parece-nos que há tempo para conduzir esse sujeito à ordem erótica; e é aí que essa passividade parece ter

[47] Laplanche buscou em Leibniz (1714/2009) inspiração para desenvolver sua concepção de passividade. Sobre isso ver os parágrafos iniciais da subseção II.1.3 – *Teoria da Sedução Originária*.

relação direta com a clínica do paciente psicossomático. Chegamos então ao nosso segundo ponto: são as mensagens encravadas algo que precisa de tradução?

Quando apresentávamos as ideias de McDougall[48] chamamos a atenção para um aspecto no trecho de um de seus livros em que a autora se referia à doença psicossomática como um "soma mudo", como a mensagem muda do soma, como aquilo que, para ela, costuma ser expresso por meio do conceito de *recalcamento originário*. Embora Laplanche trate a psicossomática como ligada a representações anteriores ao recalcamento originário, para ambos os autores, no entanto, essas representações estão aquém da palavra, do pré-consciente, com pouquíssimas chances de se tornarem material para a construção fantasmática. Assim, se para McDougall (1997) estas mensagens carecem de palavras, cabendo ao terapeuta o papel de ajudar o paciente a dar palavras a esse soma, em que ele possa passar do corpo "bio" lógico para o "psico" lógico, pensamos que com Laplanche algo não muito diferente pode ser concebido.

Como pode ser percebido, estamos tentados a fazer valer certa equivalência entre as mensagens mudas do soma de McDougall e as mensagens encravadas de Laplanche, mas somente para dizer que, se o soma do paciente psicossomático está ligado às mensagens encravadas, é porque estas ainda não se tornaram ligadas ao inconsciente recalcado; parecem precisar de algo somente possível por meio da relação com o outro e do auxílio do mitosimbólico; de algo que coloque em movimento o processo de tradução e, depois, retradução, e assim por diante, ou seja, algo que exerça uma espécie de narcisização[49] do sujeito. A noção de situação antropológica fundamental da TSG talvez nos permita explicar melhor o que estamos propondo. Trata-se de considerar o inconsciente encravado do paciente psicossomático tal qual o inconsciente da criança na situação originária do psiquismo humano – a situação antropológica fundamental. É a essa altura que é preciso introduzir o terceiro ponto que propomos para organizar nosso debate: Faltaria ao paciente psicossomático uma situação originária do psiquismo tal qual a do sujeito neurótico?

---

[48] Cf. Primeiro capítulo deste trabalho em sua terceira subseção, no item 1.3.2: *A psicossomática de McDougall...*

[49] Remetemos aqui ao livro *A fundação do inconsciente: desejos de pulsão, desejos do sujeito* de Sílvia Bleichmar, publicado em português pela Editora Artes Médicas em 1994. A autora propõe pensar que para conseguir adentrar "no mundo da linguagem pré-consciente e assim frear seus modos de evacuação compulsivos e instaurar vias colaterais que propiciem um entramado ligador desde as origens", a criança precisa "de um semelhante que se aproxime à cria humana com representações totalizantes, narcisistas". Contudo, é preciso que esses "sistemas representacionais do auxiliar materno estejam em pleno funcionamento para poderem gerar condições de ligação para a criança. Traumatismos severos da mãe, por exemplo, podem impedir esse processo". (p. 31)

Há pouco nos propusemos a falar de certa semelhança entre o psiquismo infantil e o psiquismo do paciente psicossomático, e chegamos a isso por entendermos que ambos não dispõem dos códigos de tradução da sexualidade inconsciente adulta (noção de passividade) e respondem psicossomaticamente ao encontro com o sexual (noção de sedução) e seu parceiro da sedução; como defende a TSG, é um adulto que implanta ou intromete mensagens pré-conscientes parasitadas pelo sexual inconsciente. Na situação antropológica fundamental a sedução é vista como aquilo que favorece as vias de implantação/intromissão e tradução/recalcamento da mensagem. Será isso também possível na psicossomática? Ou o sujeito psicossomático estaria para sempre fadado a não traduzir as mensagens de seu inconsciente encravado?

