

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Éline Batistella

A DOENÇA E A RESISTÊNCIA (IM)POSSÍVEL

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO
2012

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Éline Batistella

A DOENÇA E A RESISTÊNCIA (IM)POSSÍVEL

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação de mestrado apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica sob a orientação da Profa. Doutora Denise Bernuzzi de Sant'Anna

SÃO PAULO

2012

BANCA EXAMINADORA

AGRADECIMENTOS

À Denise Bernuzzi de Sant'Anna, que caminhou ao meu lado respeitando meus passos de maneira competente, parceira e positiva e pelo carinho com que acolheu meus anseios, me ensinando que é possível pesquisar com prazer e leveza, meus mais profundos agradecimentos.

À Maria Helena Fernandes, pela leitura cuidadosa de generosa disponibilidade e carinho, minha gratidão e admiração.

Ao professor Dr. Luis Cláudio Figueiredo, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação, meu especial agradecimento.

Aos meus amigos e parceiros de trabalho do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia que, não recuando perante o desafio no corpo-a-corpo com tanta diversidade e angústia, têm sido importantes parceiros na construção de um campo de trocas, profissionais e humanas, de valor inestimáveis, meu muito obrigada.

A todos aqueles, pacientes e supervisionandos, cujos dramas tive a oportunidade de acompanhar, pelo estímulo a continuar acreditando na capacidade humana de transformação, meu afeto e gratidão.

Aos meus familiares e meus próximos, pela compreensão e paciência diante do meu distanciamento temporário e, sobretudo aos meus pais, de quem aprendi o valor da persistência e colhi meus mais caros valores éticos, minha eterna consideração e respeito.

Arrigo Barnabé:

*Como já dizia o meu amigo-poeta Itamar Assunção:
doa em quem doer, ninguém quer morrer
todo mundo quer só um dia nascer.*

Élida Tessler (2004, p. 166)

RESUMO

Este trabalho propõe investigar o corpo como campo de manifestação de resistência aos poderes sobre a vida do sujeito, nas sociedades ocidentais da atualidade. *Lócus* privilegiado sobre o qual incidem estratégias de poder e de produção de saberes, o corpo se impõe na clínica psicanalítica, seja participando de formações sintomáticas ou mesmo de manifestações de formações subjetivas não patológicas. Tendo como ponto de partida uma questão surgida na clínica psicanalítica de um tipo de fracasso terapêutico, lançamos a hipótese da doença orgânica podendo ganhar um sentido de resistência ao outro que submete o sujeito, construída na ausência de outras formas subjetivas de insubmissão. O argumento desse trabalho será desenvolvido apoiado sobre a apresentação de uma sinopse de um caso clínico. Na articulação entre o desenvolvimento do conceito de resistência e do lugar e possibilidades do corpo dentro do campo psicanalítico e no pensamento de Foucault, pretendemos destacar a dimensão ética e política da clínica psicanalítica.

Palavras-chave: Corpo, Doença, Resistência, Biopolítica.

ABSTRACT

The purpose of this study is to examine the body as the field where resistance to the powers over the subject's life manifests, in modern western society. The body, a privileged *locus*, is where power methods and knowledge production fall upon. Due to this, it finds its way into psychoanalytic practice through participation in symptomatic formations, or, even, through manifestations of subjective non-pathological formations. Based upon an issue of a specific therapeutic failure, arisen in psychoanalytic practice, we introduce the hypothesis that organic disease could possibly mean resistance against the other who have subjugated the subject, and which is built upon the absence of other subjective forms of rebellion. The topic of this paper will be developed presenting a clinical case synopsis as basis. In joining the development of the resistance concept, along with the place and possibilities of the body within the psychoanalytic field, to the philosophical thinking inspired by Foucault, our intention is to highlight the ethical and political dimension of psychoanalytic practice.

Keywords: Body, Disease, Resistance, Biopolitics.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1. O CORPO E A DOENÇA NO CORPO	15
1.1 Elementos para uma concepção contemporânea do corpo.....	16
1.2 A experiência do adoecimento orgânico	20
1.3 A psicanálise toma (o) corpo	27
1.4 Vida pulsante.....	33
2. O CORPO - A - CORPO.....	42
2.1 Viver e sofrer no grupo.....	45
2.2 O corpo e a vida nas tramas do campo político: uma biopolítica.....	58
2.3 Viver é preciso!	63
3. ANTES EU DO QUE (MAL) ACOMPANHADO.....	70
3.1 Resistências	71
3.2 Resistência: entre repetição e insistência	84
3.3 Em defesa do próprio	89
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
5. BIBLIOGRAFIA.....	101

INTRODUÇÃO

“Creio que muitas doenças, desde as que há de mais orgânicas, são como uma espécie de protesto biológico contra o estatuto do objeto, fruto da humanização”
*Pierre Benoit*¹

A epígrafe acima guarda uma importância central na história deste trabalho. Ela foi retirada de um texto muito útil nas aulas que ministramos, nas quais são discutidas as relações da constituição psicossomática do sujeito com as formações sociais².

Contudo, esse pensamento proposto por Benoit reverberou ainda mais na prática clínica, sendo inspirador para pensar a respeito de determinados fenômenos que pudemos acompanhar junto aos pacientes.

Nossa atuação clínica vem sendo desenvolvida há mais de vinte anos, simultaneamente em dois espaços: na clínica privada e em serviço público de saúde. Esses dois espaços de atuação foram propiciadores de uma gama importante de experiências para as quais as formulações teóricas e proposições da técnica psicanalítica - desenvolvidas, sobretudo dentro do campo da psicossomática - tem se mostrado fonte fértil para a compreensão e o desenvolvimento da prática clínica.

A nossa prática em instituição de saúde tem se constituído prioritariamente a partir da atuação em unidades de internação em hospital público de cardiologia, no qual também respondemos pela supervisão dos atendimentos dos psicólogos em estágio de formação nas enfermarias do hospital. Esse campo permite vivenciar uma clínica junto a pacientes em condições dramáticas de sofrimento nas quais o risco de morte se coloca como uma possibilidade bastante factível, vindo a se concretizar em muitos casos. Nesse contexto, elementos da realidade externa - quer sejam as condições orgânicas do paciente ou os tratamentos prescritos e a própria internação - se impõem enfaticamente ao campo subjetivo.

¹ Cf BENOIT, P. *Psicanálise e Medicina: Teoria e Casos Clínicos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989, p. 86.

² No contexto do curso de Psicossomática do Instituto Sedes Sapientiae.

Já a prática clínica privada traz a possibilidade de perceber dramas nos quais o sofrimento não se funda prioritariamente sobre a emergência de um risco proveniente da realidade orgânica, mas do mundo interno do sujeito, configurando, muitas vezes, uma vivência de angústia dilacerante.

Essa duplicidade de campo – hospital público e clínica privada – pelo que comporta de realidades de complexidades bastante diversas e por demandar ajustes da técnica tem permitido o enriquecimento da nossa atuação nos dois domínios.

Por meio dessa vivência é possível perceber a complexidade humana em sua dimensão psicossomática, destacando assim formações subjetivas nas quais a importância das construções sociais e da cultura torna-se evidente. Tal complexidade tem sido por nós pensada em sua dimensão ética, ou seja, trata-se do questionamento sobre as possibilidades do viver humano, em seus modos de existência, dignos ou indignos³, especialmente quando se está diante da doença e de outras situações de emergência da fragilidade do ser humano.

Em ambos os campos, tem sido possível contribuir junto aos pacientes para a construção de outro modo de existência no momento em que o sujeito demanda ser redescoberto ou, até mesmo, descoberto. No entanto, em algumas situações a complexa configuração subjetiva que se apresentou estabeleceu limites intransponíveis ao tratamento.

Na experiência clínica sabe-se que não há garantias para o sucesso do tratamento. Como fruto das elaborações sobre os fracassos da análise, Freud formulou, por exemplo, os conceitos de *resistência* e de *reação terapêutica negativa*. Esta última é descrita como uma classe da resistência e significa uma ligação particular do sujeito com o sofrimento, servindo como obstáculo à análise.

Na clínica que ocorre dentro de uma instituição hospitalar, em especial nas unidades de enfermagem, os obstáculos ao tratamento psicológico são frequentes. As condições orgânicas do paciente ganham destaque, podendo marcar processos irreversíveis ou que evoluam para a morte. Nesse caso, influenciam os recursos e as condições sociais, ponderados tanto em sua estrutura macro (das políticas públicas de atenção à saúde, das questões ligadas às formações profissionais dos diversos

² Cabe aqui salientar que utilizamos a noção de vida digna em uma aproximação à ideia lançada por D. Winnicott de “vida digna de ser vivida”. O autor afirma que é através da percepção criativa que o homem é capaz de sentir que a vida é digna de ser vivida. Essa noção se contrapõe a um modo de vida de submissão com a realidade externa, na qual o mundo é reconhecido apenas como algo a que se deve ajustar ou adaptar-se.

atores desse campo, etc.), como em sua forma mais restrita, dos grupos comunitários e familiares e os recursos individuais, entendidos como necessários à organização psicossomática particular de cada indivíduo.

Muitos dos obstáculos já são identificados ou pressentidos em seus indícios em algum momento do processo de atendimento que, neste caso, dá ao analista abertura para manejo, podendo resultar ou não em mudança do quadro.

No entanto, foi possível observar, em ambos os campos da nossa experiência clínica, com destaque para a instituição hospitalar, que algumas pessoas acometidas por doenças orgânicas, em contraposição ao que vinham apresentando, se mostraram em certo momento surpreendentemente refratárias aos tratamentos médicos e à intervenção psicoterapêutica. Em alguns casos resultando no falecimento a despeito de condições clínicas bastantes favoráveis, atestadas do ponto de vista orgânico pela equipe médica e também pela competência do funcionamento psíquico e disposição relacional desses pacientes.

Tais pacientes estabeleciam uma relação empática conosco - que percebemos ser verdadeira - e não apenas de uma aceitação formal. Todavia, isso nem sempre acontecia em relação à medicina, com esses pacientes desconfiando dos cuidados e prescrições por parte da equipe médica. Demonstravam ter boa capacidade associativa e riqueza de recursos simbólicos⁴, capacidades que muitas vezes se apresentam precárias em pessoas em condição de adoecimento orgânico ou a ela vulneráveis.

Contudo, em determinado momento de seu tratamento, esses pacientes mostraram-se refratários a ele, como se o corpo funcionasse numa autonomia em relação às funções psíquicas. A despeito de todo o investimento da equipe de saúde ou nosso, e até de familiares, e de uma grande aposta nos recursos do paciente para a sua recuperação, o tratamento não se realizava.

Mesmo que tenha sido observada até então em um pequeno número de pacientes, não só por nós atendidos, mas também supervisionados, tal incongruência entre o que eles apresentavam como recursos, sobretudo psíquicos, favoráveis à recuperação e a evolução pouco satisfatória da doença foi chamando a atenção, em um cenário no qual se destacavam “peças” que não pareciam se

4 O que era notável pela condição onírica que demonstravam, quando contavam sonhos elaborados que tinham durante a internação no hospital, por exemplo.

encaixar em um quadro em que pudessem ser compreendidas, justificando um investimento nessa direção.

Na tentativa de ir construindo sentido a essas “peças” que pareciam não fazer parte das “figuras” clínicas por nós conhecidas e com a proposição de Benoit (1989) ecoando ao fundo, demos início a uma pesquisa que, encontrando inspiração na literatura, permitiu levantar a hipótese central deste trabalho.

Portanto, propomos discutir uma possível forma de pensar algumas manifestações somáticas aparentemente desconexas em relação às configurações psíquicas do sujeito, como produto de determinado arranjo subjetivo. A hipótese que discutimos neste trabalho só foi possível de ser elaborada partindo do campo de conhecimento psicanalítico, porém lançando mão de contribuições vindas de outras áreas, em especial do conceito de biopolítica procedente do pensamento filosófico de Foucault.

Tendo como hipótese geral de trabalho a perspectiva do corpo como campo de resistência frente aos poderes que incidem sobre a vida, colocamos as seguintes questões: as doenças do corpo podem, nos tempos atuais de gerência da vida por meio, preponderantemente, de mandatos disciplinares e reguladores, servir como tentativa de escape para o sujeito dos agentes do gerenciamento? E, através desse mecanismo de resistência aos mandatos sobre a vida é possível ao sujeito produzir uma nova forma de subjetividade, esta mais digna⁵? Essas são perguntas balizadoras deste trabalho.

Nossa hipótese coloca em posição central o corpo em seu efeito disruptivo para o sujeito – pelo que oferece de imprevisibilidade, ao mesmo tempo em que marca a temporalidade e finitude humanas -, funcionando como uma espécie de outro que, paradoxalmente, o lança em direção ao que lhe é de mais próprio.

Pretendemos conduzir a discussão tomando o sintoma somático sob a perspectiva das proposições freudianas das relações entre sujeito singular e as formações sociais e a cultura, enriquecendo-as com contribuições de psicanalistas contemporâneos e de pensadores vindos de outros campos de conhecimento.

Contando com a contribuição de outros domínios do conhecimento, consideramos possível propor um novo ângulo à compreensão de determinados fenômenos clínicos, promovendo, quem sabe, uma reflexão que possa trazer

⁵ Conforme nota de rodapé nº 2.

proveitosos debates e desenvolvimentos ao cenário clínico e teórico da psicossomática psicanalítica.

Para viabilizar este estudo, escolhemos apresentar um caso atendido por nós na clínica privada que, no entanto, deu-se também em parte em contexto de internação em enfermaria hospitalar. Não incomum em casos nos quais uma doença orgânica está em cena, essa duplicidade de contextos e enquadres em um mesmo percurso de análise favorece a discussão do tema proposto neste trabalho, pelos elementos que permitem articular.

Cabe igualmente observar, que o hospital e a clínica privada, enquanto formações sociais de narrativas de si compõem espaços privilegiados para se estar em contato com uma ampla gama de manifestações subjetivas e ainda pensar o lugar do corpo para o indivíduo e a sociedade. Trabalhar com esse grupo de pacientes que apresenta sintomatologia somática, ainda mais nessa duplicidade de campo, representa penetrar num universo de temas e problemas característicos não somente da realidade clínica, mas também da realidade cultural ocidental contemporânea.

Este trabalho está dividido em três capítulos. No primeiro, discutiremos o corpo, desde a concepção que lhe é atribuída na cultura ocidental na atualidade, passando pela experiência subjetiva do adoecimento até chegarmos à especificidade da sua consideração pelo campo psicanalítico, dando destaque ao conceito de pulsão.

Se na base conceitual do primeiro capítulo temos a premissa de uma recusa à dicotomia entre corpo e psique já, no segundo, a discussão recairá sobre o intrincamento do corpo individual e corpo social. Dentro dessa perspectiva, no segundo capítulo serão apresentadas ideias sobre a indissociabilidade entre o sujeito e a sociedade, como fator fundante da constituição e do sofrimento do sujeito. A seguir, discutiremos a entrada da vida na salvaguarda exercida na esfera pública e política e os ajustes que são demandados aos sujeitos a fim de permanecerem jogando no campo da vida.

E, finalmente, no terceiro capítulo, debateremos o conceito de resistência como importante operador nas relações complexas inerentes à intersubjetividade. Para tal, impôs-se um percurso pelo desenvolvimento desse conceito dentro da obra freudiana para, a partir de então, identificar seu eixo de sustentação que o mantém sendo convocado em obras de outros psicanalistas e que permite um diálogo com o

pensamento de Foucault. Ao final desse capítulo, discutiremos sob o vértice da capacidade do sujeito de produzir resistência como estratégia de defesa de determinada sobrevivência subjetiva, da qual o corpo participa.

1. O CORPO E A DOENÇA NO CORPO

Dentro das áreas não médicas do conhecimento, assiste-se atualmente a um grande número de publicações sobre o corpo, expressando uma proliferação de diferentes análises e abordagens sobre o tema. Apesar de não ser um objeto novo de estudo, o corpo se torna tema de importância na atualidade que ocupa investigações multidimensionais em diversos campos do conhecimento. Tal diversidade e complexidade refletem uma centralidade do corpo nas sociedades ocidentais contemporâneas, estando ele em um lugar privilegiado nos modos de experimentação do mundo relacional e social do sujeito e ainda no (re)conhecimento de si - mesmo.

Em decorrência dessa relevância do corpo, que vem se mostrando igualmente na clínica, muito se tem desenvolvido na direção de compreender certas formações subjetivas para as quais as manifestações corporais se tornam proeminentes. Vale observar, contudo, que a investigação e a proposição do tratamento de sintomas no corpo não são novas no campo psicanalítico.

A psicanálise, desde suas origens, empreendeu uma leitura sobre o corpo, enunciando seu lugar na subjetividade, ou seja, na compreensão do psiquismo o corpo sempre fez parte de forma fundamental. O discurso freudiano se fundou pela articulação íntima entre corporeidade e formas de subjetivação. Como materialidade que subjaz ao psíquico, o corpo foi por Freud escutado junto às vozes do inconsciente.

Contudo, na escuta do sofrimento humano, mesmo no caso de se manifestar através do corpo, suas origens brotavam dos modos do funcionamento do aparelho psíquico, ressaltando a importância da terapêutica voltar-se para o campo das experiências imaginárias e discursivas presentes no sofrimento (Birman, 2003). O corpo entendido como estrutura simbólica e não limitado a sua organicidade, ficando esta última delegada ao campo da medicina.

Porém, o observado aumento na clínica da incidência de patologias nas quais o corpo somático toma a cena principal - evidenciando seu lugar privilegiado na atualidade como forma de apresentação, reconhecimento, existência e sofrimento

do sujeito - provocou outros desenvolvimentos da teoria e clínica psicanalíticas sobre o tema.

Tal premência do corpo nas formações patológicas que, no entanto, extrapolam esse domínio, pois remetem a formações subjetivas de forma geral, não é sem história. Por isso, iniciaremos este capítulo destacando elementos que participaram da construção da concepção contemporânea do corpo, pensada a partir de referencial proveniente do campo da antropologia. Sobre esse tema, é inspirador o livro de Le Breton (2008), intitulado *Antropología del cuerpo y modernidad*.