A nosso ver, talvez precise acontecer algo como o que ocorre na situação antropológica fundamental para que as mensagens encravadas no paciente psicossomático possam ser traduzidas. Vejamos se isso é possível e, se for, de que forma e que novidade nos traz.

No caso da criança, aquela que ainda não fala, Laplanche (2002/2007) diz que ela está fadada ao desamparo. O amparo ela encontrará no adulto. Questão é que esse adulto, "dotado" de recalcamento, lhe emite mensagens pré-conscientes, parasitadas pelo inconsciente recalcado e que ela ainda é incapaz de compreender, como já dissemos várias vezes. Na impossibilidade de traduzir/recalcar a criança, excitada pelos cuidados impregnados de sexualidade destinados pelo adulto a ela, reage psicossomaticamente, e essa reação provoca um novo movimento de traduções e recalcamentos por parte do adulto. A própria criança só depois traduz e recalca, ou seja, esforça-se para ligar e livrar-se desse excesso. Sabemos ser esse o processo por meio da qual ela constitui seu psiquismo, enriquecendo o inconsciente recalcado e o pré-consciente, ou seja, ligando psiquicamente a excitação sexual.

A partir desse ponto de vista laplancheano, é possível dizer com base no que discutimos até agora que tanto a criança quanto o paciente psicossomático podem ser vistos como sujeitos cujo psiquismo não dispõe de recursos simbólicos suficientes para regular a excitação sexual. Ambos precisam do amparo de um outro – amparo no mesmo sentido que é encontrado em Freud (1910 [1909]/1986): "a primitiva escolha objetal da criança [...] deriva de sua necessidade de amparo" (p. 42). Partindo desta condição, é justamente pelo encontro com o outro, aquele que ampara, que tanto a criança quanto o paciente psicossomático pode desenvolver um inconsciente recalcado, ou seja, tornar-se humano (lembremos, por exemplo, o sentido de subversão libidinal de Dejours, 2001, e o mecanismo de perlaboração pelo sonho descrito por esse mesmo autor).

Seguindo nosso raciocínio, a situação que daria origem ao psiquismo (no sentido da diferenciação tópica entre inconsciente e pré-consciente) refere-se não somente ao encontro daquele cujo inconsciente recalcado é inexistente, altamente despreparado, com o inconsciente do mundo adulto (como é o caso da criança), mas também a toda situação em que, de forma semelhante, o indivíduo cujo inconsciente recalcado seja "pobre", não regulado prioritariamente pelo recalcamento (como é o caso da paciente psicossomático), é exposto à sexualidade. A nosso ver, não é a mera constituição da tópica que livra o sujeito da exposição traumática ao sexual, mas sim, a capacidade que ela detém de elaborar psiquicamente o trauma. Estamos partindo da ideia de que um sujeito que já tenha produzido muitas traduções está mais bem preparado para lidar com as tensões no encontro com a realidade que aquele que não, como é o caso da criança e que estendemos também ao paciente psicossomático. Estamos dizendo que, mais que uma construção tópica, é preciso que o sujeito a tenha de forma bem-constituída. É preciso que suas representações pré-conscientes oriundas do recalcamento sejam capazes de auxiliar as novas traduções e que as mensagens encravadas não se mantenham para sempre no inconsciente não recalcado, mas possam tornar-se a qualquer momento pré-conscientes. Para isso, o que falta é justamente a ligação pulsional de modo satisfatório, isto é, a ligação da excitação sexual a um grande número de representações capazes de fazer com que o sujeito possa se livrar do excesso por meio da tradução/recalcamento e não apenas (ou prioritariamente) de forma psicossomática[50].

Assim, um indivíduo que não dispõe de mensagens, ou que delas dispõe como produto do primeiro tempo do trauma (aquele fruto da implantação ou intromissão da mensagem), tem provavelmente um inconsciente no sentido originário (ou se tem um inconsciente recalcado ele é muito pequeno), ou seja, sem recalcamento, regido pela consciência, pelo raciocínio lógico, pelo atual (não tem memória). Trata-se, neste sentido, do funcionamento psicossomático puro, aquele da autoconservação, do biológico, porém um biológico que contém o investimento sexual do outro, com o qual, no entanto, nem a criança

[50] A ideia que justifica esse processo é a do trauma em dois tempos. Vimos que o trauma psíquico somente ocorre em um segundo momento. No primeiro a mensagem é apenas implantada (inscrita) ou intrometida, ficando em um estado de latência, e só em um segundo momento, quando em melhores condições de compreender, é revificada desde o interior, exigindo tradução – uma tradução sempre incompleta, que deixa para trás um resto de tradução que será recalcado, formando aquilo que na teoria freudiana foi denominado como o Isso e Laplanche chamou de objetos-fonte da pulsão. É a partir desse processo que o corpo, até então apenas autoconservação, com trocas somente entre interno e externo, ganha um a mais de prazer impossível de traduzir. Precisamente aí está o caráter enigmático das mensagens adultas (sexuais) às quais a criança, por seu despreparo, fica exposta, e para as quais não obtém toda a tradução possível, inclusive porque o adulto também não a detém. Em torno dessa pulsão de traduzir, a criança liga a excitação sexual às representações dando destino psíquico em vez de liberá-la diretamente no corpo.

nem o paciente psicossomático sabem o que fazer. Eles carecem traduzir/recalcar, ou seja, elaborar psiquicamente a excitação (e só assim, sendo traduzidas, essas excitações seriam verdadeiramente psíquicas, ou seja, ligadas a representações inconscientes recalcadas). Sem esse recurso psíquico, resta-lhes tão somente a via biológica, das manifestações psicossomáticas. Se esse sujeito deve ser chamado de psicossomático e não somente de somático, é precisamente porque é no soma que o sexual (não elaborado) alcança descarga. Por isso já dissemos em algum momento que não se trata apenas do funcionamento biológico, mas de um hiperfuncionamento das funções corporais em função da exposição ao sexual. Assim, é como se disséssemos que o que falta ao corpo psicossomático é sua ligação pulsional, ou seja, sua elaboração pré-consciente/inconsciente-recalcado. Como fala McDougall (1997), esses sujeitos precisam aprender "... a vivenciar seus sintomas somáticos como comunicações, a prestar-lhes atenção na tentativa de identificar as pressões internas e externas que os precipitam e, assim, investi-los com significado" (p. 182). Entretanto, sabemos que a autora fala em significantes primitivos, ou seja, em algo psíquico ligado ao recalcamento primário, e sabemos que Laplanche e Dejours falam de algo anterior ao próprio recalcamento primário.

Assim chegamos ao nosso quarto e último ponto de debate: como então "ensinar" esses pacientes a vivenciar seus sintomas somáticos como comunicações, partindo do que sugere McDougall (1997)?

Acabamos de adentrar, portanto, na clínica com o paciente psicossomático. Para isso, parece-nos ser preciso dizer que não se trata de opor sexual a não sexual, como faz Dejours (2001)[51], mas mensagem enigmática (tradução oca ou em vazio) a mensagem sem enigma (tradução em pleno[52]), como podemos pensar com Laplanche (1997a), e essa questão nos abre espaço para pensar a clínica. É preciso, a nosso ver, "enigmatizar" essa mensagem.

Nossa ideia compartilha da suposição de Laplanche[53] de que nem todas as mensagens que chegam ao sujeito psicossomático sejam intrometidas. Assim como o autor, acreditamos

[51] Se para Dejours (2001) é preciso pensar em dois diferentes modos de defesa que atuam simultaneamente e sem que um tenha conhecimento do outro, acreditamos que bastaria pensarmos em mensagens enigmáticas e mensagens não enigmáticas em um mesmo sujeito, ou seja, mecanismos de defesa psíquicos e reações psicossomáticas. Quando a excitação não pode ser conduzida por meio das representações psíquicas, ela pode ser liberada no corpo.