Partindo da concepção de que na vida do ser humano é indissociável o funcionamento do corpo e da psique, discorreremos, em seguida, na segunda parte desse capítulo, sobre a experiência do adoecimento orgânico para o sujeito, ou seja, sobre os efeitos que a experiência da doença em si promove sobre o sujeito.

Na terceira parte, iremos discorrer sobre o estatuto do corpo no pensamento psicanalítico. A psicanálise foi criada a partir da intenção de se tratar e compreender o sofrimento humano. Esse, no entanto, mostra-se inapreensível se não são consideradas suas bases mais arcaicas, das quais o corpo participa.

E, finalmente, na última parte deste capítulo, discutiremos mais detidamente o conceito de pulsão, conceito chave da psicanálise para a compreensão da relação entre corpo e psique e entre sujeito e objeto, conceito que, desta forma, representa um dos pilares para a discussão do tema que é objeto deste trabalho.

1.1 Elementos para uma concepção contemporânea do corpo

A concepção do corpo se dá numa construção de representações dentro de uma conjuntura social, de uma visão de mundo e de uma concepção do ser humano. Realidade heterogênea e vasta, o corpo possui, contudo, uma história⁶ na qual se cruzam as representações sobre a saúde e a doença, as técnicas e os métodos para tratá-lo, para as quais influenciam as formas de relacioná-lo com as forças naturais e religiosas.

⁶ Atualmente há uma grande quantidade de pesquisas e publicações que possuem o corpo como objeto central de questionamento. Sobre a história do corpo, propriamente, remetemos o leitor à leitura da coleção, em três volumes, *História do Corpo*, COURBIN, A., COURTINE, J-J., VIGARELLO, G. (orgs.). Petrópolis: Vozes, 2008.

Segundo Le Breton (2008), nas sociedades tradicionais a concepção do homem era de que esse não se distinguia da trama comunitária e cósmica no qual estava inserido, o que se modificou a partir da modernidade. Não havia ruptura qualitativa entre a carne do homem e do mundo. O corpo humano vinculava o homem às energias visíveis e invisíveis do mundo, agindo sobre ele e sendo influenciado ao mesmo tempo.

Nesse sentido, também não se distinguia o corpo da pessoa, feito das mesmas matérias primas que o cosmos ou a natureza, estando o princípio da fisiologia humana contido na cosmogonia. Indiscernível, aberto no cosmos, era pleno de vitalidade, uma espécie de corpo provisório, em transfiguração.

Somente a partir do séc. XVI, inicialmente nas camadas mais privilegiadas da sociedade ocidental, começa a se insinuar o corpo liso, limitado e reticente a toda transformação eventual. Um corpo isolado, em exterioridade com o mundo, fechado em si mesmo.

A distinção entre o corpo e a pessoa humana se dará, sobretudo com o início da prática das dissecações e o desenvolvimento da anatomia, primeiramente na Itália, no século XIV, e mais generalizadamente no continente europeu depois do século XVI, prática que era condenável na Idade Média por violar o corpo, o que equivalia a violar a carne do mundo. “Com os anatomistas, e em especial a partir de *De corporis humani fabrica* (1543) de Vesalio, nasce uma diferenciação implícita dentro da *episteme* ocidental entre o homem e seu corpo”, diz Le Breton (*op. cit.*, p.46).

Dissociado do homem, o corpo se transforma em objeto de estudo como realidade autônoma, marcando a origem do dualismo contemporâneo. No entanto, o próprio tratado de anatomia de Vesalio deixava entrever os obstáculos mentais necessários a serem superados para que o corpo fosse visto definitivamente como separado do homem. No cuidado com a exatidão, com a fidelidade ao objeto, se sobrepujam aspectos inconscientes do anatomista e do artista, que intervinha no traçado, no fundo das figuras e nas posições que elegiam.

As tramas socioculturais, suas proibições e resistências a respeito do ato anatômico eram reveladas, não deixando de expressar a angústia e a culpa promovidas pela violação da integridade humana e o *voyeurismo* mórbido do interior do corpo. Vesalio representou desfolados ou esqueletos não inertes e desprovidos de vida, mas com gestos estilizados lhes dando, assim, uma forma humanizada. Nas

poses dos desfolados de Vesalio ficou expresso o rechaço à condição de redução do homem ao estado de corpo.

Segundo Le Breton, até mesmo para além do século XVIII, cada tratado de anatomia resultaria numa resolução particular desse debate interno entre a sede de conhecimento do anatomista e seu próprio inconsciente, com as ressonâncias afetivas dos valores incorporados e implícitos da época.

Numa extensão do dualismo de Vesalio, Descartes irá operar uma ruptura entre o espírito, ou alma, e o corpo. O homem então se torna dividido em duas partes heterogêneas – corpo e alma – unidas pela glândula pineal. O corpo ganha certa independência em relação à alma. Esta, por sua vez, tende a ser compreendida como sede do pensamento racional. Não sendo instrumento da razão, o corpo ficará consagrado à insignificância.

Fonte de incômodo pelas expressões cruas que evidenciam a corporeidade do homem e também não sendo a morada da razão, o corpo desta forma não poderia ser plenamente confiável. Tanto a sensorialidade do corpo como a imaginação, considerada como poder de ilusão, se transformam em fontes de suspeitas e de enganos.

O único poder de juízo será o pensamento, sendo que só a razão teria a capacidade de dissipar os equívocos. A razão se transforma em forma privilegiada para se conhecer a natureza, marcando os valores e práticas científicas. Nesse sentido, ascender à verdade consistiria em despojar-se das significações das marcas corporais, vindas das fontes sensoriais ou imaginativas, portanto, numa desvalorização da desmesura, das pulsões e do inconsciente.

Essa ruptura que se dá entre os sentidos e a realidade, entendida em sua racionalidade, terá como consequência e fator de seu aprofundamento, o perfeccionismo técnico, ou seja, o privilegio da técnica que tem de ser exercida em sua excelência, a fim de tentar impedir qualquer interferência do “humano”.

Segundo Le Breton, nasce aqui o corpo ocidental, em seu confinamento: o corpo como marca da individualidade. A partir da estruturação progressiva do individualismo o corpo é convertido em recinto do sujeito, lugar de seus limites e de sua liberdade (*op.cit*, p.14). Com o sentimento de ser indivíduo, de ser si mesmo, antes de ser membro de uma comunidade, o corpo se converte na fronteira que marca a diferença entre o homem e o outro.

Resume Le Breton:

Nossas atuais concepções do corpo estão vinculadas com a ascensão do individualismo como estrutura social, com a emergência de um pensamento racional positivo e laico sobre a natureza, com a regressão das tradições populares locais e, também, com a história da medicina que representa, em nossas sociedades, um saber em alguma medida oficial sobre o corpo. (op. cit. p. 8)

Esse quadro dos elementos que constituem a concepção do corpo na atualidade, descrito por Le Breton, reflete características intrínsecas aos modos de subjetivação atuais. Carecendo de relações (a)efetivas dentro de um caldo cultural rico de referenciais e suportes sociais e simbólicos, potencialmente promotores de um enriquecimento de sua vida psíquica, o homem contemporâneo é tributário e, simultaneamente alimenta a reprodução de tal quadro. Isso se dá à medida que, diante de angústias que se configurariam insuportáveis, ele lança mão de ferramentas de alívio o mais imediato e eficaz possível, num descarte de qualquer aproximação ao mal-estar. Além disso, o ser humano na atualidade recorre a modelos idealizados, em uma espécie de prótese como garantia de uma identidade e de um valor sustentados pelo grupo social a qual pertence.

Desapropriado do respaldo proveniente da ordem social e cósmica, ao homem se oferece uma hipertrofia dos poderes individuais, que se nutre da ilusão de possuir poderes sobre – humanos (Le Breton, 2008). Assim, apoiado pelo campo dos saberes da saúde, se pleiteia um poder sobre a vida, que é sustentada por disciplinas, treinamentos e regulamentações sobre o corpo e a saúde. Isso se dá em paralelo, e em defesa, a um profundo sentimento de isolamento e desamparo.

As medidas de cuidado de si na atualidade que incidem privilegiadamente sobre o corpo – numa busca obsessiva de torná-lo forte, saudável e belo – podem estar fundadas em base cujo objetivo principal seja oferecer uma garantia ilusória de segurança, de proteção à condição humana de vulnerabilidade. Quando essas medidas de cuidado e de busca de segurança se fundam em ideais e fantasias onipotentes, na hora mesma em que falham promovem um perigoso abalo da unidade psicossomática do sujeito, ou seja, de seu funcionamento habitual e da organização do qual participam corpo e psique. Sobre esse tema, discorreremos a seguir.

1.2 A experiência do adoecimento orgânico

A relação do ser humano com o próprio corpo se estabelece na base de como se vive o corpo, numa relação fundamentalmente de sentimento de confiança e não do conhecimento objetivo sobre ele, vindo de saberes legitimados culturalmente. O corpo serve para o sujeito como um território que ele possui e sobre qual se tem uma fantasia de controle, fantasia que pode vir a sustentar uma defesa ou ser abalada perante uma situação de ameaça, como, por exemplo, quando vivencia uma doença.

O habitar um corpo, ou seja, a constituição de uma imagem corporal integrada a uma experiência de ser si próprio, dá ao ser humano um contorno, um dentro e um fora, com o sentimento de certo domínio sobre si e o próprio corpo. Essa relação se encontra em grande parte sustentada pela crença de que o corpo é fechado, inviolável e seguro, crença esta abalada pela experiência da doença e o contato com o campo da medicina.

Conforme Marin (2009), com a vivência da doença, o sentimento de identidade, sustentado pela experiência de unidade, é fragilizado. O indivíduo deixa de ser indivisível, é fragmentado pela experiência desorganizadora de doença e dor. Tais experiências podem vir a ser o modo particular e privilegiado de apresentar ao sujeito a sua condição humana de vulnerabilidade.

Desorganizando o organismo, a doença desestabiliza os sentimentos de segurança, anuncia a mortalidade humana e, em geral, se inscreve dentro da lógica da perda. Algumas estruturas, até então vividas como sólidas, se desagregam, pondo a céu aberto elementos que por estas eram conectados e pondo à mostra estruturas subjacentes:

A doença nos decompõe, dentro de todos os sentidos do termo: ela focaliza nossa atenção sobre o órgão enfraquecido, ela fragmenta o corpo lá onde nós experimentamos até então a indistinção e a coesão. (Marin, 2009, p. 38 – nossa tradução)

As mudanças do corpo provocadas pela doença expõem o doente a uma constante transformação, de um tornar-se, de puro devir, em si angustiante pela desestabilidade que gera, revelando o desabamento de estruturas que eram

consideradas estáveis, pondo em evidência a fragilidade do corpo e das construções identitárias do ser humano.

A depender da estrutura e do funcionamento psíquico do sujeito, se são abaladas estruturas que cumprem uma função de sustentação da identidade, a doença favorece o contato com profundas angústias arcaicas, de vivências de desamparo. Essas angústias deixam entrever fantasias de um corpo despedaçado, em uma vivência de ruptura da continuidade da existência e da unidade psicossomática.

Como exemplo, podemos citar a não incomum manifestação de alucinações de conteúdo persecutório ou despedaçamento do corpo no contexto de UTI. Em outra ocasião (Batistella, 2008), descrevemos a alucinação de uma paciente que via luzes de laser vindas do teto da UTI que a esquartejavam. Observa-se também, nas enfermarias, as alterações do sono que muitos pacientes apresentam, sobretudo não conseguindo dormir à noite ou ainda, aqueles que na ausência do acompanhante, mesmo que momentaneamente, são tomados por um intenso sentimento de desespero, solicitando o pessoal do corpo técnico do hospital a cada instante com queixas difusas.

A partir do abalo do sentimento de segurança que a doença promove, segurança que é experimentada também pela confiança no corpo, busca-se nos parâmetros de medições da medicina – batimentos cardíacos, pressão arterial, dados de exames de imagem – formas de apoio. O doente busca apoiar-se nos parâmetros das medições médicas com o objetivo de resgatar referenciais que digam sobre si e ofereçam alguma segurança.

A vivência da doença potencializa um estranhamento na relação com o próprio corpo e com o sentimento de si, não mais reconhecido ou até mesmo desconhecido. Opera-se uma fissura entre o corpo imaginário, pleno de significações e valores, e a experiência do corpo físico. Quando a medicina reduz o paciente aos exames clínicos oferece um reforço a essa divisão, ao mesmo tempo em que apresenta a doença como um inimigo interno a ser combatido. Como sublinha Marin: “O corpo do doente é lugar de passagem e não mais santuário” (*op. cit.*, p. 73).

A doença estremece o indivíduo em seu sentimento de identidade, constituindo uma experiência de alteração e alteridade (Marin, 2009). O doente é atravessado pela alteridade: quer esteja esta localizada no estrangeiro vivido na

relação com o próprio corpo, ou pelo abalo de suas estruturas identitárias, trazendo à tona vivências de uma época na qual se dependia do outro para a própria sobrevivência.

Além disso, o contato com a alteridade no adoecimento vem como resultante dos tratamentos que lhe são impostos, pois o paciente é introduzido a um mundo de exames e procedimentos cujos códigos, em geral, lhes são desconhecidos e, até mesmo, assustadores. Conforme Marin, a vivência do estrangeiro pelo homem emerge daquilo que não se tem consciência e naquilo em que ele não se reconhece. A doença, dessa forma, coloca em questão a vivência do que é próprio e do que é estranho, ao mesmo tempo em que não se percebe mais sendo a lembrança do que se era, ela entrega o ser humano a si mesmo: destecendo as tramas de sentido que construíram sua identidade o conduz em direção ao sem sentido dos processos do adoecimento, como também de seus próprios elementos assignificados. Assim, opera-se, segundo Marin (2009), uma individualização radical e desorganizadora.

O cuidado terapêutico, afirma Marin (2009), teria como propósito limitar os efeitos dessa individualização radical, imposta pelo sofrimento, que é caótica e socialmente desorganizadora. Os cuidados promovidos dentro do domínio dos saberes da medicina se oferecem – sobretudo por meio de diagnósticos - como portadores de sentidos às desorganizações somáticas, respondendo ao sofrimento do homem com seus diagnósticos e terapêuticas. Dessa forma, a medicina o objetaliza, alimentando uma crença de controle da doença ao doente e, talvez ainda mais, ao próprio médico.

Contudo, se por um lado pode-se identificar no cuidado terapêutico uma tentativa de transformar o sofrimento humano em objeto, com uma função de aplacamento de angústias intensas para então controlá-las, efetivado pela medicina, por outro, pode-se apostar que os recursos provenientes desse campo produzem um efeito para além da perspectiva de sua objetalização.

O sofrimento gera fundamentalmente um apelo ao outro, outro este que possa conter os excessos e dar sentido às desorganizações. Essa ideia faz lembrar as funções de para-excitação, continência e organização que cumpre o universo dos cuidados maternos diante da inorganização e dos excessos pulsionais iniciais do bebê. É na resposta do outro humano, através dos cuidados maternos, ao apelo nascido do desamparo do bebê, que se forma a base para a constituição da aliança entre a prefiguração do outro desejado e de si e do próprio corpo.

Por intermédio da boa medida de presença e ausência do outro, que se modula o *quantum* apropriado de sofrimento ao bebê, sem causar ruptura em seu desenvolvimento. Neste sentido, a participação de um outro significativo aos cuidados do bebê cumpre uma função de proteção a vivências traumáticas.

Considerando essa importante função do outro nos momentos iniciais da vida humana, no caso do adoecimento joga a favor da recuperação poder colocar-se em condição de dependência e, através dela, efetivar um apelo a um outro, outro que seja potencial cuidador. O movimento de apelo ao outro em uma condição de regressão à dependência, promovida pelo adoecimento, mobiliza as marcas deixadas pela qualidade da relação precoce mãe-bebê. Por meio de sua reativação, apropriada à situação de doença, surge a oportunidade do ser humano experimentar outras vivências fabricando, quando possível, a impressão de novas marcas que, talvez até, alterem as primeiras.

No entanto, cabe observar que a experiência de alteridade, paradoxalmente, comporta uma violência, que pode ser mais ou menos tolerada, por que introduz um excesso, retirando o ser humano de um estado estabelecido, que oferecia certa acomodação. O outro significativo carrega, dessa forma, uma potencialidade traumática pela diferença que impõe. Ele simultaneamente fornece proteção e satisfação e a experiência de estrangeiridade.

Assim perspectivado, o excesso advindo do outro enquanto presença – presença implicada, nas palavras de Figueiredo (2011) – exerce, ao mesmo tempo, uma função constitutiva, pois tira o bebê de sua passividade original e também se impõe e o submete, sendo a primeira figura de poder.

Daqui se depreende um aspecto central que se coloca na experiência do adoecimento: a violência física e simbólica que esta experiência exerce sobre o paciente. Além dos efeitos da doença em si sobre o sujeito, do que pode vir a abalar estruturas de suporte de sua existência, o estar sob cuidados, em suas propriedades tanto objetivas como subjetivas, igualmente pode colocá-lo em uma situação de violência. Objetivamente, as ferramentas das quais a medicina dispõe não raramente fazem com que o doente seja submetido a toda a sorte de dor e trauma, mesmo que justificado em nome de seu próprio bem e de sua sobrevivência.

Entretanto, também há uma violência dada pela assimetria intrínseca da relação terapêutica que aliena o doente na esperança de ser curado. Mas que contrapartida do médico/terapeuta está em sua posição de quem tudo sabe, de

quem a tudo responde. Cabe observar que aqui se trata da “violência” que a própria assimetria representa, enquanto intromissão, excesso de um outro – como descrito acima - e não de uma disposição hierárquica, que diz respeito às patologias sociais nas relações de cuidado dentro do campo da saúde. Vale citar Marin (2009):

Nada de negociação, mas uma chantagem tirânica implícita: é o nosso conforto, é a nossa saúde que dependem disso. Por que resistir?... Essa intrusão sobre o nosso domínio é vivido sobre o modo de agressão. (op.cit., p.70, nossa tradução).

Nas palavras da autora, sobretudo considerando os procedimentos invasivos da medicina contemporânea (cirurgias, exames invasivos complexos, etc.), na relação terapêutica é estabelecido um paradoxo: uma necessária desumanidade no cuidado com o outro, o que ela chamará de uma espécie de violência salvadora: espécie de “remédio amargo” que, ao mesmo tempo em que atua em resposta ao apelo por ajuda do doente - o que seria sua função primeira – serve como fator potencialmente traumático.