[52] Estamos baseando na transferência em pleno ("*transfert en plein*") e transferência em oco ("*transfert en creux*"). A primeira estaria bloqueada por aquilo mesmo que ela repete (relações objetal infantil) e a segunda estaria relacionada à reinstauração da situação originária, pois "não é satisfeita por tal ou qual imago" (Laplanche, 1997a, p. 1191).

[53] Como não há como saber se uma mensagem foi implantada ou intrometida, senão depois da tradução e recalcamento, Laplanche admite que, na verdade, sempre trabalhamos na clínica com a suposição de que

que deve haver entre elas algumas implantadas, mas que, pelo reduzido funcionamento do recalcamento, continuam não traduzidas, levando-nos a pensar que o mecanismo psicossomático seja uma forma de escoamento da excitação pelas vias somáticas. Logo, sentimo-nos autorizados a dizer que se há algo de que esses pacientes carecem para funcionar pelo recalcamento, é justamente a reinstauração da situação originária, aquela dada pela situação antropológica fundamental (que fizemos referência no terceiro ponto de nossas discussões); se há algo capaz de impedir as psicossomatizações, portanto, é essa passagem das mensagens de um estado encravado (psicossomático) para um estado traduzido/recalcado (psíquico). Pela forma com que trabalhamos aqui, as condições encontradas por este paciente outrora provavelmente não haviam sido favoráveis à tradução e recalcamento, mostravam-se "demasiadamente excessivas", impossíveis de traduzir se apenas parcialmente. Assim, parece válido dizer que é necessária uma nova oportunidade, novos elementos, para que essas mensagens "demasiadamente excessivas" de outrora possam novamente ser postas em jogo no sentido da tradução.

Para que isso possa ocorrer, já discutimos com a TSG que o paciente precisa ser verdadeiramente o receptor da mensagem, ou seja, precisa se posicionar diante dela de forma ativa. Ele precisa de uma situação que, tal como a situação antropológica fundamental originária do psiquismo, seja capaz de promover esse jogo, de atualizar (ou instaurar) a situação originária[54].

Estamos, então, supondo que a entrada do indivíduo em uma situação de retomada da situação antropológica fundamental poderia se dar em toda situação que reconduza o paciente ao exercício de tradução e recalcamento das mensagens. É preciso que, diante de mensagens enigmáticas emitidas pelo adulto (na psicoterapia ou na prestação dos cuidados em saúde dirigidos a ele, por exemplo), ao invés da psicossomatização o paciente dirija-se para a sua compreensão, ou seja, para uma retomada ativa que leve à tradução. É claro que entre dizer que uma dada situação é capaz de reconduzir o paciente ao exercício da tradução e supor

---

alguma implantação tenha havido em algum momento (Ver nota 39). Na verdade, pelo que desenvolvemos neste trabalho, chegamos a se questionar se seria mesmo necessário classificar as mensagens em intrometidas e implantadas. A nosso ver, toda mensagem é violenta quando ultrapassa a capacidade de compreensão da criança. O que a mantém encravada não parece ser propriamente o processo de intromissão, mas a incapacidade da criança de traduzi-la. Quanto mais a criança vai adquirindo traduções e esquemas narrativos oferecidos pelo mitosimbólico, mais ela poderá traduzir/recalcar suas mensagens, mesmo as mais violentamente implantadas (ou intrometidas, pois violentamente implantadas).

[54] Talvez possa ser justamente a situação de atendimento em saúde, aquela que se constitui em torno dos cuidados em saúde destinados ao paciente em virtude das suas somatizações, uma destas possíveis situações. Esta é, aliás, a hipótese que na introdução dissemos que seria necessário adiarmos para um próximo trabalho, pelos motivos já lá citados.

diretamente a partir daí a possibilidade de reproduzí-la em consultório incorre em muitas outras questões a serem consideradas que, por ora, não temos condições de desenvolver aqui. Uma delas, por exemplo, pode ser a de que se o terapeuta agir tal como o adulto no caso da situação antropológica fundamental, ou seja, ignorando a existência de seu próprio enigma, ele provavelmente estará tendo mais uma atuação que propriamente aplicando algum método terapêutico. Logo, será impossível assegurar que a situação seja efetivamente terapêutica, ou seja, que possa de fato atualizar ou instaurar a situação orignária, aquela por meio da qual o sujeito obtém condições de começar (ou recomeçar) a realizar suas traduções e recalcamentos.

Com essas conjecturas e conclusões discutidas por meio dos quatros pontos de dabate organizadores do capítulo, podemos dizer que estamos terminando essa pesquisa propondo novas questões para serem pensadas. Podemos lembrar, por exemplo, dos apontamentos que fizemos sobre as divergências/convergências entre os autores que estudamos e as aproximações que ousamos estabelecer entre seus vários conceitos (como o de mensagens mudas do soma, mensagens do inconsciente encravado e mensagens do inconsciente amencial), mas talvez o principal desses elementos seja mesmo o de termos tomado as manifestações psicossomáticas como relacionadas à capacidade do sujeito de responder psiquicamente à sexualidade.

Na verdade, quando procuramos articular as manifestações psicossomáticas às teorias que levam em conta o inconsciente, partimos de posicionamentos teóricos em que falar de inconsciente no paciente psicossomático até parecia, em princípio, um contrassenso, pois permitia admitirmos que a psicossomática pudesse ser vista como manifestações de outra ordem que não a das provenientes do inconsciente. É o caso, por exemplo, de se conceber topicamente um inconsciente paralelo ao inconsciente no sentido freudiano, como faz Dejours (2001). Mesmo mantendo a denominação inconsciente, seu "amencial", seguindo-se rigorosamente suas ideias, é outra coisa, que ocorre simultaneamente com o inconsciente no sentido recalcado e independentemente dele. Se esse último é o inconsciente no sentido freudiano, aquele outro seria um inconsciente da ordem do corpo, do soma, de uma ordem outra que não a do inconsciente recalcado. Aliás, é isso que o autor conclui em outro livro seu, mais recente, *Les dissidences du corps* (Dejours, 2009): "O dualismo fundamental entre pulsão de vida e pulsão de morte, essencial à teoria dos processos de 'somatização', implica, no final das contas, em um outro dualismo – o dualismo psico/soma."; e ainda na mesma página: "O dualismo que aqui se trata é um dualismo entre duas ordens: a ordem de biológica e a ordem fisiológica" (2009, p. 191). Talvez esteja aí um dos pontos mais difíceis de aceitar em Dejours: o da pulsão não sexual de morte.

Esse tipo de perspectiva teórica nos pareceu opor soma e psique, de modo que o inconsciente, uma instância necessariamente psíquica, aparecia no indivíduo psicossomático fragilizada, isto quando aparecia. Foi-nos difícil concordar que o sujeito psicossomático não "tenha" um inconsciente recalcado. Todo ser humano provavelmente o tem, o que talvez tenhamos que reconhecer é que suas relações são outras. Assim, o trajeto que concebemos adotou a Teoria da Sedução Generalizada (TSG) de uma forma um pouco diferente da adotada por Dejours, entendendo-a como uma concepção teórica segundo a qual nenhum ser humano escapa à sexualidade inconsciente.