A essa violência, balizada segundo a qualidade das relações experimentadas precocemente pelo sujeito, poderá se somar outra, assinalada pela dimensão de relação de dependência que o cuidado implica. Na relação de cuidado que se estabelece na situação de adoecimento, à medida que esta coloca o indivíduo perante a necessidade do outro, cria-se uma situação favorável à emergência de marcas provenientes de experiências precocemente vividas de dependência.

Como observado acima, o estar sob cuidados coloca o doente em uma relação assimétrica em relação ao médico, ficando ele, mesmo que por curto período de tempo, em uma posição de alienação sobre si. A vivência de uma relação de dependência é capaz, contudo, de provocar a irrupção de afetos referentes a experiências precoces de dependência que podem ser vividas como uma violência primitiva, de incrível brutalidade, de um tempo em que não houve confiança e o outro representava perigo. Na atualização de vivências primitivas de dependência efetivada no contexto da relação terapêutica, caso estas tenham sido particularmente traumáticas, sua revivescência será portadora de angústias igualmente primitivas, particularmente de desamparo e desintegração.

Assim, pode-se considerar um duplo sentimento de perigo que está baseado na não confiança: não confiança em si - no sentimento de identidade e no próprio suporte corporal - e não confiança no suporte oferecido pelo ambiente, representado pelo universo dos cuidados médicos, em seu aspecto de atualização dos cuidados maternos.

Nas experiências de adoecimento a medicina se apresenta como o campo hegemônico que auxilia e oferece saberes sobre a doença e o organismo. A relação transferencial com o médico, e com a própria medicina, compõe um campo que favorece uma alienação do doente, a sua distância de um saber sobre si, por meio da história do seu sofrimento.

Há, de outra forma, por intermédio do próprio vínculo transferencial que se estabelece entre paciente e médico, a potencialidade da construção de um campo fértil para um religamento do doente consigo mesmo e com sua história, contribuindo para refazer contornos e reconstruir sentidos.

A formulação de um diagnóstico e a elaboração de condutas terapêuticas a serem prescritas pelo médico se produzem respaldadas pelo que se dá no encontro entre ele e seu paciente e que tem a anamnese como um dos instrumentos principais. Dentro de uma consulta médica, a anamnese, momento no qual o paciente é convidado a rastrear pela memória a história da doença e falar sobre ela, pode cumprir um papel central para a construção de sentidos da doença dentro de sua história.

Cabe observar que, quando a anamnese é conduzida por um profissional que se orienta e se utiliza do relato do paciente para aproximar-se dele e de seu sofrimento⁷, vai-se em direção da constituição de uma relação de dependência que não implica em violência. Isto é diferente do que acontece quando a informação serve predominantemente para enquadrar o sofrimento do paciente em alguma categoria diagnóstica.

O adoecimento pode vir a oferecer, ao paciente, ferramentas que produzam uma forma, um contorno e continência a um *quantum* pulsional sem figuração própria: pelo diagnóstico e tratamento propostos, pelas relações que insere e transforma e pelos remanejamentos pulsionais disponíveis provocados pela desorganização da qual emergem.

⁷ E, evidentemente, quando se convida o paciente a falar, ele próprio se aproxima da história do seu sofrimento.

É por meio do investimento libidinal que se volta ao próprio corpo operado pela doença que se dá, sobretudo, uma possibilidade de um reinvestimento narcísico. Assim, pode-se pensar na doença como um acontecimento potencial de novos arranjos, cumprindo, nas palavras de Marin (*op.cit.*), um papel de um análogo negativo do estágio do espelho⁸.

Essa capacidade reorganizadora da experiência da doença é igualmente defendida pela Escola de Psicossomática de Paris. Na referida Escola, a doença orgânica adquire um valor positivo. Esta é entendida como um movimento regressivo como o próprio efeito de uma desorganização do funcionamento psicossomático do sujeito, promovida por uma vivência traumática que, ao mesmo tempo, serve de freio a essa desorganização, ou seja, a doença, pelos investimentos libidinais convocados pelo e ao corpo oferece um re-investimento narcísico significativo. Por meio da doença, cria-se ao sujeito uma oportunidade de remanejamento dos seus investimentos libidinais, tanto no eu como nos objetos significativos, particularmente daqueles que aludem a figuras representativas de cuidado.

A título de exemplo, vale observar que é com não pouca frequência que os pacientes, durante a vigência de alguma enfermidade, façam uma reavaliação de suas vidas e mencionem que, após seu re-estabelecimento, tencionem cuidar mais de si próprios, pois se deixavam de lado a favor da atenção a família ou trabalho, localizando, assim, o que compreendem como uma das principais causas de seu processo de adoecimento. Esse tipo de constatação, comumente observada nos pacientes, encontra nos modos de funcionamento psicossomático do ser humano suas raízes mais profundas.

A capacidade de reorganização psicossomática e de saída da doença pelo sujeito dependerão da estrutura psíquica e dos recursos relacionais significativos disponíveis no momento do seu adoecimento, pois contribuem para a (re)construção e mobilidade de novos arranjos de investimentos libidinais. Cabe salientar que conforme o grau de individuação e liberdade em relação a seus objetos na qual se encontra o sujeito e, portanto, da sua relativa autonomia subjetiva, os vínculos concretos podem se tornar mais ou menos fundamentais.

⁸ O estágio do espelho surge, em Lacan, servindo como um paradigma, uma espécie de estrutura permanente da subjetividade. Irá designar um *stadium* no qual o sujeito é constantemente capturado por sua própria imagem

Se a nós é possível observar os efeitos do adoecimento orgânico no modo como o sujeito funciona e, até mesmo por meio deles, identificar características do modo como ele está estruturado, da mesma forma, sabemos do valor que tem os fatores da vida emocional para o equilíbrio orgânico. No homem, os funcionamentos do corpo e psique estão permanentemente ligados.

Na história da psicanálise, dentro de seu bojo conceitual, observa-se que sempre se desenvolveram ideias sobre a conexão existente entre o funcionamento do corpo e da psique humana, sendo o desenvolvimento da psicossomática o fruto mais proeminente desse pensamento. Já dentro do pensamento freudiano, como salienta Fernandes (2003), é possível demonstrar como o corpo, “que de saída nos identifica a nós mesmos e paradoxalmente não equivale imediatamente a um corpo próprio, vai sendo construído à custa de um laborioso trabalho resultante do encontro essencial com o outro” (p. 92).

1.3 A psicanálise toma (o) corpo

A psicanálise nasceu junto à escuta do sofrimento do corpo. Freud, ouvindo as histéricas, revelou naquelas mulheres a presença de um sofrimento proveniente de um conflito inconsciente de ordem sexual e infantil que se convertia em sintomatologia corporal. O corpo, através do sintoma conversivo histérico, foi percebido, então, como campo de manifestação de conflitos intrapsíquicos inconscientes, afastando-se sobremaneira do corpo biológico.

No sintoma conversivo histérico o material recalcado se inscreve no corpo, pois seu acesso pela via mental geraria sofrimento. Convertendo-se em corporal, a soma de excitação se liberta do recalçamento e tem por objetivo sua neutralização.

É a partir da sintomatologia expressa no corpo que Freud descobre o inconsciente. No pensamento freudiano inicial, as representações inconscientes falavam por intermédio do corpo, marcando nele o desejo sexual inconsciente.

À clínica psicanalítica interessou predominantemente o corpo enquanto cenário de expressão de conflitos de desejos sexuais inconscientes que pudessem ser traduzidos através de seus representantes psíquicos. O corpo da psicanálise, diferentemente do corpo da ciência, cuja ordenação é ditada pelo funcionamento dos órgãos, se conduziu pelo desejo inconsciente em coerência com a história do sujeito

(Fernandes, 2003). Corpo que não é considerado como um dado natural, que não se reduz ao somático, mas que é produzido permanentemente.

Assoun (1996) forneceu interessante contribuição à compreensão do lugar do corpo na obra freudiana. O autor observa que Freud utilizou dois termos diferentes que designam aspectos igualmente diferenciados ao corpo. Há o *Körper*, que se refere ao corpo material e visível e o *Leib*, o corpo enquanto substância viva, configurando-o como princípio da vida e da individuação.

Dessa forma, o corpo se anuncia por um paradoxo, pois, ao mesmo tempo, expressa uma profundidade, um *dentro* insondável (destaque do autor) e um horizonte de visibilidade insuperável. Esse paradoxo, segundo Assoun, encontra uma resolução em um meio-termo através do sintoma. O autor assinala que os sintomas do corpo recaem na corporificação do sintoma, processo tão bem observado na histeria.

O autor salienta ainda que o importante é como o corpo intervém na dialética do sintoma, para a qual ele não se apresenta como princípio constituinte, mas como momento necessário.

Vale ressaltar que as formações patológicas em geral, e sob forma da histeria, em particular, conduziram Freud para além delas, ou seja, em direção à compreensão dos modos de funcionamento e constituição do psiquismo. Esse desenvolvimento se deu em simultaneidade à consideração do corpo.

Assim, o corpo ultrapassou, no pensamento freudiano, as manifestações sintomáticas das histéricas. Na obra freudiana, o psiquismo tem no corpo o lugar da sua fundação e, ao mesmo tempo, é no corpo que se forjam as diferentes formas de subjetivação.

A constituição do sujeito psíquico, portanto, assentou suas bases no corpo: inicialmente corpo fragmentado, do autoerotismo, tendo sua primeira formação unificada, por meio da presença significativa de um outro, cuidador, promovendo a constituição do narcisismo. Essa operação constrói simultaneamente uma percepção de ser si próprio – noção de um eu unificado - e de habitar um corpo.

Vale ressaltar que se trata de um processo de caráter intensivo, ou seja, de arranjos de investimento libidinal do próprio *infans* e do outro cuidador. A partir do narcisismo, dá-se o princípio da subjetivação da experiência de satisfação, propiciada pelo encontro com o outro. "Aqui começa uma teoria da corporeidade" (Assoun, *op. cit.* p.185). O corpo serve, assim, como suporte da função narcísica.

Nessa passagem, do autoerotismo ao narcisismo, surge o conceito de pulsão⁹. A pulsão será o conceito que explicará a ancoragem do psiquismo no corpo, ao mesmo tempo em que é o que o move. Corpo e subjetividade ficarão articulados em diversas figurações metapsicológicas. O conceito de pulsão articulará corpo e psique, estando esta sempre fundada no primeiro e em permanente comunicação, a não ser no caso de determinados mecanismos dissociativos, que podem vir a manifestar processos patológicos.

Na formulação da segunda tópica, o Eu surgirá como essencialmente corporal. Em “O ego e o id” (1923), Freud descreve o Eu como corporal e como projeção de uma superfície, numa relação com o espaço, a imagem e o corpo. Isso não significa que o Eu seja análogo ao corpo, mas que a emergência da subjetividade se faz segundo esta lógica corporal. Eu mais como uma subjetivação da superfície corporal do que propriamente uma aparelhagem mental do corpo (Lazzarini e Viana, 2006).

Nessa mesma obra freudiana (1923), o corpo surge próximo ao id, este representando o pólo pulsional do aparelho psíquico. Na forma de um corpo pulsional, o corpo intermedeia a relação entre o Eu e o mundo exterior.

Enquanto Freud levava em consideração, como forças atuantes no ser humano, o primeiro dualismo pulsional, que marcava os arranjos entre as pulsões de conservação e as sexuais, a partir do que se evidenciava na clínica, o que era considerado como tratável pelo método psicanalítico era predominantemente a sintomatologia neurótica. Nela, as manifestações do corpo não se distinguiam substancialmente de um sonho: espécie de palco no qual eram encenadas as tramas simbólicas da conflitiva neurótica.

Até a proposição da pulsão de morte por Freud em 1920, a compreensão das formações oníricas e psicopatológicas eram expressão do retorno de uma conflitiva sexual infantil recalcada que emergia do inconsciente. Forma deformada de realização de desejo, sendo que as manifestações somáticas assim também eram consideradas. Tanto a psicose quanto as manifestações somáticas, por não se traduzirem em comunicação de um conflito sexual e infantil recalcado, não entravam no campo do que era considerado como tratável pela psicanálise.

⁹ Sobre esse tema discutiremos mais detidamente ao final deste capítulo.

Porém, no mesmo período histórico à publicação de “O ego e o id”, pressionado pela clínica em tempos de guerra, Freud observa a dor e a morte como elementos centrais das vivências subjetivas, do que resultam as formulações do conceito de pulsão de morte e do masoquismo. Com a concepção da pulsão de morte, Freud introduz¹⁰ no campo da compreensão do psiquismo humano, uma clínica do atual e sem vestígios de desejos infantis recalçados.

Birman (2003) observa que nas formulações das dualidades pulsionais propostas por Freud há uma concepção de organismo implicitamente presente. Na primeira formulação da dualidade das pulsões, que se dá entre pulsões do eu e sexuais, há a ideia de uma ordem vital que impulsiona para a vida, em um modo de funcionamento autoreglativo. Haveria a busca por uma homeostase, na qual é privilegiado o princípio da constância em detrimento do princípio da inércia, conforme proposição de Freud desde o “Projeto para uma psicologia científica”.

No entanto, na medida em que Freud percebeu que as pulsões do eu também poderiam servir como objeto de investimento da libido, a conflitualidade psíquica deslocou-se para os campos do investimento da libido: no eu ou no não-eu. Mudança que, segundo Birman, enunciou a existência de um organismo humano incapaz de se autoregular pelos pressupostos vitalistas.

Desde então, a vida biológica estaria na dependência do investimento erótico do outro, que oferece a regulação do organismo. Nessa nova construção teórica, a morte seria a base do organismo humano, da qual escaparia pela entrada de um outro.

Nessa perspectiva, há uma tendência do psiquismo na direção de uma descarga absoluta¹¹ que estaria a cargo da pulsão de morte na proposição da segunda teoria pulsional. Essa direção à descarga absoluta só é possível pela construção teórica da pulsão de morte como expressão máxima da descarga de uma energia livre, sem ligação a representantes psíquicos. Por intermédio dos arranjos possíveis entre energia livre e ligada – garantidas por modos de fusão das pulsões de morte e de vida - dão-se os movimentos de vida e morte no sujeito.

¹⁰ Aliás, reintroduz, se lembrarmos das neuroses atuais propostas por Freud bem no início da sua obra, em “Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada ‘neurose de angústia’” (1895 [1894]).

¹¹ Princípio de Nirvana que, inicialmente, no “Projeto para uma psicologia científica”, era formulado em termos de Princípio da Inércia.

Esse desenvolvimento dentro da teoria freudiana, bem como a abandonada teoria das neuroses atuais pelo pai da psicanálise, se tornaram formulações úteis aos estudiosos da psicossomática, promovendo uma retomada da problematização das conflitivas atuais, para compreender certas formações sintomáticas nas quais não é observado o retorno de material infantil recalcado.

Quadros nos quais as manifestações sintomáticas do corpo são pensadas não mais apenas nos moldes das conversões histéricas, ou seja, como comunicação metafórica de um conflito intrapsíquico sexual e infantil, têm sido, significativamente, estudados. Dentre as manifestações sintomáticas atualmente mais evidentes da premência do corpo biológico assim considerado estão os *actings*, quando há predominância da ação e os adoecimentos¹².

Dentro dessa compreensão e, conforme a Escola Psicossomática de Paris, os fenômenos somáticos podem decorrer de excessos pulsionais que, não encontrando um ancoradouro dentro do aparelho psíquico, ficam numa espécie de deriva da qual saem por meio do corpo oferecendo - se como apoio¹³, acabando por eclodir em doenças orgânicas. O corpo cumpre, portanto, uma função de freio à desorganização em curso no indivíduo. Esse transbordamento pulsional é possível preponderantemente como manifestação da frágil constituição do psiquismo do sujeito ou da falência de seu bom funcionamento, esta gerada pelos excessos que incidem sobre ele.

Outra possibilidade etiológica dos fenômenos somáticos, segundo essa escola, é a presença de modos repressivos intensos que bloqueiam o acesso aos representantes psíquicos das pulsões, deixando-as livres. Pensadas em um domínio mais amplo, essas sintomatologias igualmente denunciam a insuficiência da continência das estruturas sociais ao sujeito e do suporte simbólico da cultura que poderia oferecer representantes psíquicos à pulsão.

Resumidamente, por insuficiência ou indisponibilidade das capacidades psíquicas do indivíduo, em não conseguir conter os excessos pulsionais por meio da ligação a representantes psíquicos formados a partir da cultura e da história

¹² Observa-se que o corpo se oferece na atualidade como suporte de manifestações psicopatológicas (como nos fenômenos psicossomáticos, nos distúrbios alimentares, nas adições e nos comportamentos de risco, por exemplo) e ainda se apresenta como palco de intervenções do sujeito (tatuagens, modelagem corporal, escarificações, etc.).

¹³ Na proposição freudiana do apoio das funções psíquicas sobre as somáticas, que delas surgem e se distanciam, aqui observamos uma funcionalidade do corpo na inversão do sentido: agora em um sentido regressivo dos processos psíquicos aos somáticos.

individual, estes podem acabar por eclodir em doenças orgânicas. As doenças orgânicas podem revelar, com razoável frequência, pela sua eclosão, a ausência das possibilidades do ser humano em lidar com as excitações a partir de um trabalho psíquico. Nesses casos, ele se encontra impossibilitado de representar simbolicamente tais excitações, ou de acessar seus representantes.

A doença orgânica pode testemunhar, dessa forma, a insuficiência do funcionamento do pré-consciente, *topos* psíquico onde são realizadas as ligações entre pulsão e representação, instância mediadora fundamental para a capacidade de expressão simbólica. Assim, considerada, a doença tem um caráter de descarga, baixando o nível das excitações pela descarga através do corpo, ressaltando a dimensão econômica do funcionamento psíquico¹⁴.

Nessa “nova clínica”, as manifestações corporais fazem com que sobressaia a dimensão orgânica do sujeito como expressão máxima do desinvestimento libidinal, em um desintrincamento das pulsões de vida e de morte. Na economia das pulsões, reflete um modo de expressão da pulsão de morte, na precária condição de ligação de excitações a representações psíquicas do indivíduo.