Destarte, com base especialmente nas convergências e divergências entre as posições de Dejours (2001) e Laplanche (2003b/2007), nosso desenvolvimento teórico no capítulo III concebeu o inconsciente no paciente psicossomático da mesma forma como é constituído nos outros pacientes, ou seja, por mensagens advindas do outro. Ocorre que no paciente psicossomático essas mensagens estariam como que paralisadas em um estado anterior ao do recalcamento secundário, no sentido freudiano. Não obstante, como já assinalamos, é bem provável que alguma parte dessas mensagens já tenha sido traduzida/recalcada. As que, por falta de condições favoráveis, não puderam ser traduzidas (segundo Dejours, 2001, a violência interpretativa dos pais em relação ao psicossoma da criança é o motivo para isso), em lugar de serem "tratadas" (como diz Laplanche, 2003/2007), isto é, de ter havido uma elaboração psíquica da excitação sexual, supomos que um superinvestimento do soma teria ocorrido no sujeito – em outras palavras teria havido um funcionamento excessivo do soma. Daí concluímos que a tradução e o recalcamento não estariam cumprindo o seu papel no tratamento psíquico das mensagens que a todo o tempo chegam até o indivíduo.

Assim encerramos este trabalho, por estarmos convictos de ter produzido, por meio de uma dissertação, algo que ajuda – especialmente aqueles que adotaram a TSG como fundamento teórico de sua prática clínica ou pesquisa científica – a compreender um dos fenômenos clínicos bem importantes da atualidade: as manifestações psicossomáticas.

BIBLIOGRAFIA

Beck, D., & Frank, Y. (Junho de 2003). *O médico e o paciente psicossomático resistente ao tratamento.* (F. Amorim, Ed., & F. Amorim, Trad.) Acesso em 20 de 07 de 2011, disponível em Radscan: Educação Médica Continuada à Distância: http://www.radscan.com.br/psicos.htm

Cardoso, M. R. (2011). Das neuroses atuais às neuroses traumáticas: continuidade e ruptura. *Revista Latinoamericada de Psicopatologia Fundamental, 14, n.1*, 70-82.

Dejours, C. (2001). *Le corps, d'abord.* Paris: Payot & Rivages.

Dejours, C. (2005). As três formas de agir. In: C. Dejours, *O fator humano* (M. J. Tonelli, Trad., 5ª ed., pp. 67-71). Rio de Janeiro: FGV.

Dejours, C. (2009). *Les dissidences du corps: repression et subversion en psychosomatique.* Paris: Payot & Rivages.

Fain, M. (Março/Abril de 1981). Vers une conception psychosomatique de l'inconscient. *Revue Française de Psychanalyse, Vol. XLV, nº 2*, 281-292.

Ferraz, F. C. (2005). Das neuroses atuais à psicossomática. In: F. C. Ferraz, & R. M. Volich (orgs), *Psicossoma I: psicanálise e psicossomática* (2ª ed., pp. 25-40). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Freud, S. (1895/1986). Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de "neurosis de angustia". In: S. Freud, *Obras completas* (2ª ed., Vol. III, pp. 85-115). Buenos Aires: Amorrortu editores.

Freud, S. (1896a/1986). Fragmentos de la correspondencia con Fliess (Carta 52). In: S. Freud, *Obras completas* (2ª ed., Vol. I, pp. 274-279). Buenos Aires: Amorrortu editores.

Freud, S. (1896b/1986). La etiología de la histeria. In: S. Freud, *Obras completas* (2ª ed., Vol. III, pp. 185-218). Buenos Aires: Amorrortu editores.

Freud, S. (1896c/1986). La herencia y la etiología de las neurosis. In: S. Freud, *Obras completas* (2ª ed., Vol. III, pp. 139-156). Buenos Aires: Amorortu editores.

Freud, S. (1896d/1986). Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. In: S. Freud, *Obras completas* (2ª ed., Vol. III, pp. 157-184). Buenos Aires: Amorrortu editores.

Freud, S. (1897/1986). Fragmentos de la correspondencia con Fliess (Carta 69). In: S. Freud, *Obras completas* (2ª ed., Vol. I, pp. 301-302). Buenos Aires: Amorrortu editores.

Freud, S. (1905/1986). Tres ensayos de teoría sexual. In: S. Freud, *Obras completas* (2ª ed., Vol. VII, pp. 109-224). Buenos Aires: Amorrortu editores.

Freud, S. (1910 [1909]/1986). Cinco conferências sobre psicoanálisis (Conferência IV). In: S. Freud, *Obras completas* (2ª ed., Vol. XI, pp. 36-44). Buenos Aires: Amorrortu editores.

Freud, S. (1914/1986). Introducción del narcisismo. In: S. Freud, *Obras completas* (2ª ed., Vol. XIV, pp. 65-98). Buenos Aires: Amorrortu editores.

Freud, S. (1915/1986). Lo inconciente. In: S. Freud, *Obras completas* (2ª ed., Vol. XIV, pp. 153-214). Buenos Aires: Amororтu editores.

Freud, S. (1915/2004). Pulsões e destinos da pulsão. In: S. Freud, *Obras psicológicas: Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (L. A. Hanns, Trad., pp. 133-173). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1917a/1986). Conferencias de introducción al psicoanálisis (continuación). El sentido de los síntomas (17ª conferencia). In: S. Freud, *Obras completas* (2ª ed., Vol. XVI, pp. 235-249). Buenos Aires: Amorrortu editores.

Freud, S. (1917b/1986). Conferencias de introducción al psicoanálisis (continuación). El estado neurótico común (24ª conferencia). In: S. Freud, *Obras completas* (2ª ed., Vol. XVI, pp. 344-356). Buenos Aires: Amorrortu editores.

Freud, S. (1920/1986). Más allá del principio de placer. In: S. Freud, *Obras completas* (2ª ed., Vol. XVIII, pp. 1-62). Buenos Aires: Amororтu editores.

Freud, S. (1926/1986). Inhibición, síntoma y angustia. In: S. Freud, *Obras Completas* (2ª ed., Vol. XX, pp. 71-164). Buenos Aires: Amorrortu editores.

Freud, S. (1927/1986). Fetichismo. In: S. Freud, *Obras completas* (2ª ed., Vol. XXI, pp. 141-152). Buenos Aires: Amorrortu editores.

Freud, S. (1933/1986). Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. Angustia y vida pulsional (32ª conferência). In: S. Freud, *Obras completas* (2ª ed., Vol. XXII, pp. 75-103). Buenos Aires: Amorrortu editores.

Freud, S. (1938/1986). Esquema del psicoanálisis. In: S. Freud, *Obras Completas* (2ª ed., Vol. XXIII, pp. 133-209). Buenos Aires: Amorrortu editores.

Freud, S., & Breuer, J. (1893-95/1986). Estudios sobre la histeria (Breuer y Freud). In: S. Freud, *Obras completas* (2ª ed., Vol. II, pp. 1-316). Buenos Aires: Amorrortu editores.

Israël, L. (1974). *El Goce de la Histérica.* (Escuela de Filosofía Universidad ARCIS, Ed.) Acesso em 05 de Dezembro de 2011, disponível em http://www.philosophia.cl/biblioteca/israel/El%20Goce%20de%20la%20Hist%E9rica.pdf

Laplanche, J. (1985). *Vida e Morte em Psicanálise.* (C. B. Mourão, & C. F. Santiago, Trads.) Porto Alegre: Artes Médicas.

Laplanche, J. (1987). *Problemáticas I: A Angústia* (1º Edição Brasileira ed.). (Á. Cabral, Trad.) São Paulo: Marins Fontes.

Laplanche, J. (1988a). *Teoria da sedução generalizada e outros ensaios.* (D. Vasconcellos, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas.

Laplanche, J. (1992a). Implantation, intromission. In: J. Laplanche, *La révolution coperniciene inachevée* (pp. 355-358). Paris: Aubier.

Laplanche, J. (1992b). *Novos fundamentos para a psicanálise.* (C. Berlinger, Trad.) São Paulo: Martins Fontes.

Laplanche, J. (1992c). *Problemáticas IV: O Inconsciente e o Id* (1ª ed.). (Á. Cabral, Trad.) São Paulo: Martins Fontes.