Os estudos da sintomatologia somática pelos psicanalistas vêm promovendo notáveis desenvolvimentos tanto da teoria quanto dos dispositivos clínicos da psicanálise. O conhecimento proveniente desses estudos, no entanto, delineiam configurações subjetivas que não se restringem às patologias orgânicas.

Do mesmo bojo conceitual partem a compreensão das adicções, dos distúrbios alimentares e outras formações sintomáticas nas quais a questão central está mais relacionada à constituição do eu do que o caminho percorrido pela pulsão na problemática edípica. Nelas, o acento da compreensão teórica recai sobre a constituição do psiquismo, para o qual pesam sobremaneira a provisão ambiental e a segunda teoria pulsional.

No início da construção da psicanálise, a partir da sintomatologia conversiva histórica, Freud observou a capacidade que o funcionamento psíquico tem de perverter as funções corporais: o corpo não funcionava, nessa sintomatologia, em coerência com sua lógica orgânica. E sim, segundo uma lógica simbólica. Mais tardiamente, sempre como bom pensador que partia das questões inspiradas pela

¹⁴ Sobre este assunto ver Volich, R. M. *Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

experiência clínica, pode afirmar sobre a função primordial que a dimensão corporal exerce na constituição do inconsciente, possível no encontro que se dá entre os “corpos”, ou seja, do *infans* com um outro.

Como formulação central, tanto para se pensar as bases somáticas do psiquismo como para a teorização das patologias somáticas pela psicanálise, está o conceito de pulsão.

1.4 Vida pulsante

Desde sempre o ser humano é submetido a ações de excitações provenientes do exterior das quais, em geral, é possível proteger-se ou fugir.

Sabemos, contudo, que há também excitações que emanam do interior do próprio corpo, de fontes internas (dentre elas, as geradas pela presença/ausência do outro, como a sexualidade) que vão, na impossibilidade de encontrar as mesmas saídas, promover uma força propulsora do funcionamento do aparelho psíquico. As pulsões seriam o conceito da psicanálise para definir essas forças que atacam o ser humano de dentro e o impele a realizar ações na direção de uma descarga da excitação.

Conceito limite entre o psíquico e o somático e de origem somática, a pulsão anima o corpo: desde o interior do corpo, impõe uma exigência de trabalho psíquico para poder lidar com as excitações que provém do mesmo. Além dessa força da exigência de trabalho, constante segundo Freud, que exerce uma pressão, a pulsão possui uma finalidade – a satisfação – e possui também um objeto, através do qual se obtém a satisfação.

Quanto à fonte da pulsão, Freud diz que pelo fato dela ser somática não faria parte da pesquisa psicanalítica, sendo conhecida apenas através do afeto e representação a ela ligados. A pulsão seria o representante psíquico das excitações vindas do interior do corpo.

As formulações freudianas sobre as pulsões foram marcadas por dualidades. Em sua primeira proposição, a dualidade se dá entre as pulsões sexuais e as de autoconservação, ou pulsões do Eu, sendo que estas últimas dizem respeito às necessidades ou funções indispensáveis à conservação do indivíduo.

Esta primeira dualidade é estruturada dentro da formulação do apoio das pulsões sexuais sobre as de autoconservação. As primeiras se apóiam nas funções vitais das quais se distinguem e ganham certa autonomia, motivo pelo qual são possíveis as formações sintomáticas corporais sem nenhum substrato orgânico, como no caso das histerias conversivas. Cabe ressaltar que tal autonomia raramente se dá de maneira absoluta. O processo de construção do universo psíquico é o meio pelo qual as pulsões sexuais se distanciam daquelas de autoconservação.

Esse primeiro dualismo será complexizado por Freud quando, na teorização sobre o narcisismo, o próprio eu se reverte em objeto das pulsões, dando uma natureza também libidinal às pulsões de autoconservação. O que torna possível que a satisfação pulsional seja encontrada no próprio corpo, característica de investimento libidinal do início do desenvolvimento do indivíduo, nomeada como auto-erótica. Nesse tipo de investimento, coincidem no próprio corpo a fonte e a finalidade da pulsão.

É também por meio da formulação do narcisismo que Freud irá considerar a possibilidade de uma ordenação do corpo pulsional, antes autoerótico, fragmentado e submetido a pulsões parciais, promovendo, a partir de então, uma vivência unificada do próprio corpo, de um corpo próprio. Desta unificação surge a formação do Eu, junto à constituição de uma imagem unificada de si próprio, através da qual o ser humano irá se reconhecer.

Esse processo só é possível quando, nos tempos iniciais do ser humano em sua condição de desamparo, há um outro que, cumprindo dentre outras a função de para-excitação, modele as excitações a que o bebê é submetido, dosificando-as e dando a elas um contorno, um sentido. O desenvolvimento e constituição das funções orgânicas e psíquicas do ser humano, inicialmente precários, são possibilitados pela presença corporal e psíquica de um adulto, por meio da configuração de um universo de cuidados maternos que administre a economia somática e psíquica, ou seja, a economia psicossomática do bebê.

Na medida em que vai se dando o encontro com o outro – no duplo movimento de presença e ausência desse outro – sujeito e objeto vão sendo delineados e investidos quantitativa e qualitativamente. Contudo, os investimentos em direção ao objeto e em si próprio, não se articulam de forma simples. Como escreveu Figueiredo (1999), não se dão nem de modo complementar, nem

constituindo oposição, igualmente às “tarefas de constituição e preservação do vivo (investir no *próprio*) e vitalização da vida (investir no *outro*)” (p. 104).

Entendemos essa ideia como referente à instauração de uma situação paradoxal entre a vida que passa pelo outro e pelo si - mesmo, da qual o ser humano não encontra saída sem pagar algum preço por isso.

Os direcionamentos e redirecionamentos pulsionais do ser humano, segundo a teoria psicanalítica, são conduzidos segundo princípios fundamentais do funcionamento psíquico, que modulam as formas e o *quantum* de obtenção do prazer, finalidade última da pulsão.

Inicialmente o princípio do prazer foi por ele associado ao princípio de Nirvana, expressando a tendência à eliminação de tensão. Já a elevação da tensão foi ligada ao princípio de desprazer. Freud (1920) observou, no entanto, que poderia haver prazer no sofrimento e na dor, fazendo parte do pensamento sobre os quadros clínicos do masoquismo.

Junto com outros impasses clínicos (sonhos traumáticos nos tempos de guerra, por exemplo) Freud formula a segunda proposição de dualidade pulsional, introduzindo o conceito da pulsão de morte. Do outro lado da pulsão de morte se estabelecem, a partir de então, as pulsões de vida que reúnem as pulsões sexuais e as de autoconservação. Nessa última proposição de dualidade pulsional, à pulsão de morte caberia a tendência de toda substância viva de retorno ao seu estado primevo e inorgânico, numa redução das tensões operada por dissolução de unidades constituídas.

Dessa forma, a pulsão de morte, ao procurar eliminar ou reduzir toda tensão ao mínimo (princípio de Nirvana), produz prazer. À pulsão de vida caberá também a busca pelo prazer, mas sem considerar as perturbações, por meio da busca de uma totalização cada vez mais ampla, incrementando, por outro lado, a tensão energética (desprazer).

Pode-se observar, então, duas tendências contraditórias do princípio do prazer: quando ligado à inércia, à tendência ao zero – princípio de Nirvana - está a serviço da pulsão de morte e quando regula a homeostase do organismo e de seu representante – o Eu, ou seja, seguindo o princípio da constância, é a pulsão de vida que está à frente, em sua tendência à homeostase e a síntese (Laplanche, 1988).

Essa homeostase é adquirida pela pulsão de vida por meio da constituição ou manutenção de unidades e laços, portanto, de energia ligada a representantes

psíquicos. Já, as pulsões de morte funcionam segundo o princípio de energia livre com o objetivo de descarga pulsional total.

As contribuições de Green (1988a), considerando o lugar primordial do objeto como revelador das pulsões, e até mesmo criado em parte por elas, amplia as noções de pulsões de vida e de morte. Diz o autor (Green, 1988a) que o essencial das pulsões de vida é garantir uma função objetalizante. Essa função não se limitaria às transformações do objeto, mas a criá-lo e, no limite, a fazer com que o próprio investimento seja objetalizado. A meta objetalizante das pulsões de vida tem como conseqüência a capacidade para realizar a simbolização.

No sentido inverso, a pulsão de morte tem como meta uma função desobjetalizante, que se daria através do desligamento. Da mesma forma como descreve no sentido oposto nas pulsões de vida, na ação das pulsões de morte não só o objeto seria atacado, mas o próprio investimento (objetalizado pela pulsão de vida).

À função desobjetalizante que recairia sobre o próprio processo objetalizante, aspirando ao nível zero, Green dará o nome de *narcisismo negativo*. No narcisismo negativo há um direcionamento ao vazio, à inexistência, à anestesia. A figura do *narcisismo negativo* evoca o apaziguamento mítico anterior ao desejo ou o imediatamente posterior a sua realização plena. Esse conceito remete ao modo de satisfação narcísica decorrente da não satisfação do desejo objetal, cujas extensões são “julgadas mais desejáveis do que uma satisfação submetida à dependência ao objeto, e às suas variações aleatórias assim como às suas respostas sempre defeituosas em relação às esperanças que se supõe que ele realize...” (1988b, p. 52).

Green, na mesma obra, cita quadros clínicos nos quais a função desobjetalizante dominaria: melancolia, autismo infantil, formas de psicose não paranóides, expressões somáticas em lactente, entre outros. Faz também referência aos desenvolvimentos teóricos da escola psicossomática de Paris, sobre o funcionamento e a economia psicossomática, sobretudo no estudo do adoecer humano. Tal escola, com os conceitos propostos de depressão essencial, desorganização progressiva e pensamento operatório¹⁵, por exemplo, contribuem

15 Sobre esse assunto remetemos o leitor a Marty, P. *A Psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

para corroborar com a hipótese do desinvestimento e a meta desobjetalizante da pulsão de morte.

Outro aspecto que vale ressaltar referente à problemática das pulsões é a observação da natureza conflituosa dos processos psíquicos humanos, notável nas dualidades pulsionais, especialmente ao se considerar os funcionamentos destrutivos e autodestrutivos. Na obra de Freud e na de autores posteriores a ele, observa-se uma aproximação ora maior, ora menor, entre pulsão de morte e agressividade, chegando até a consideração de serem equivalentes na tradição kleiniana (Figueiredo, 1999).

Já Winnicott (1950-55), em discordância à proposição da pulsão de morte, coloca como estando a raiz da agressividade do lado das pulsões de vida. Para Winnicott a voracidade e a crueldade fazem parte do amor primitivo e exercem um papel primordial na constituição do sujeito e do objeto, instaurando o dentro e o fora dele, ou seja, o mundo dos objetos subjetivos e dos objetos objetivamente percebidos.

Segundo esse autor, a agressividade pode desempenhar a função de ser uma forma de reação do *self*¹⁶ às experiências traumáticas ou propiciar a constituição de uma realidade externa que está fora da área de onipotência e que, desta forma, sobrevive aos ataques agressivos e fornece a experiência do limite, base da confiança e segurança.

Na leitura desconstrutiva que Figueiredo (1999) faz da obra freudiana de 1920, o autor discute o fato de leituras, feitas tradicionalmente sobre ela, efetuarem relações rápidas entre pulsão de vida e construção e entre pulsão de morte e agressividade, mas também as leituras de tendências simplificadoras do dualismo em termos de ligação e desligamento, respectivamente.

Figueiredo fundamenta que há dimensões e usos tanto da libido quanto da agressividade indispensáveis para a construção e manutenção das obras da cultura. O autor rebate tais leituras destacando que em Eros há formas que produzem ligações e que também podem produzir, simultaneamente, desligamentos (como no apaixonamento quando se retira a libido de outros investimentos sociais).

Da mesma forma, as formas e usos das forças destrutivas igualmente produzem desligamentos como auxiliam em manter ligações, como nas projeções da

¹⁶ Alguns autores, dentre os quais Winnicott é um exemplo, utilizam o conceito de *self* para designar a instância representativa dos investimentos narcisistas (Green, 1988a),

agressividade para fora do grupo (narcisismo das pequenas diferenças) ou em sua introjeção, contribuindo para a construção do supereu.

Mas Figueiredo vai mais além ao afirmar que para que haja a possibilidade da experiência de prazer/desprazer é necessária a constituição prévia de uma área de contenção, relacionando-a a uma estrutura “morta”. Para tal, relembra que, em sua formulação inicial de um modelo do funcionamento mental dos seres humanos, Freud se utiliza da ideia de que, para lidar com estímulos externos, há nos organismos simples uma parte que é a superfície externa que deixa de ter a estrutura de matéria viva, formando uma crosta. Isto é, uma parte “morre” para proteger a vida dentro deles, recebendo o impacto do que vem de fora e, desta forma, o amortecendo. No entanto, não os protegem dos estímulos internos.

No homem, além dos órgãos do sentido que cumprem essa função, desenvolvem-se também outras formas de lidar com os estímulos, entre as quais a capacidade de projetar para o mundo externo os sentimentos de desprazer, podendo desta forma, se defender mais facilmente. Contudo, como já observado, dos sentimentos de prazer-desprazer advindos do interior, o ser humano não consegue se desfazer plenamente.

Figueiredo (1999) destaca que, para que haja prazer e desprazer é necessário que haja uma estrutura de contenção da energia que se acumula e da qual esta se escoar, funcionando como uma espécie de recipiente onde as energias livres circulam. Portanto, uma parte da energia não é livre, mas se transforma em quiescente, estrutural, amortecida, conservando o organismo e, a partir daí, o princípio do prazer e desprazer pode exercer seu domínio. Assim, insiste o autor:

Ou seja, além da crosta mineralizada que defende o indivíduo contra energias externas muito intensas – a morte exterior defendendo a vida interior – o organismo deve conservar uma reserva de energia quiescente – amortecida, silenciosa – para contrapor-se às invasões de energia livre e ligá-las. Deve haver algo semi-morto lá dentro (lá dentro) para servir como último recurso contra a turbulência das energias livres..(p. 73 e 74)

Nas situações de trauma, ou seja, quando há um excesso de energia que invade um sistema, dá-se como uma inundação de vida numa estrutura de pequenas reservas de energia amortecida. A estrutura de contenção, oferecendo uma resistência à ação de descarga com a conseqüente pressão que se forma,

proporciona que essa energia livre seja ligada. Segundo Figueiredo, os princípios de prazer-desprazer e da realidade dominam o funcionamento mental, contudo, sob determinadas condições: quando o aumento ou diminuição das energias livres acontecem sem desafiar a própria estrutura, ou seja, se a estrutura se rompe, o que se tem é trauma.

Sob a perspectiva de se considerar uma estrutura ou estado quiescente, que serve de suporte aos excessos de vida, é possível perceber uma proximidade entre o pensamento de Figueiredo e de Pierre Marty, o principal fundador da Escola Psicossomática de Paris.

Marty (1976) defende a ideia da existência de uma desorganização latente sob as organizações das pulsões de vida, considerando desta forma uma ligação essencial entre as duas pulsões antagônicas. Coberta por essas desorganizações latentes, há uma insistente e persistente inorganização presumida do mundo inicial. Explica Marty:

(...) um primeiro estado, particularmente marcado, imprime sua marca sobre todas as organizações evolutivas que o seguem e constitui permanentemente um plano de chamado contra-evolutivo a essas organizações. (*op. cit.* p. 125 e 126, nossa tradução)

E, continua o autor:

Este esquema, considerando a existência dos Instintos de Morte como uma continuidade da inorganização primeira ao longo da evolução, daria conta da tendência autodestrutiva pronta a ser desencadeada diante do mínimo passo em falso traumático, não importando qual o nível das organizações funcionais do indivíduo. (*op. cit.*, p. 126, nossa tradução)

Propõe, portanto, a existência de uma desorganização latente às organizações geradas pelas pulsões de vida – fruto de uma inorganização primitiva - da qual a pulsão de morte seria continuação.

A proximidade que supomos haver entre tais colocações de Marty e Figueiredo se refere à proposição de uma base no ser humano de características mais familiares às concepções das pulsões de morte, sustentando possibilidades de vida. Em Figueiredo, há uma base que serve como estrutura de contenção na qual as ligações podem se dar e, em Marty, sendo igualmente base de estrutura

quiescente, se oferece como um ponto radical de fixação que freia as desorganizações promovidas pelos excessos pulsionais.

Outra contribuição que vale a pena ser considerada, igualmente na direção de conceber a pulsão de morte ultrapassando certa ênfase dada a um viés destrutivo diante do trabalho de Eros, é a da psicanalista Natalie Zaltzman (1993). Sua argumentação parte da afirmação de que as pulsões de morte estão mais ligadas ao apoio corporal do que as pulsões de vida. Enquanto as pulsões de vida desenham uma geografia dos prazeres erógenos do corpo, as pulsões de morte teriam, como missão corporal, uma função de individuação.

Assim, segundo Zaltzman, as pulsões de morte, por serem de relação mais estreita ao apoio corporal, podem fazer um apelo à realidade biológica que, apresentando um corpo com limites próprios, se furtam a ascendência mental quando esta oferece perigo. Citemos Zaltzman:

O recurso aos limites do corpo é, às vezes, o único que resta a um sujeito para se subtrair ao excesso de ascendência mental de um outro, potencialmente mortífera, por que exclusiva de uma escolha ou de uma recusa de vida apropriada por um outro que não o sujeito. (p. 50)

Aqui observamos o corpo como campo da pulsão de morte, numa posição de resistência à morte psíquica do sujeito pelo excesso de outro em si, numa função de individuação.

Pensando a respeito de pacientes que se expõem a situações de risco, Zaltzman percebe que há, nessas ações pulsionais, um experimentar da permanência em vida em uma prova de força que se torna vital. A autora entende que há uma prova da morte numa busca de assegurar de que se está vivo pela própria vontade, e não pela de um outro. Nesses casos, a função de autoconservação penderia em direção a efeitos mortíferos. O que se visaria, então, não seria a morte, mas uma dimensão de sobrevivência psíquica.