Laplanche, J. (Outubro/Dezembro de 1997a). Buts du processus psychanalytique. *Revue française de psychanalyse, Vol. LXI, nº 4*, 1181-1194.

Laplanche, J. (1997b). *Freud e a Sexualidade: o desvio biologizante.* (L. Magalhães, Trad.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Laplanche, J. (2002/2007). À partir de la situation anthropologique fondamentale. In: J. Laplanche, *Sexual. La sexualité élargie au sens freudien* (pp. 95-108). Paris: Presses universitaires de France.

Laplanche, J. (2003a/2007). Le genre, le sexe, le sexual. In: J. Laplanche, *Sexual: La sexualité élargie au sens freudien* (pp. 153-193). Paris: Presses universitaires de France.

Laplanche, J. (2003b/2007). Trois acceptions du mot "inconscient" dans le cadre de la théorie de la séduction généralisée. In: J. Laplanche, *Sexual. La sexualité élargie au sens freudien* (pp. 195-213). París: PUF.

Laplanche, J., & Pontalis , J. -B. (1967/1983). *Vocabulário da psicanálise* (7ª ed.). (P. Tamen, Trad.) Lisboa: Martins Fontes.

Leibiniz, G. W. (1714/2009). A monadologia ou princípios da filosofia. In: G. W. Leibniz, *A monadologia e outros textos* (F. G. Souza, Trad., pp. 25-42). São Paulo: Hedra.

Luchetti, A. (Março de 2009). *Algunas cuestiones sobre el inconciente «enclavado» : sus contenidos, su organización, sus posibles cambios.* Acesso em 25 de fevereiro de 2012, disponível em http://www.revistaalter.com/Revistas/Numero4/sobre%20el%20inconsciente%20enclavado.htm

Marty, P. (Janeiro/Fevereiro de 1968). La dépression essentielle. *Revue Française de Psychanalyse, Vol. XXXII, nº 1*, 595-598.

Marty, P. (2001). La psychosomatique en 1981: les processus de somatisation. *Revue française de psychosomatique, Vol XIX, nº 1*, 161-171. Acesso em 18 de Dezembro de 2011, disponível em http://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychosomatique-2001-1-page-161.htm

Marty, P., & M'Uzan, M. (1963). La "pensée opératoire". *Revue Française de Psychanalyse, Vol. XXVII* (Edição especial: XXIII Congrès des Psychanalystes de Langues Romanes), 345-356.

McDougall, J. (1983). O psicossoma e a psicanálise. In: J. McDougall, *Em defesa de uma certa anormalidade* (pp. 133-142). Porto Alegre: Artmed.

McDougall, J. (1991). *Teatros do Corpo* (1ª ed.). (P. B. Rondon, Trad.) São Paulo: Martins Fontes.

McDougall, J. (1997). *Múltiplas Faces de Eros: Exploração psicoanalítica da sexualidade humana.* São Paulo: Martins Fontes.

Organização Mundial de Saúde. (2007). *CID-10 - Classificação Internacional de Doenças* (10ª ed.). (Centro Colaborador da OMS para a CID-10, Trad.) São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

Ramos, G. A. (2003). *Angústia e sociedade na obra de Sigmund Freud.* Campinas: Editora da UNICAMP.

Ramos, G. A. (2008). *Histeria e psicanálise depois de Freud.* Campinas: Editora da Unicamp.

Ribeiro, P. C. (1996). Sedução generalizada e primazia do sexual. *Percurso, Vol. XVI, nº 1*, 49-57.

Vidigal, M. J. (Janeiro-Junho de 2004). Enigma da psicossomática. *Revista Portuguesa de Psicossomática, Ano/Vol. 6, n. 001*, 45-54.

Vieira, W. C. (2004). A psicossomática de Pierre Marty. In: F. C. Ferraz, & R. M. Volich, *Psicossoma I: Psicanálise e Psicossomática* (2ª ed., pp. 17-24). São Paulo: Casa do Psicólogo.