Afirmando que a pulsão de morte pode ter destinos que não apenas aqueles com finalidade mortífera, mas que contribuem à vida psíquica, Zaltzman faz a proposição da pulsão anarquista. Esta é a parcela da pulsão de morte mais individualista, mais libertária, capaz de gerar separações necessárias, rupturas benéficas. Ela tem, como objetivo, “abrir uma saída vital onde uma situação crítica fecha-se sobre o sujeito e o destina à morte” (*op. cit.*, p. 62). Em consequência, a

pulsão anarquista guarda a possibilidade de uma escolha, condição fundamental da manutenção da vida do ser humano.

Vale ressaltar que Zaltzman se inspira em Freud para conceber a ideia de algum tipo de trabalho libertário da pulsão de morte. Tânatos, em sua tendência aos desligamentos é concebido, já no pensamento freudiano (Freud, 1930) como o que se antagoniza com as forças de ligação, totalizantes de Eros. Partindo das postulações do pai da psicanálise de haver no ser humano um conflito entre as forças pulsionais individuais e as pretensões da civilização, a autora propõe que a pulsão de morte possa vir a trabalhar a favor de um levante libertário contra as formas sociais, fincadas por Eros no sentido da Civilização. Na mesma direção, Canavêz e Herzog (2011) defende uma função libertária da pulsão de morte como oferecendo uma resistência contra as tentativas de regulação operada pela da moral civilizada.

Dentro dessa perspectiva, podemos considerar que a pulsão de morte mantém essa potencialidade de cumprir uma função libertária igualmente diante dos mandatos sociais exercidos preponderantemente através dos saberes sobre a vida, de uma biopolítica, na concepção de Foucault. Portanto, esse aspecto libertário da pulsão de morte, ressaltado por Canavêz e Herzog, e nomeado de pulsão anarquista por Zaltzman, se oferece como elemento de compreensão de importante valor, situado na base da questão que norteia este trabalho.

Acrescida a essa consideração, podemos assinalar que, se o sujeito surge de um apoio corporal, da qual a pulsão de morte teria maior aproximação, nos processos de desligamento – desobjetalização, nas palavras de Green - é no corpo que o eu ameaçado pode se ancorar como último reduto. Até aqui, estamos em concordância com a proposição da Escola Psicossomática de Paris, do corpo sendo capaz de fornecer pontos de fixação a movimentos regressivos de desorganização do ser humano.

Assim, sustentamos a hipótese de que a doença orgânica pode, dentro dessa perspectiva, revelar um corpo que serve a um modo pulsional do homem como busca de saída de sobrevivência do sujeito perante a uma “não-vida” colocada pela relação com o objeto, mesmo que de risco para a sua sobrevivência orgânica. Como desdobramento dessa proposição, cabe questionarmos se, por meio desse mecanismo que teria o corpo como base, seria possível a criação de outros modos de vida, estes mais dignos, promovida pela ação da pulsão de morte.

2. O CORPO - A - CORPO

“Em face da grandiosa impressão causada pelo agarrar, esquece-se de que, paralelamente a ele, verifica-se algo de igual importância: importante é também não se deixar agarrar”.

*Elias Canetti*¹⁷

A participação do campo da cultura e das formações sociais para a constituição de subjetividades é tema que vem ganhando importância dentro da psicanálise. Uma das razões possíveis para esse desenvolvimento teórico dentro do campo psicanalítico decorre do estudo de formações psicopatológicas hoje em evidência¹⁸. Em determinadas formações as falhas do ambiente são fatores centrais de participação em suas etiologias como também a contingência de um ambiente favorável torna-se em si de maior relevância para os processos de tratamento.

Se a problemática da alteridade aparece cumprindo um papel central para a constituição subjetiva ela é igualmente considerada em sua forma coletiva, por meio das formações sociais e dos valores da cultura reproduzidos nas relações mais próximas. Desde o nascimento, funcionando como parte da estrutura constitutiva do bebê, há a participação de elementos do grupo de origem e no qual ele está inserido. Grupo que é, ao mesmo tempo, instituído e instituinte dos valores que se manifestam em cada sujeito singular e em suas relações.

Decorre dessa problematização, pensar sobre as relações entre o que seriam as determinações sociais e culturais do campo subjetivo e o sujeito, em suas potencialidades e arranjos, em seus valores positivos e negativos: como fonte de continência e de possibilidades de realizações e construções simbólicas por meio de trocas recíprocas e criativas com o mundo, ou como fonte de alienação e assujeitamento.

O campo subjetivo, segundo Rozitchner (1989), será absolutamente incompreensível se não se alcança o campo coletivo das determinações sociais.

¹⁷ Cf *Massa e Poder*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995, p. 205.

¹⁸ Como assinalamos no primeiro capítulo, patologias que não apresentavam uma dinâmica aos moldes da descrita para as neuroses, excluídas inicialmente do campo de estudo da psicanálise, como as psicoses e os transtornos psicossomáticos, por exemplo.

“Em Freud tratar-se-ia de explicar a estrutura subjetiva como uma organização racional do corpo pulsional pelo império da forma social”. (Rozitchner, *op. cit.*, p 19).

Percorrendo o desenvolvimento da obra freudiana, encontra-se a consideração da participação do mundo externo - quer seja por meio das relações precoces do ser humano com um outro, quer seja pela via das formações sociais e da cultura – tanto para a formação do psiquismo como de sua regulação. Para além das construções subjetivas, evidenciadas pela observação do funcionamento intrapsíquico dos pacientes, sistematicamente o ambiente impõe - se na clínica, obrigando a novos desenvolvimentos a respeito das relações entre o indivíduo e suas relações sociais.

A título de exemplo, os anos vividos durante a Primeira Guerra Mundial fizeram com que Freud, como um atento pensador da cultura, efetuasse um trabalho de elaboração em sua teoria que integrasse, no campo da psicanálise, o que intitula de trabalho da cultura (*ArbeitKultur*)¹⁹. Na obra freudiana a guerra funcionou como um operador em que foram reconsideradas as relações entre as organizações políticas e as condições de formação do psiquismo: as questões políticas, econômicas e sociais (especialmente pelas formas de violência do Estado) romperam e irromperam no enquadre do tratamento psicanalítico do qual geralmente pretendeu-se suspensas (Käes, 2002).

A partir de então, à psicanálise foi colocada a tarefa de repensar-se, resultando em profícuos desenvolvimentos da concepção do psiquismo, como a proposição da pulsão de morte. Como efeito direto dessa formulação na clínica, foi possível identificar conceitualmente o masoquismo, a neurose traumática e a reação terapêutica negativa.

Da mesma forma que, em seus esforços, o homem não conseguiu dominar a vida separando o corpo da alma, a tentativa de se realizar uma analogia entre o corpo e a máquina também esbarrou no limite dado pela sua complexidade, com sua dimensão simbólica. Como assinala Le Breton (2008), transformar o corpo em máquina satisfaz uma fantasia de abolição do corpo enquanto perturbadora presença do que faz lembrar a imprevisibilidade e a falibilidade da condição humana. Segundo o autor, fazer o corpo mecânico, em última instância, intenta um

¹⁹ A respeito da relação existente entre a psicanálise, seu inventor e a cultura, sugerimos a leitura de Mezan, R. *Freud, pensador da cultura*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

aprofundamento do trabalho de recalque da condição mortal do homem, que sustenta toda luta contra o corpo.

Contudo, apesar do otimismo advindo dos desenvolvimentos da ciência da razão, do século XIX, os mesmos desenvolvimentos darão lugar a uma crise. Feito de matéria composta por excitações, de um corpo e psique plenos de intensidades, o ser humano mostrou-se irreduzível ao modelo mecanicista. Nesse cenário surge a psicanálise, que tem como fundamentos o inconsciente e as pulsões. Afirmando um homem que desconhece a si mesmo, Freud iniciou um trabalho que teve em seu bojo uma crítica do primado da razão e da consciência. Com “penso, logo existo” de Descartes temos o paradigma da centralização do sujeito em sua capacidade racional. Porém, com a psicanálise, a existência ficará deslocada para o inconsciente e os desejos.

Uma das formulações advindas desse novo campo de conhecimento é o de que o ser humano, como consequência de não ser dono pleno do controle de seu destino e vulnerável em sua essência, depende para a preservação da própria vida, biológica e subjetiva, de um outro. Dessa forma, a experiência de vulnerabilidade humana cumpre um papel estruturante dos laços sociais.

Paradoxalmente, no entanto, ela pode vir a por em risco as mesmas estruturas e vínculos que em determinado momento o preservam. Se o campo social e cultural protege e é estruturante para o sujeito, igualmente constitui um campo de conflito, reafirmando o ser humano como um ser de conflito. É importante destacar, nesse momento, a concepção de Kaës (2002) de que no inconsciente de cada ser humano há traços do inconsciente de um outro, ou outros, quer seja nos conteúdos quanto na sua própria estrutura. Sendo que essa forma de configuração do psiquismo sustentará uma fonte de conflitualidade permanente.

O quanto os vínculos e as relações sociais que o ser humano constitui são razões, desde sempre, de vida ou jogam do lado da morte é questão conhecida na clínica psicanalítica. Acompanha-se hábitos, condições de vida, relacionamentos nos quais são vividos dilemas, impasses dramáticos de vidas em corda-bamba, entre manter-se ligado ao que é fonte de desejo e prazer ou oferece algum tipo de sustentação vital e, ao mesmo tempo, libertar-se do que faz sofrer e põe em risco. Os vínculos são fontes geradoras tanto de satisfações pulsionais como de renúncia, ao mesmo tempo em que oferece sustentação a lugares identificatórios de valorização.

Observa-se, no bojo conceitual da psicanálise, uma concepção de constituição do aparato psíquico e de seu funcionamento numa relação de impasse, em um confronto constante entre forças oriundas da necessidade de ser si - mesmo e interessadas em preservar o amor do outro.

Trataremos neste capítulo a respeito desse insolúvel impasse humano. Em sua primeira parte, apresentamos Cláudia, cujo percurso de análise permitiu acompanhar figuras dramáticas desse impasse. Com a finalidade de aprofundar a discussão, utilizaremos elementos do pensamento freudiano sobre o tema e traremos a interessante formulação de Espósito (2010) sobre o paradigma imunitário, de grande contribuição para o debate que propomos.

Na segunda parte deste capítulo, nos deteremos sobre a noção de biopolítica proposta por Foucault a fim de introduzir definitivamente aqui os modos de construção da subjetividade operados junto às formas de saber e poder da cultura que, no caso da cultura ocidental atual, tem a saúde e a vida como importantes ferramentas.

Por último, discutiremos a questão da adaptação do sujeito aos contornos oriundos dos grupos sociais e da cultura.

2.1 Viver e sofrer no grupo

Na relação contínua entre o inconsciente e as formações sociais, se estabelece um permanente conflito entre pertencimento do ser humano a um grupo e a sua individualidade – dupla necessidade de ser si próprio e coabitar um espaço coletivo. A individualidade se constitui, portanto, numa tensão entre o poder individual e o poder coletivo.

Esse conflito pode ser percebido tanto no campo social objetivo como no intrasubjetivo. Muitas vezes, ao não poder responder às demandas sociais vividas como de fora e que exercem uma pressão ao dentro, o ser humano encontra saída pelo sintoma (Rozitchner, 1989).

A importância do mundo relacional se apresenta enfaticamente no cotidiano da clínica, tanto considerado pela perspectiva da realidade intrapsíquica como também dos objetos concretos vindos do mundo exterior.

Na prática clínica, sobretudo no contexto de internação hospitalar, ou até mesmo bastante observáveis nas relações de trabalho, pode-se acompanhar o quanto a vida relacional contribui de forma enfática para o adoecimento ou reestabelecimento do homem. A título de exemplo, vale lembrar que a presença de familiares acompanhando um paciente durante o período de internação hospitalar, que tenham a condição de oferecer certa continência às angústias experimentadas pelo mesmo, é já fator conhecido de auxílio para a recuperação e de abreviação do tempo de internação. Como já observado, a realidade objetiva constantemente se impõe na clínica, oferecendo-se como fator coadjuvante às propostas terapêuticas, da mesma forma que constitui fator limitante.

Se a realidade objetiva impõe limites ao campo clínico psicanalítico, as características das relações objetivas provindas do interior do aparelho psíquico igualmente não deixam de oferecer dificuldades, o que remete aos impasses próprios da constituição e funcionamento psíquicos.

Em determinados pacientes por nós atendidos ou supervisionados esses impasses se tornaram particularmente dramáticos, configurando situações clínicas que foram portadoras de entraves técnicos e, conseqüentemente teóricos, que suscitaram o interesse sobre a hipótese, que é objeto deste trabalho, da construção de uma resistência que se expressa no corpo. Elegemos, para discuti-la, um recorte de uma experiência clínica vinda da clínica privada que acabou por se contextualizar também em enfermagem de hospital. A analisanda em questão, chamaremos de Cláudia.

As coisas vinham bem para Cláudia: um círculo de amigos advindo principalmente do ambiente de trabalho, um estável relacionamento amoroso, um trabalho – de muitos anos e igualmente estável - que lhe permitia criações e era fonte de realização e de reconhecimento pessoal e profissional. Até a sua condição de portadora do vírus HIV, da qual tinha conhecimento há mais de quinze anos, não lhe perturbava mais. Extremamente aderente ao tratamento, fora sempre pontualmente presente às consultas e exames. As medicações eram tomadas sem falta – e na hora - mesmo em condições de “distração”: em viagens ou relaxada pelas bebidas alcoólicas ingeridas em eventos sociais. Seguia as recomendações e prescrições médicas – fazia o que tinha que ser feito.

No trabalho, era muito eficiente. Cumpria suas funções e entregava os trabalhos com excelência de qualidade e, ainda, dentro dos prazos. Se tivesse que

fazer horas-extras, estava lá. Voltar das férias antecipadamente quando chamada em suas responsabilidades? Voltava.

Sua condição clínica era estável. Precária, mas estável: desde o início de seu tratamento seus níveis de imunidade e carga viral sempre foram mantidos em um equilíbrio limite ao risco de adoecimento.

A situação mudou quando a empresa em que trabalhava foi comprada por uma multinacional. No processo de incorporação muitas pessoas foram demitidas. Aos idosos e portadores de doenças crônicas, foi oferecida a adesão a um programa de demissão voluntária. Cláudia não aceitou; amava o seu trabalho! E não poderia prescindir dos vínculos ali estabelecidos há muitos anos. Pressões se sucederam, até sob a forma do lançamento de dúvidas em relação a sua competência e profissionalismo. Ameaçada no que tinha de mais valioso, seus relacionamentos e sua imagem profissional, teve sua saúde abalada. Os remédios não faziam mais efeito. Sua imunidade caiu.

Esse quadro mostra claramente o que é, já, conhecido pelos estudiosos da psicossomática: diante de uma situação traumática, ou seja, uma situação que representa um excesso às capacidades elaborativas do psiquismo (no caso a violência da pressão e a ameaça da perda do que lhe era muito caro) há uma resposta sintomática via adoecimento no corpo. Solução possível que, se denuncia uma situação insuportável ao psiquismo, ao mesmo tempo oferece um ponto no qual se freia uma desorganização que poderia ser mortífera. “Grito” do sujeito, por meio do corpo convoca um investimento que se inicia pelos cuidados com a saúde, mas que pode se expandir para além desse âmbito a partir da operação de uma ressignificação envolvendo toda uma reorganização da vida.

Cláudia saiu em licença médica e não readquiriu condições para retornar ao trabalho. A partir daí, lutas externas diversas foram travadas por Cláudia: processos trabalhistas contra a empresa, denúncias e queixas formais generalizadas, sobretudo contra os maus prestadores de serviço de qualquer espécie. No nosso entender, eram lutas que cumpriam a função de constituir um inimigo externo contra o qual sentia que tinha a chance de lutar, chance esta necessária para que se mantivesse viva. Protagonizava, em cenários nos quais o inimigo podia ser identificado e combatido e, quem sabe, sairia dessa vez vencedora! Seus “inimigos” eram escolhidos a dedo: os incompetentes profissionais eram suas vítimas preferidas, revelando um funcionamento projetivo que permitia que as vozes

superegóicas fossem encenadas. Vale notar que o caráter severo do supereu para com o eu encontrou eco nas acusações que Cláudia sofrera sobre a sua competência, motivo pelo qual tiveram um efeito tão devastador. Aos poucos foi possível reconhecer outro tipo de “inimigo”: aqueles que a conduziam, que a submetiam.

Só nesse momento, foi quando pode revoltar-se quanto a sua soropositividade para o HIV, a sua adaptação extrema ao tratamento, às imposições do marido, a seu servilismo no trabalho não considerando seus prazeres e cansaços ao priorizá-lo, interrompendo prematuramente suas férias e fazendo incontáveis horas-extras. Foi nesse momento que reconheceu em si essas vozes que lhe submetiam, internalizadas.

Como alternativa a falência terapêutica²⁰ que se apresentou, novos remédios foram buscados em protocolos experimentais ou, importados. A cada remédio novo que lhe era proposto, seguia-se uma exuberante e arriscada reação alérgica. A um novíssimo medicamento, que fez com que a sua imunidade subisse estrondosamente (primeira vez que um remédio teve esse resultado em todo o período de seu tratamento) desenvolveu uma doença auto-imune que resultou em comprometimento das suas funções neurológicas. Como consequência imediata teve uma gama importante de sequelas que a colocou de maneira intensa na condição que mais desgostava: de dependência quase que absoluta.

Algumas internações em unidades hospitalares foram, então, necessárias para controlar suas reações alérgicas de risco. A partir das internações, retoma um discurso adaptativo: “fazer o quê?!”, dizia referindo-se as imposições do tratamento, pois era através dele que sobreviveria. Tinha que seguir o tratamento. Angustada perante a nova situação de perda de autonomia e de “voz”, dizia que quando se entra no hospital, não se manda mais em si mesmo. Sua situação clínica em geral, e a internação em particular, representava menos uma oportunidade de cuidado efetivo do que, com a perda de autonomia, uma falência de seus recursos de luta.

Temia, numa suposta piora, ser transferida para a UTI e ter que ser entubada. Seu temor era de não conseguir falar e ficar restrita em seus movimentos. Na ameaça da perda da autonomia que sentia que lhe restava, temia não encontrar maneiras de se manifestar diante da vida, ou melhor, das violências experimentadas

²⁰ Falência terapêutica é o nome que é dado à quando não se obtém mais sucesso terapêutico diante das medicações disponíveis, como consequência da resistência viral.

na vida. Porém, o que era temido, acabou por, de fato, acontecer: teve que ser transferida para a UTI e foi entubada. Mesmo após a melhora de sua capacidade pulmonar, sendo extubada, apresentou dificuldade de ganhar autonomia respiratória, o que gerou a necessidade do uso de respirador e até mesmo de uma nova re-entubação. Quando finalmente, sem o tubo, ganhou independência do respirador, avisou: “engoli o tubo, vou morrer!”

Cláudia fora criada em uma pequena cidade do interior do Estado, pelos avós paternos, após a morte de sua mãe por câncer, quando tinha cinco anos. Foi uma criança obediente, que não podia incomodar o que ela justificava como sendo o resultado de ter tido uma educação bastante rígida. Segundo Cláudia, além dos avós privilegiarem a disciplina na forma de educá-la – não poderia ser “mal falada” na cidade, pois eles a criavam “de favor” e não poderia envergonhá-los. Quando adolescente, vai para a capital morar com primos, para desenvolver seus estudos. Ingressa em um curso ligado a atividades de criação, qualidade que irá privilegiar em sua carreira e na vida de modo geral: desenvolve particular gosto pelas artes e pela gastronomia. Diz que à época em que ingressa na faculdade é quando ela começa a “experimentar a vida” e inicia sua vida sexual. E, é também nesse período, que ela se contamina pelo HIV.

Em seu processo de análise, Cláudia mostrava-se com grande capacidade associativa e de vida onírica rica. Colaborativa com o processo analítico, ela era receptiva às nossas intervenções. Dificilmente rejeitava uma interpretação. No entanto, para além do contexto analítico, foi paulatinamente se distanciando de sua posição passiva habitual. Começou a apresentar certo “relaxamento” nas suas exigências de auto-suficiência e colocou-se mais reivindicadora. Dessa forma, começou a incluir a consideração por uma ajuda vinda do outro, antes jamais reclamada. Não por não reconhecer que a desejaria, mas por, a priori, considerar que iria se decepcionar. Como se descrevia como exigente, sempre haveria alguma falha imperdoável!

Com o marido, não podia contar: ele não a acompanhava em suas consultas médicas, não conversava com ela sobre sua condição de HIV+, como tampouco ele quis fazer seu próprio exame para saber sobre sua condição sorológica para o vírus. Após seu afastamento do trabalho, enquanto teve condições físicas para tal, se ocupava cozinhando, atividade que lhe realizava, sobretudo por meio da aprovação dos pratos e quitutes pelo marido ou por quem os compartilhava.

Esse relato, entre outras coisas, põe em evidência um aspecto do funcionamento psíquico que é a importância dos vínculos sociais como campo de reconhecimento e existência do eu. Podemos compreender essa importância como decorrente, em certa medida, do lugar central ocupado pelo ambiente de relações e o caldo cultural no qual o ser humano está inserido para a estruturação e manutenção do funcionamento psíquico em geral.

Evidencia-se, no caso de Cláudia, o valor dado aos vínculos para a promoção de seu equilíbrio psicossomático. Vínculos com os quais se sentia em grau significativo de dependência quer para a sua sobrevivência física, como no caso de sua dependência objetiva aos dispositivos de tratamento de saúde propostos, ou referida a sua dependência psico-afetiva estabelecida em suas interações humanas.

Sabemos que é através do mundo relacional e cultural que se obtém tanto a satisfação como o impedimento de satisfações pulsionais. Com isso, tem-se que os vínculos sociais e os aportes simbólicos da cultura exercem uma função fundamental para o equilíbrio psicossomático do ser humano.

O equilíbrio psicossomático do ser humano se dá através de uma economia complexa dos recursos pulsionais, empregados na busca de satisfação de necessidades e de prazer e na tentativa de evitação do sofrimento.

Freud (1930 [1929]) afirma que, no homem, o sofrimento o ameaça desde três direções: do próprio corpo, condenado a decadência e dissolução; do mundo externo, capaz de voltar-se destrutivamente contra ele e dos relacionamentos com os outros, que o frustram e o abandonam. Ambas são fontes de satisfação e segurança, por um lado, e por outro constituem possibilidades de sofrimento das quais o ser humano tenta escapar. No melhor dos arranjos, ele diminui suas pretensões de felicidade e se contenta em escapar do que lhe parece insuportável. Há algo, no entanto, de que não é possível escapar: marcado por sua condição inicial de desamparo, o homem necessita do outro para sobreviver, constituir-se, proteger-se e ter seus desejos parcialmente satisfeitos. O que acontecerá, então, entre os pólos da pulsão e da cultura.

Em “Psicologia de grupo e análise do ego” (1921), Freud afirma que a psicologia individual é, desde seu início, social. O fator preponderante que une o

indivíduo ao outro ou grupo é o amor²¹. Amor que tem sua origem na satisfação de grandes necessidades ligadas à sobrevivência, na condição primeira de desamparo do homem.

Os estados de desamparo e dependência, inerentes à condição humana, são parcialmente aliviados pelo investimento libidinal nas figuras de autoridade. O perigo representado pelo desamparo, físico e psíquico, faz com que o eu se submeta ao objeto. Para tal, o mecanismo central utilizado é o da identificação: forma mais elementar de ligação afetiva com o objeto, por meio do qual se dá a assimilação de aspectos de outro indivíduo em seu eu, que desta forma, o modifica.

No entanto, o mecanismo de identificação é caracterizado pela ambivalência entre um desejo de imitação ao mesmo tempo em que de abolição do objeto. Isso porque seu protótipo é a incorporação oral do objeto, através do qual, simultaneamente, o bebê introduz o objeto no interior do próprio corpo e o destrói.

A vida humana, em seu início, só estará garantida por meio da incorporação de um objeto concreto, vindo do mundo exterior, que é o leite, ou o alimento. A incorporação oral desse objeto dos inícios é o substrato orgânico do processo psíquico no qual se delineará a constituição e a diferenciação dos mundos subjetivo e objetivo²². Ao destruir simbolicamente o objeto incorporado, o ser humano o obtém dentro de si e, juntamente à sobrevivência material do objeto, o mantém fora dele. Abrindo-se ao mundo exterior, o pequeno humano se cria a partir dele, de onde também se diferencia.

Em “O mal-estar na civilização” (1930[1929]), Freud falou da regulação das satisfações das exigências pulsionais por meio das restrições da cultura, na qual a substituição do poder individual pelo poder da comunidade foi um passo decisivo para a formação da civilização. Sua proposição é de que por intermédio da renúncia à satisfação pulsional narcísica e objetal direta é que surge a possibilidade dos pactos sociais. Renúncia que só se torna possível pela vantagem de uma proteção pelo grupo – proteção contra a violência, que obriga a necessidade e possibilita o amor – e que oferece investimentos e representações que asseguram a base da identificação do sujeito ao grupo social ao qual pertence. Desta forma, a participação no grupo social contribui para uma regulação endo-psíquica.

²¹ Por servir de instrumento do poder, explicou Freud já em 1905, nos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, o amor torna-se uma fonte importante de autoridade, senão a mais fundamental de todas (p. 142).

²² Em Freud, a noção de apoio corporal às funções psíquicas é a que nomeia esse processo.

O estado prematuro de desamparo e vulnerabilidade em que se encontra o bebê humano faz com que os recursos que surjam disponíveis vindos de fora, provenientes das relações humanas primárias enriquecidas pela cultura de onde emergem, se estabeleçam como essenciais para a sobrevivência e constituição do sujeito. Através das primeiras relações com o mundo, o bebê vai se constituindo sujeito, em uma formação da morada do que se fixa como sendo próprio e deixando margem a uma certa dose de estrangeiridade. Vejamos como isso se dá.

No início da vida, o ser humano não se diferencia do mundo exterior, o que não quer dizer que ele não necessite desse mundo externo, muito pelo contrário: essa não diferenciação o protege de sua condição de vulnerabilidade, fazendo com que à sua impotência venha em resposta a onipotência do outro que o precede. A condição de total dependência, física e psíquica, do bebê o abre ao mundo exterior, de onde ele obterá a base de sua constituição psíquica e, com ele, a do próprio Eu²³.

A resposta do outro que vem de fora, em auxílio à condição de necessidade e desamparo do bebê, não só garante o que o alimenta e as condições que o mantém organicamente vivo, mas também concede cargas afetivas, inclusive de seu inconsciente. Assim sendo, o outro de fora opera um duplo efeito: é tanto apaziguador das necessidades quanto é invasivo e excitante.

Ambos os efeitos, gerados pelo investimento (a)efetivo do outro, revestem e transformam as experiências iniciais de desamparo, formatando as bases do Eu. O Eu, assim constituído ocupa uma posição paradoxal no psiquismo. Dependendo dos outros para poder se inventar, ou reinventar, joga simultaneamente em campos opostos: da autonomia e da dependência.

Na obra “Sobre o narcisismo uma introdução” (1914b), Freud formula que no início da vida se dá um investimento libidinal no bebê pelos pais. Esse investimento é carregado por aspectos narcísicos que eles mesmos foram obrigados a renunciar. Assim, o bebê irá corresponder ao ideal, assumindo a imagem que recebe do outro como uma primeira forma do eu (narcisismo primário), que o afasta da sua condição de desamparo. Essa imagem será a primeira formação unificada do bebê, do eu e de seu corpo, antes submetido a pulsões parciais e a um autoerotismo fragmentado. Nesse momento é um eu de plenitude, onipotente. O eu se toma como

²³ Porém, ao mesmo tempo em que ao estado de desamparo será estruturante ao psiquismo, para o ser humano já constituído será de onde ele tentará, permanentemente, se afastar.

objeto de investimento pulsional e não há distinção eu-outro: na imagem ideal do narcisismo primário, eu e outro formam uma unidade, operada pelas pulsões de vida e pelo princípio do prazer.

Pela sua insustentabilidade, na medida em que essa montagem a partir de uma imagem ideal, onipotente, vai sendo perturbada, dá-se um deslocamento da libido para um ideal transcendente, fazendo a passagem do eu ideal para o ideal do eu. É por meio dessa passagem que se dá o reconhecimento da alteridade e a introjeção de valores morais e éticos. Há, aqui, na passagem para o narcisismo secundário, o imperioso lugar dos valores culturais e sociais, transmitidos pelos pais, se tornando valores reguladores das instâncias psíquicas. Porém, mesmo afastado da vivência do narcisismo primário, o homem tentará pela vida a fora instaurar um estado com pretensões de recuperar essa fase.

Tal tentativa é parcialmente bem sucedida ao se obter satisfações pulsionais diretas, ou quando as relações sociais garantem um lugar valorizado de investimento, como também ao se conseguir atingir algum ideal que foi algum dia projetado.

Eu ideal e ideal de eu seriam dimensões do supereu, sendo que o eu ideal corresponderia ao seu núcleo narcísico²⁴, enquanto o ideal de eu carregaria para dentro do sujeito valores da cultura (Volich, 2008).

Das formações advindas do outro, instaladas no psiquismo, o supereu seria o que há de mais estrangeiro. Formulado conceitualmente no artigo “O eu e o id” (1923), o supereu foi sendo gestado por Freud junto à noção de consciência moral e com a problemática dos ideais. Tem três funções: a auto-observação, a consciência moral e será a base dos ideais. É a instância da observação, de vigilância do eu na forma da consciência moral, forma de perpetuação da crítica vinda originariamente do exterior. Portanto, dentro do campo subjetivo, e igualmente dizendo respeito ao seu funcionamento, permanecem categorias da ordem repressiva social. Nas palavras de Rozitchner(1989), o psiquismo individual é organizado a partir da dominação e poder exterior, que constitui a racionalidade pensante, determinando a possibilidade de ser, segundo o que o recalque, a censura e a instância crítica impõem.

²⁴ Se manifestando na clínica como traço de caráter e de comportamento, como nas formações falsas, sobre as quais falarei mais adiante.

Herdeiro das identificações fundantes das formações sociais, o supereu evidencia a importância da presença de outro para a constituição da subjetividade. Porém, cabe lembrar que a presença em si do objeto dos inícios tem dupla polaridade: é, simultaneamente, constitutivo e traumático. Ao vir ao auxílio do bebê, diante do desamparo deste e servindo como fonte de satisfações, o outro também o introduz em uma experiência angustiante pela sua diferença.

Apresenta-se enquanto outro ao mesmo tempo em que se impõe como objeto de identificação. Nessa polaridade, contribui para a formação subjetiva do bebê promovendo uma dupla experiência: de ser si - mesmo e da estranheira. Da proposição do estrangeiro no eu decorre o fato do ser humano não ser constituído de sólidas integrações, mas passível de desconstruções pelas fronteiras e alteridades que lhe são próprias. Aspecto que igualmente lhe garante uma área potencial de novos arranjos subjetivos.

Na intenção de Eros de construir ligações, fazendo associações, tem-se como consequência a eliminação de diferenças. Disso resulta que todo vínculo libidinal, em certa medida, age na direção de anular a alteridade.

Dessa forma, estabelece-se entre a vida individual e a coletiva uma relação de forças opostas, na medida em que o indivíduo se vê ameaçado em sua alteridade. As relações entre o indivíduo e a sociedade serão, então, organizadas pelo jogo de forças entre pulsões de vida e pulsões de morte.

Evidenciava-se em Cláudia a tensão que se formava entre as condições de sua autonomia e dependência em relação ao outro, que acabou por ser atualizada enfaticamente a partir da dependência objetiva imposta pelas limitações físicas da doença auto – imune. Essa oposição de forças entre a individualidade e o outro internalizado, esse não-eu inicialmente proveniente do ambiente, apresentados dramaticamente em Cláudia através de processos ligados ao seu sistema imunológico, nos inspira a trazer como elemento de contribuição a essa discussão as formulações de Roberto Espósito, que a faz pela via do paradigma da imunização.

Esposito (2010) desenvolveu um trabalho bastante interessante a respeito das relações entre sujeito e sociedade, debruçando-se sobre os conceitos de imunidade e comunidade.

Afirma que ambas as palavras etimologicamente derivam do termo *múnus* que significa presente, ofício (profissão) e obrigação (compromisso), mas em

sentidos opostos. Enquanto *communitas* expressa o cuidado com o outro, as obrigações perante a comunidade, *immunitas* diz de quem está ao abrigo das mesmas. Seria aquele que rompe com o circuito social, colocando-se fora dele.

Esposito sustenta a hipótese de que, apesar de sempre na história do homem ocidental ter havido demandas por autoproteção, só agora, após o fim da modernidade, é que estas se transformaram num eixo em torno do qual foram construídas práticas e o imaginário de toda civilização. Cita como exemplo o que a síndrome de deficiência da autoimunidade da aids significou em termos de normalização, tanto de experiências individuais quanto de coletivas, não somente relativas a medidas de higiene ou de saúde mas, erguendo barreiras sócio-culturais. Desta forma instalando os fantasmas da doença na área de todas as interrelações.

No percurso e campo de intersecção entre o corpo individual e o corpo social, do corpo tecnológico ao corpo político estaria, para o referido autor, a questão da imunidade. Apesar deste trabalho não pretender desenvolver um pensamento sobre as relações entre o sistema imunológico do corpo do sujeito com o corpo social, essa proposição de Esposito pode dar indícios de uma direção importante de pesquisa.

Contudo, é importante observar que Cláudia apresentava de forma surpreendente problemáticas em sua imunidade, que não se restringiam aos efeitos da aids, mas que incluíam respostas alérgicas, culminando com a doença auto-imune que veio a desenvolver²⁵. O pensamento que Esposito realiza através do paradigma da imunização faz-me lembrar de inúmeras outras situações clínicas, por mim vivenciadas no contexto hospitalar, nas quais os pacientes se recuperaram bem de intervenções invasivas porém, a despeito de todos os cuidados com a assepsia, vinham a desenvolver quadro infecciosos dramáticos.

Tais quadros, justificados objetivamente pelo próprio ambiente do hospital, no qual a presença de micro-organismos resistentes é conhecida, poderiam, dentro de uma perspectiva psicossomática, ser a indicação da possível resposta a um dilema entre o eu e o campo social atuante no sujeito? No caso de Cláudia, arriscamos a responder afirmativamente.

²⁵ É importante destacar que, dentro das construções efetuadas pela psicossomática da Escola de Paris, as doenças alérgicas têm, como questão central, a diferenciação eu/ não-eu, ou seja, trata-se de uma resposta perante a impossibilidade de se experimentar a angústia do estranho.

Cláudia, desde pequena, seguia sem hesitação ao que lhe era determinado pela sua voz superegóica, adiando ou mesmo abrindo mão de uma satisfação pulsional mais imediata. Seus prazeres, menos oriundos de satisfações imediatas, eram frequentemente obtidos por meio do amor e do reconhecimento que advinha da sua existência no grupo ao qual pertencia.

Talvez incrementada pela perda precoce da mãe, que pode ter sido vivida como abandono, sempre lutou empenhadamente pelo cuidado e manutenção dos vínculos.

Tinha, como suspeita de fonte da contaminação pelo HIV, um relacionamento ocasional que teve com um colega de faculdade. Ela não se sentia especialmente atraída por ele, mas, diante da perseverança dele em se mostrar muito interessado por ela, cedeu e mantiveram um curto período de encontros amorosos.

Quando a sua vida relacional ficou abalada - com a ameaça da demissão voluntária, e as acusações e pressões no trabalho que, segundo ela, tinham por objetivo forçá-la a pedir demissão - ficaram enfraquecidas as suas bases narcísicas. Questionada em suas capacidades, sente seus pilares identitários balançarem, resultando em sua piora clínica e no afastamento da empresa. Manifesta um período de exacerbação das cobranças superegóicas, desta vez projetada nos "incompetentes" que cruzavam o seu caminho.

Sob cuidados, sobretudo após as limitações impostas pela doença neurológica, não se sentia segura: o auxílio certamente viria, mas da forma como era disponibilizado pelo cuidador e não guiado pelas suas necessidades e anseios, perdendo, desta forma, sua validade.

Não conseguia situar-se em uma distância - uma boa distância entre si mesma e o outro - que não lhe parecesse de risco. A aproximação ao outro carregava uma potencialidade paradoxal: segurança e prazer entre a ameaça de ser abandonada ou submetida a ele.

Quando internada, Cláudia retoma uma posição mais passiva. As reivindicações cessam e há novamente um submetimento à voz do outro, desta vez centrada no discurso médico, conformado como mandato.

Esposito (2010) encontra no paradigma da "imunização" uma forma de compreender o conceito de biopolítica, proposto por Foucault, de modo que envolve em simultaneidade os dois elementos constitutivos. No paradigma da imunização,

vida e política estão não um sobre o outro ou justapostos, mas formam uma unidade, incindível, que só faz sentido a partir da relação entre esses elementos. “A imunidade não é apenas a relação que liga a vida ao poder, mas o poder de conservação da vida” (*op. cit.*, p. 74).

Com o paradigma da imunização, Esposito defende a ideia que considera ir além da proposição foucauldiana de que não há vida que se dê fora das relações de poder e propõe que a categoria da imunização permite colocar numa articulação interna os sentidos positivo e negativo, conservador e destruidor, do paradigma biopolítico. Esposito (2010) destaca que:

Deste ponto de vista pode bem dizer-se que a imunização é uma proteção negativa da vida. Ela salva, assegura. Conserva o organismo, individual ou coletivo, a que é inerente – mas não de uma maneira directa, imediata, frontal; submetendo-o, pelo contrário, a uma condição que ao mesmo tempo lhe nega, ou reduz, a força expansiva. (*op. cit.*, p.74)

Em sua análise, afirma que os dispositivos de saber e poder, em sua totalidade, exercem um papel de contenção protetora da expansão ilimitada a que é destinada a potência vital.

Contenção protetora que, em um nível mais primário, pode ser assemelhada a já apresentada no capítulo anterior, do conceito de que há no humano uma estrutura que oferece contenção aos excessos pulsionais, criando condições para uma (re)organização. Sob outro ponto de vista, mais tardiamente no desenvolvimento psíquico, teremos a ideia lançada por Freud do carácter inibitório às pulsões sexuais directas, necessário ao processo civilizatório, fazendo com que a batalha de forças entre o que se configura como essência do indivíduo e o social seja deslocada para os confins da psique individual. Na vida psíquica individual, há no campo de tensão entre as pulsões e o poder inibitório do supereu a encenação dessa dialética intrínseca ao paradigma imunitário.

A sociedade e a cultura determinam assim tanto o surgimento quanto a inibição de certas pulsões. Promovem, além disso, a própria negação do desejo como forma de inclusão na história e nas relações sociais, que tem como resultado a negação e afastamento de uma experiência primordial que tem o próprio corpo como lugar onde esta se elabora (Birman, 2006). No lugar, aparece a lei, conduzindo o sentir e o pensar. O enfrentamento com o poderoso, a tensão entre o domínio da

vontade alheia sobre a própria vontade, a luta contra o poder que se opõe à satisfação do desejo está na essência do homem, da mesma forma que das formações sociais e culturais. Está na origem da subjetividade certa luta contra o poder.

Partindo dessa proposição, recolocamos a nossa hipótese central: esse processo, por meio do qual o próprio processo civilizatório produz subjetividade ao custo do afastamento das experiências primordiais ligadas às experiências corporais, não pode fazer com que o próprio corpo ocupe um lugar privilegiado? Pensamos que, na civilização ocidental atual, o corpo é capaz de se tornar o campo onde o embate entre os ganhos e os custos do processo civilizatório para o sujeito pode se dar, tentando garantir a ele alguma forma de manifestação do que escapa à subjetivação que, visto pela perspectiva foucauldiana, seria um campo de escape ao poder.

2.2 O corpo e a vida nas tramas do campo político: uma biopolítica

Diante do sofrimento, o corpo potencializa uma força de resistência que pode resultar na morte. Em relação ao biopoder, o desejo de não viver desmonta sua pretensão de fazê-lo viver.

*Peter Pál Pelbart*²⁶

A vida humana, a partir da modernidade, estando simbolicamente pouco protegida pelas perspectivas transcendentais da religião abre-se à salvaguarda através da esfera pública e política. Desde as dissecações, o corpo foi transformado em fonte de informações sobre si mesmo e sobre a espécie, se estabelecendo como modo mais imediato pelo qual se dá a relação do homem com as coisas e se constituindo através dessas relações. A razão tentará seu domínio sobre o corpo. Esse, convertido numa espécie de resto, terá suas manifestações reguladas através das interações no campo social, de onde surgirão as etiquetas corporais e a “fobia de contato”, conforme descrito por Elias Canetti (1995), em seu livro *Massa e Poder*.

Segundo o autor, a fobia de contato remete à ideia do medo de contato com o inesperado, com o súbito, provocando uma reação quase que imediata de

²⁶ Cf *Vida Capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras, 2003, p. 83.

classificação, como forma de acomodar a razão (Elias Canetti, 1995). A classificação, para poder controlar, fará parte dos modos disciplinares que a sociedade desenvolve como tecnologia de poder, descritos por Foucault.

Ao pesquisar sobre as formas de subjetivação nas culturas ocidentais, através das intrincadas relações entre saber, poder e práticas de si, Foucault irá conceber que o poder que é exercido sobre a força da sociedade passa pelo corpo, pois as forças são entendidas como as potências do corpo.

Vale notar que, para Foucault, o poder não é considerado como negativo e, desta forma, não devendo ser neutralizado. É, ao contrário, entendido dentro de uma perspectiva positiva de relações de estratégias a serem desenvolvidas, por meio de uma articulação de práticas de liberdade, participando da produção de sujeitos e de valores.

O poder irá se definir como um modo de ação recíproca sobre as ações dos outros, implicando a possibilidade de certa transformação da realidade. Nesse sentido, o exercício do poder inclui a liberdade como elemento fundamental. Segundo Foucault, só pode haver relações de poder se os homens são livres. Assim sendo, a liberdade está intrinsecamente ligada à ideia do poder.

A liberdade constitui a possibilidade do poder se exercer e é o seu suporte permanente. Na apreciação de que nas relações de poder a liberdade está sempre presente, diferentemente do que acontece nos estados de dominação, há de se considerar que não existe uma situação extrema de uma emancipação radical, pois nenhuma situação está livre das forças do poder e da possibilidade de dominação (Vilela, 2010).

Cabe observar que, em sua pesquisa sobre a subjetividade, Foucault se interessou pelos modos de subjetivação, indo além de uma concepção enquanto práticas normalizadoras e investigou como o homem se torna sujeito diante das mais variadas relações e práticas, que moldam as relações de poder, quer sejam de dominação ou de libertação. Caso se caracterize por uma operação dominadora, a modalidade que produz sujeito será de assujeitamento e se libertadora, será a da subjetivação (Souza, 2003).

Toda relação de poder implica uma estratégia de luta: não existem relações de poder sem pontos de insubmissão que, enquanto tal, lhe escapam. Porém, quando se dá uma fixação nas relações de poder, de modo a elas serem

permanentemente assimétricas, limitando em extremo a margem de liberdade, o que se constitui são estados de dominação.

Nas palavras de Foucault, as relações de poder estão sempre presentes, pois se referem à relação na qual um deseja tentar dirigir a conduta de outro, ou seja, ditar o que o sujeito, ou um grupo social, deve, ou não, ser ou agir. Contudo, são relações móveis, que podem se modificar. Para que sejam produtivas, não são do tipo coercitivas, de escravidão, só ocorrendo quando o sujeito pode se deslocar, escapar. Se tende à dominação absoluta, tornam-se improdutivas.

As relações de poder apresentam, então, como propósito, a condução *das condutas*, ou seja, elas constituem um exercício de governabilidade. Governar tem para Foucault o sentido de estruturar o campo de ação dos outros. Dentro dessa perspectiva, a governabilidade evidencia a liberdade e sua relação com os outros, ou seja, aquilo que constitui o campo da ética.

Para Foucault, os jogos de poder em torno da vida e da morte, tanto quanto da razão e da loucura, possuem grande intensidade nos dias atuais. Perante tal intensidade, a resistência e as lutas desenvolvidas implicam, no limite, a *resistência ao jogo e a recusa do próprio jogo*. (Vilela, *op. cit.*, p. 232, nosso destaque). São lutas que opõem resistência aos feitos do poder, ao modo de como o saber circula e funciona.

Explica Vilela que são lutas contra os privilégios do saber e contra toda a forma de mistificação presente nas representações impostas, indo contra o saber que determina a identidade individual. Nessa perspectiva, são lutas que reivindicam o direito à diferença e que vão contra o que pode vincular o indivíduo a sua própria identidade, ou seja, opõe-se ao governo através da individualização (Vilela, p.233).

Segundo Foucault, é sobre os corpos que incidem as relações de poder. Tratar-se-á, porém, de um poder que não tem como função fundamental a repressão, sob o exercício da censura, da exclusão ou recalçamento, mas principalmente através da produção de corpos aproveitados em suas potencialidades e formações de discursos.

Vale ressaltar que Foucault entende o corpo, segundo Cardoso Jr.(2005), não como sinônimo de organismo, mas como uma determinada disposição do corpo que visa adaptar uma potência de transformação ou de criação que também é o corpo. Esse corpo transformacional ou criativo se delinea como linha de resistência ou fuga à captura de sua potência.

Segundo Foucault, a partir dos séculos XVII e XVIII, surgem as disciplinas como fórmulas gerais de dominação, o que fará com que a uma concepção racional do mundo se agregue uma racionalização do corpo e de seu funcionamento. O corpo passa a ser visto como objeto dentre outros objetos, sem uma dignidade particular, explicado a partir da metáfora mecânica que, de alguma maneira, como “máquina”, restaura certa dignidade, impossível se concebido apenas como um organismo. A metáfora mecânica do corpo está inserida no que Foucault irá analisar como sendo as tecnologias políticas do corpo, que constituiria todo um conjunto de regulamentos militares, escolares, hospitalares e procedimentos empíricos e reflexivos de controle e correção das operações do corpo.

Nos séculos XVII e XVIII as técnicas de poder eram exercidas sobre o corpo individual, sob a forma da disciplina e vigilância. A partir da segunda metade do século XVIII irão se aplicar ao corpo em sua multiplicidade, ao homem enquanto espécie, aos modos de vida dos homens. Para tal, opera-se uma mudança do poder que deixa de ser exercido verticalmente, como na forma do poder do soberano, para o ser na horizontalidade. Essa horizontalidade do poder se realiza a partir da sua interioridade pelos próprios indivíduos, que o introjetam.

A esse novo modo de poder Foucault irá chamar de biopoder. Resumidamente, o biopoder se refere à tomada da vida pelo poder. Aplicar-se-á aos processos de conjunto próprios à vida: nascimento, morte, doença e produção. Para tal, tornam-se objetos de saber e alvos de controle desse biopoder processos de natalidade, de mortalidade, a fecundidade e, a partir da industrialização, a velhice, acidentes, enfermidades, anomalias – tudo o que acarreta incapacidades, que tira o ser humano fora do circuito produtivo e reprodutivo.

Essa proposição irá remeter ao *bios*, a vida tomada no seu aspecto biológico, o que Foucault irá chamar de estatização do biológico, a tomada da vida pelo poder numa perspectiva assistencial. Quando o Estado assume o poder de fazer viver, irá atuar na qualidade de vida da população, com grande valor a norma. Para a produção material e regulação social pelo Estado, o manejo da vida toma o centro. Os mecanismos úteis para o exercício do biopoder serão os mecanismos reguladores: previsões, estimativas estatísticas, medições globais. Somados a mecanismos disciplinares, terão como função fazer a gestão dos corpos para melhor governar, dentro do espaço social. Para tal, o campo da medicina será de onde esse

poder principalmente irá operar e será responsável pela sua disseminação no campo social.

O saber técnico próprio da medicina considerado em conjunto com a higiene, servirá como elemento de importância considerável, uma vez que estabelece vínculo entre as influências científicas sobre os processos biológicos e orgânicos, ou seja, que incidem igualmente sobre o corpo e sobre a população. A medicina adquire função de higiene pública, assumindo a coordenação dos tratamentos médicos, centralizando as informações e normalizando o saber.

Como consequência dá-se uma campanha de aprendizado da higiene e a medicalização da população. A medicina transforma-se em estratégia biopolítica. O corpo como uma realidade biopolítica e a medicina como estratégia biopolítica. Nesse cenário, o interesse pela ideia da saúde e doença se inscreve sobre os limites de um discurso sobre a norma. A norma adquire um valor considerável nas estratégias da biopolítica. Assim, os ideais de saúde refletem, sob tecnologias disciplinares e reguladoras, a incidência do poder sobre o corpo do sujeito, como evidenciado no conceito de biopoder.

Foucault (2005) destaca que, como o poder será cada vez mais o que intervirá no fazer viver, na maneira de viver, controlando seus acidentes, suas deficiências, a morte se constituirá no limite, na extremidade do poder. O que quer dizer que a morte fica fora em relação ao poder, fora do seu domínio a não ser quando considerada de modo global, estatístico (tratará da mortalidade e não da morte).

O autor cita ainda, em suas aulas no Collège de France em 1976, a fim de compreendermos melhor essa ideia, os investimentos no campo da medicina de se prolongar a vida, fazendo pessoas viverem quando, biologicamente, deveriam estar mortas. Diferentemente do que se passava no poder do soberano, quando o momento da morte era quando ele mais brilhava, no biopoder

(...) a morte vai ser, ao contrário, o momento em que o indivíduo escapa a qualquer poder, volta a si mesmo e se ensimesma, de certo modo, em sua parte mais privada. O poder já não conhece a morte. (*op. cit*, p. 296)

Isso não quer dizer que a vida queira a morte²⁷. A vida luta contra a morte. Há uma insistência da vida contra a morte, que pode ser produzida nas relações de poder, por meio de seus mecanismos disciplinares e reguladores. Porém, para haver vida não basta estar vivo.

3. Viver é preciso!

Como condição do desenvolvimento humano, quando do seu nascimento, o homem se encontra absolutamente obrigado a se adaptar ao que surge em sua vida. Não há escolha possível, naquele momento. O bebê está em total dependência do mundo exterior e, em seu sentimento de existência, ele é indiferenciado do ambiente.

Só um ambiente seguro e suficientemente bom permitirá fundar o seu sentimento de segurança de base. Desse entorno ele irá se diferenciar, através de um jogo complexo de identificações, formando o sentimento de sua própria identidade. Porém, essa conquista de um sentimento de identidade se dá dentro de um dilema entre sair do estado de indiferenciação primária ou a ele retornar, o que demanda ao sujeito um esforço permanente.

Não tendo, portanto, nos tempos iniciais de sua vida, a capacidade de distinguir-se do mundo exterior, esta será adquirida paulatinamente, por meio do desenvolvimento das próprias competências sensoriais, ligado ao desenvolvimento do eu. A consideração pelos dados de realidade faz parte de uma das capacidades do eu, que é essencial para a manutenção da vida. A diferenciação entre o que é interno e externo se torna necessária à proteção do que ameaça o ser humano.

Mas não é só dos perigos externos que essa discriminação defende o homem. Perceber e levar em conta de que há uma realidade que não corresponde, nem tampouco responde precisamente às próprias necessidades e desejos protege o homem de suas fantasias de onipotência ao mesmo tempo em que promove o desenvolvimento de disposições para efetuar transformações no ambiente, fornecendo o sentimento de realização.

²⁷ Podemos lembrar que, da mesma forma, a pulsão de vida não corresponde à vida, podendo jogar para o lado da morte, e pulsão de morte, ao contrário de representar a morte do sujeito, pode pender para o lado da vida.

Para tal, o Eu lança mão de mecanismos adaptativos, que permitem o adiamento e alteração das formas de satisfação mais apropriadas ao que se apresenta. Uma não permanência longa e fixa em uma mesma posição subjetiva, apresentar amplo repertório associativo e de recursos defensivos mostram uma base mais bem constituída da formação psíquica em geral, e narcísica em particular, com um eu capaz de negociar com as variações ligadas aos próprios limites e aos impostos pela realidade.

Fazendo alusão às capacidades adaptativas, o termo resiliência vem sendo amplamente utilizado para se referir a capacidade humana para enfrentar situações adversas com o mínimo de disfuncionalidade. Refere-se, na física, à propriedade, de que são dotados alguns materiais, de acumular energia quando exigidos ou submetidos a estresse sem ocorrer ruptura. Após a tensão cessar poderá ou não haver uma deformação residual. A resiliência vem sendo enaltecida nas ciências humanas, em seu aspecto adaptativo às situações adversas.

Cyrułnik (2009), eminente responsável pelo pensamento sobre a resiliência no campo da psicologia, traduz o conceito como a capacidade do sujeito de, em uma situação traumática, se utilizar tanto de seus recursos internos quanto do contexto afetivo social na busca do que lhe permita a superação. Portanto, a capacidade de resiliência nasceria da interação entre processos intrapsíquicos e sociais. Haudenschild et al. (2005), entre outros pensadores, distinguem dois fatores inerentes ao conceito de resiliência: a capacidade do indivíduo de proteger-se frente a ameaças vitais e a capacidade de construir uma conduta positiva em tais circunstâncias.

Sabemos que, diante situações adversas, um dos recursos egóicos de enfrentamento seria a capacidade de continência, tramitação e elaboração psíquicas dessas experiências emocionais e que essa capacidade varia segundo a contingência do repertório representacional do indivíduo, podendo ser encontrados vários níveis dessa capacidade e condições para que possa ser posta em ação.

Tal capacidade tem sua origem na qualidade do estabelecimento de uma relação primária e dinâmica nas relações precoces, sobretudo com a mãe, responsável pelos alicerces da vida psíquica que possibilitaria a introjeção de, nas palavras de Bion, um *Objeto Compreensivo* (Bion, 1959). No caso das primeiras relações não terem sido favoráveis para o indivíduo, uma das saídas para essa

insuficiência seria a formação de uma falsa resiliência como forma de adaptação a um entorno agressivo (Haudenschield et al, 2005).

Posturas que demonstram capacidade adaptativa favorecendo a adesão a tratamentos, por mais invasivos que sejam, são geralmente bem-vindas no campo da saúde. Em sua maioria não fazem barulho, não criam embates com a terapêutica prescrita e nem tampouco se estabelecem dentro da relação com a equipe de saúde. Cabe considerar, ainda, que certa adaptação ao tratamento pode ser um dos resultados da capacidade regressiva do paciente em colocar-se numa posição de dependência, um deixar cuidar-se.

No campo da psicossomática psicanalítica colocar-se em posição de dependência perante o tratamento ou equipe favorece a recuperação da doença na medida em que fornece, através da reedição de relações primitivas de dependência, a condição essencial para a promoção de outro modo de experienciá-la, modificando possíveis marcas dessas relações. No entanto, pode ocorrer certa disposição de adaptação que indique outra coisa que não um processo de regressão à dependência numa intenção reorganizadora. Tratar-se-ia de postura aparentemente adaptativa, de falsa adaptação, como a já citada falsa resiliência.

McDougall (1991) introduziu, na psicanálise, o termo normopata para designar um tipo de paciente aparentemente bem adaptado e 'normal'. A normopatia seria uma formação decorrente de processos defensivos contra o risco de desorganizações psíquicas severas, gerando uma espécie de normalidade patológica (Ferraz, 2003). Há uma sobreadaptação ao ambiente, ou seja, um amoldamento à realidade externa, onde se observa uma extrema adaptação às exigências externas em uma necessidade exagerada em ser aceito pelos outros.

A outra face dessa moeda é uma significativa carência de sentido, com o predomínio de ausência da expressão de afetos e da redução da capacidade imaginativa e da comunicação para além do objetivo e atual. Seria como se o eu, em nome de uma sobrevivência ameaçada, se ajustasse em extremo aos ideais propostos pelo ambiente, tentando, desta forma, garantir alguma fonte de sustentação narcísica. Diante de uma interioridade enfraquecida, o sujeito apela ao fora, na busca de seus modelos que servem como uma espécie de prótese ao sentimento de si, ao mesmo tempo em que intenta (re)construí-lo.

Em artigo em que discute a experiência clínica com pacientes que experimentaram situações extremas de violência externa, Amati (1989) problematiza

a capacidade do homem em suportar o inaceitável, demonstrando uma capacidade adaptativa surpreendente. A autora enfatiza, neste artigo, o valor da capacidade regressiva à vivência precoce de indiferenciação como um recurso utilizado por pessoas que sobreviveram a situações de violência extrema, como a tortura, por exemplo. Segundo a autora, proposta por Bleger, a regressão à indiferenciação seria uma regressão a um núcleo do Eu caracterizado pela ambiguidade no qual os afetos não são discriminados, nem foram submetidos a nenhuma organização nem hierarquia. Nesse nível, há a coexistência de sentimentos contrários, sem constituir conflitualidade.

Amati fundamenta a existência desse núcleo que, para Bleger, é residual do momento em que o bebê se encontrou em estado de indiferenciação primária, quando ele dependia radicalmente do mundo exterior para a garantia da sua sobrevivência sem, no entanto, se dar conta disso. Nesse momento inicial não é a ele colocada a obrigação de assegurar psicologicamente sua segurança no mundo exterior, tarefa que se impõe em estágio mais maduro do desenvolvimento psíquico.

A hipótese que Amati defende é a de que, em algumas pessoas submetidas a formas extremas de violência social, como na vivência de tortura, diante do traumatismo operado por esse tipo de experiência, dá-se um recuo defensivo a esse núcleo de indiferenciação com a concomitante invasão do Eu pela ambiguidade, garantindo uma sobrevivência a qualquer preço. Vale citá-la:

A tortura e outras formas extremas de violência social são dirigidas para provocar maciçamente e insidiosamente a mobilização de aspectos os mais miméticos, oportunistas e conformistas do ser humano, aqueles nos quais somos "adaptáveis a qualquer coisa". Por esses métodos, procuramos obter da vítima uma regressão a uma posição ambígua (J. Bleger, 1967) a um estado arcaico de dependência absoluta (D.W. Winnicott, 1974), a um estado de narcisismo primário passivo (N. Marucco). Eliminando na vítima todo suporte natural, enfraquecendo seu corpo, confundindo seus pontos de referência, a tortura obtém uma regressão traumática em direção à ambiguidade que comporta a perda momentânea ou permanente das aquisições maturacionais (Amati, 1975). É um ataque específico a tudo que é ativo e criativo no Eu, um ataque ao pensamento simbólico, ao conflito ético e à identidade. (p. 108 e 109, nossa tradução).

Não é por acaso que utilizamos aqui um trabalho que discute a tortura. Amati descreve a tortura como sendo uma expressão extrema da forma de governar que

torna os homens adaptáveis, conformistas e oportunistas. Não com dificuldade, essa ideia nos remete aos modos de governo de modo geral, e aos implantados pela biopolítica em particular, como estratégias que incluem igualmente um potencial de violência enquanto pendem para o que a autora descreve como ataque ao que é ativo e criativo no Eu.

Evidentemente não em sua forma extrema de manifestação, que seria de dominação, as estratégias de poder operadas regularmente pelo saber próprio da medicina, simultaneamente à proteção que oferecem, podem adquirir um caráter de violência se e enquanto efetivam uma desconsideração às singularidades do sujeito.

Da mesma forma, a própria vivência de uma doença orgânica, seja pela desestruturação que pode vir a provocar, seja pelos tratamentos e limitações que os acompanham ou até mesmo pela colocação em cena de outros atores, dos quais se irá depender, carrega uma dimensão de potencial violência, como já referido em capítulo anterior. A experiência produzida por um adoecimento orgânico, ou por algum de seus desdobramentos, não raramente é referida pelo paciente como tortura.

Retomando, Cláudia quando dizia, já dentro do hospital, que tinha que seguir as orientações médicas, pois lhe garantiriam a vida, falava certamente em uma intenção adaptativa e colaboradora. Dava à própria fala um sentido adaptativo. Havia uma intenção de se deixar cuidar e de bom-grado seguir as prescrições.

No entanto, a essa disposição se somava uma tonalidade depressiva, ao que reconhecemos como sendo fruto do sentimento inconsciente da falência de seus recursos de luta e desesperança a respeito de seus investimentos objetivos. Dizia que não mandava mais em si e temia não conseguir se movimentar e nem falar, e dessa forma não ser compreendida, caso fosse entubada.

Apesar do sentido adaptativo e colaborador que atribuía a seu “fazer o quê?!” de fato essa fala indicava uma frágil tentativa de disposição psicológica que estaria na intenção de uma adaptação. Poderia, quem sabe, indicar uma conformação como a descrita por Amati, fruto de um movimento regressivo a um estado indiferenciado ou até mesmo um funcionamento defensivo de libidinização do sofrimento, nos moldes de um masoquismo ou dos ganhos secundários obtidos pela doença. Recursos que, mesmo que lhe oferecesse prejuízos mais ou menos intensos, contudo lhe preservariam a vida orgânica que, conforme Amati, estariam garantindo sua sobrevivência a qualquer preço.

Entretanto, um aspecto em particular, na fala de Cláudia se destacava: como ela se descrevia em uma posição sem mobilidade. Referia-se “na mesma posição”, o que denunciava que ela não dispunha, de fato, de recursos internos simbolizantes, que lhe promovessem certa plasticidade adaptativa. Esse estado igualmente não representava uma regressão à dependência, em um recuo narcísico a-conflitivo e pautado em um sentimento de confiança “à priori”, instaurado defensivamente.

Cláudia não só não apresentava uma relação de confiança e esperança na relação com seu entorno em geral e com a equipe médica, em particular, mas o que mais se destacava era que, junto a esse sentimento de falta de mobilidade, apareciam vozes internalizadas de submetimento e censura, calando a sua voz. Tais vozes imperativas determinavam uma “adaptação” sem possibilidade de saída: nada a fazer diante das ameaças de abandono do amor e de violência. Dessa forma, evidenciava-se uma vivência de violência na qual vozes internalizadas se sobressaíam que, ao invés de fazer referência a figuras de cuidado, mostravam-se tirânicas.

No funcionamento psíquico de Cláudia, ao observar o funcionamento psíquico mais amplo não foram as formações adaptativas falsas, com a finalidade de proteger o indivíduo do contato com um ambiente traumatizante e pouco sustentador, que se mostraram predominantes.

O que se destacou foi a manifestação de um funcionamento no qual o eu era submetido a ações repressivas mais intensas, reduzindo sobremaneira suas possibilidades de mobilidade, ou seja, da preservação de alguma área de liberdade e criatividade. Assim sendo, além de impor certa dificuldade de acesso aos conflitos internos que repercutia no trabalho clínico, a apresentação de um supereu de caráter tirânico configurava um quadro que, sob uma aparente aceitação de cumprir com as prescrições, até as mais difíceis, revelava uma situação sem saída, que não permitia que se constituísse nenhuma área de questionamento ou subversão.

Parece-nos possível compreender esta ascendência de um supereu tirânico sobre um eu que, assim, permanece sem mobilidade, como participando de uma configuração de arranjos psicossomáticos nos quais as piores clínicas vão se evidenciando até, em algumas vezes, alcançar um desfecho mortífero. No entanto, sem a piora clínica representar nesses quadros a ausência de recursos simbólicos, mas a sua indisponibilidade diante de uma relação intensa e sem saída de submetimento entre eu e supereu, ou melhor, de dominação.

Supomos que um agigantamento das vozes superegóicas, como expressão de um submetimento, é capaz de ser produzido para garantir a permanência do objeto enquanto modo de defesa diante a angústia de desamparo que ameaça um Eu fragilizado.

Dentro dessa consideração, trabalhamos com a hipótese de que em casos nos quais se presentificou uma formação superegóica tirânica (advinda do eu ideal) o único recurso de apelo pela existência de uma área de liberdade, de não submetimento a essa voz internalizada, seria num apelo ao corpo nem que para isso a morte biológica fosse o preço a pagar. Ao invés de uma sobrevivência a qualquer preço, sendo esta garantida através do organismo vivo, tratar-se-ia sim da defesa da sobrevivência, mas de alguma área de liberdade do sujeito, mesmo que a vida orgânica seja posta em risco.

A partir dessa hipótese, a seguir traremos uma discussão sobre o conceito de resistência, conceito este que se localiza na essência mesma da proposição deste trabalho.

3. ANTES EU DO QUE (MAL) ACOMPANHADO

Em capítulo anterior trouxemos à discussão a consideração sobre a vida como, desde a modernidade, tendo sido investida pelo poder exercido soberanamente por meio dos saberes da medicina. Porém, as relações de poder são sempre relações de tensão entre forças. Por isso, segundo Foucault, a vida, enquanto objeto do poder, não se deixa apreender plenamente por ele. A vida irá ancorar a resistência ao poder.

Lapoujade (2002) afirma que o corpo não aguenta mais. O corpo não aguenta mais tudo aquilo que, por fora ou por dentro, o coage. Diz respeito ao adestramento, a disciplina, mas também ao martírio e a narcose elaborados pelo cristianismo e posteriormente pela medicina para lidar com a dor. Própria do corpo no encontro com a exterioridade, a dor se impõe ao dentro e cria um agente. Dor que, inicialmente corporal, no encontro com a exterioridade instaura marca psíquica e se transforma em anseio pelo outro. Este outro, vindo em resposta ao anseio, implanta-se como experiência. O corpo, então, sofre ao ser afetado pelas forças do mundo exterior e de um sujeito que o age, que o organiza e o subjetiva. Submetido constantemente, o corpo mostra certa impotência, extraindo uma potência ao libertar-se da forma, do agente. Como estratégia de resistência, subtrai-se ao poder.

Nesse sentido, Souza (2003) afirma que, para Foucault, não se trata de definir quem ou o que resiste e sim de descrever a dinâmica das práticas que podem ser lidas como resistência.

Assim, iniciamos este terceiro – e último capítulo – discutindo sobre o conceito de resistência. Percorreremos primeiramente, e de forma sucinta, o percurso do conceito de resistência dentro da obra freudiana, com especial atenção à reação terapêutica negativa. Então partiremos para a sua compreensão efetivada por outros autores, psicanalistas ou não. Por meio da contribuição desses outros interlocutores, pretendemos acrescentar ao tema da resistência a contribuição que o campo filosófico, de inspiração foucauldiana em particular, nos fornece olhando sob a perspectiva dos jogos de poder instaurados nas construções dos saberes e poderes. No momento final deste capítulo, intencionamos conduzir ao problema central deste trabalho, no qual defendemos um valor positivo à ideia da resistência.

3.1 Resistências

“A resistência é uma força de insubordinação a uma forma de poder instituída por uma força que, pretendendo-se absoluta, se efectiva enquanto estado de dominação.”

Eugenia Vilela²⁸

No percurso da construção da psicanálise, sobretudo em sua dimensão clínica, faz-se fundamental que sejam levados em consideração os obstáculos que surgem no curso de seu desenvolvimento. Dentre as formulações resultantes das elaborações sobre os fracassos da análise, Freud concebeu os conceitos de resistência e de reação terapêutica negativa, sendo essa uma modalidade da primeira, que é quando se observa uma ligação particular do sujeito com o sofrimento, sustentando algo que se oferece como obstáculo à análise.

O próprio conceito de transferência inicialmente apareceu vinculado à noção de resistência, vindo a se transformar no meio pelo qual as mudanças poderiam se dar no curso de uma análise. Assim, o mecanismo da transferência que no início de sua concepção servia como obstáculo ao processo analítico, por funcionar como força contrária à consciência do material recalçado, logo se transformou em aliada.

Conceito caro à psicanálise, a resistência apareceu, pela primeira vez nos escritos de Freud, em seu *Estudos sobre a Histeria* (1895), se referindo à resistência de Elisabeth von R. em relatar suas lembranças, no decorrer de seu tratamento, servindo, dessa forma, como obstáculo à elucidação dos sintomas e ao progresso do tratamento. Conceito presente, portanto, desde os primórdios da psicanálise, Freud o formula como sendo o conjunto de forças que serviam como obstáculo ao tratamento: não associação-livre, não lembranças e elaborações exigidas pelo processo psicanalítico. A resistência igualmente sinalizaria diversos elementos que compõem a dinâmica psíquica geral da pessoa em análise, que emergem deformados por essa ação. Nesse sentido, informaria algo sobre o que está recalçado.

²⁸ Cf. *Silêncios Tangíveis. Corpo, resistência e testemunho nos espaços contemporâneos de abandono*. Porto: Edições Afrontamento, 2010, p. 222.

As elaborações conceituais sobre a ação da resistência como uma espécie de "pedra no sapato" na clínica se impuseram as formulações freudianas sobre a concepção e o funcionamento psíquico.

Como já observado, a resistência percebida na clínica se transforma em conceito estratégico e opera um aprofundamento na compreensão de sua relação com a transferência por meio da proposição do mecanismo de repetição: ao invés do paciente recordar, repete as emoções e atitudes infantis na relação com o analista. Se a resistência foi reconhecida por meio das oposições efetivadas no tratamento, contudo, é mais do que um fenômeno clínico: participa da própria constituição do psiquismo e de seu equilíbrio.

Trata-se também de um fenômeno que acompanha o tratamento desde o seu início até seu fim. Para que se constituísse, a resistência dependeu da presença de um outro, sendo por este posteriormente influenciada. Nesse sentido, na experiência clínica, a influência do analista torna-se decisiva para a sua eliminação ou alteração.

Vê-se a figura da resistência sendo desenhada já desde as primeiras obras de Freud, como no *Projeto para uma psicologia científica*, em 1895. Nessa obra, explicando sobre o funcionamento psíquico para o qual se utilizou do modelo das células nervosas, Freud se utiliza da ideia de barreiras de contato construídas no impacto com o meio sobre o organismo para a compreensão da resistência como fenômeno psíquico. A resistência aparece como a barreira que se constitui como forma de proteção contra os impactos do meio sobre o organismo.

O funcionamento psíquico teria, nesse momento, como função primária, a descarga de excitação e, secundariamente, estabelecer vias para tal, cabendo ao sistema nervoso suportar certo *quantum* de excitação. A função secundária do sistema nervoso seria, então, permitir um acúmulo de energia, mantendo-o no nível mais baixo possível. Para que tal continência seja possível, estabelecendo uma constância de excitação suportável ao sistema nervoso, é necessário que haja uma barreira de contato.

Dentro dessa perspectiva, a resistência surge simultaneamente à necessidade de manter um acúmulo de energia. Criam-se, dessa forma, condições para a capacidade de se eleger vias diferenciadas de descarga.

Assim sendo, o eu passa a organizar a força de resistência de modo a facilitar novas passagens de energia, por caminhos já traçados, ou seja, a barreira

de contato deve oferecer resistência suficiente para que alguma quantidade de energia possa ser acumulada antes da descarga. É a partir da competência para a tolerância de um tanto de desprazer de certo acúmulo de excitação que ela é capaz de se ligar a representantes psíquicos das experiências de satisfação, condição essencial para a constituição e organização do aparelho psíquico em memória e pensamentos.

No *Projeto*, o aparelho psíquico, a princípio, era um aparelho reflexo que descarregava pela via motora qualquer excitação sensorial que incidia sobre ele que, no entanto, não conseguirá atender as necessidades internas que vão ficando cada vez mais complexas. Sobrecarregado pelas exigências da vida (vindas de fora ou de dentro), estas irão interferir sobremaneira no processo de descarga absoluta do aparelho psíquico que, inicialmente, buscava um nível zero de estimulação.

No início da vida, é a experiência que se dá pelo cuidado de um outro que promoverá a cessação e mediação das excitações ao bebê humano. A qualidade dessa intervenção externa influenciará na tolerância à frustração ou desprazer, imprimindo qualidade à resistência, tornando-a mais flexível ou rígida em relação à passagem da excitação. Conforme tese defendida por Paniago (2008), no caso da necessidade não ser atendida com frequência, a resistência pode promover uma cisão radical entre as pulsões do eu e o mundo externo, dando vazão à pulsão de morte.

Partindo da leitura do *Projeto*, obra na qual aparece a resistência como fator determinante das reações frente a situações de perigo - sejam elas externas ou pulsionais, Paniago (2008), em sua tese que discute o papel da resistência na constituição psíquica e seus efeitos na clínica, defende que a resistência é o primeiro mecanismo defensivo e condição primeira da organização ulterior do eu, participando da clivagem entre eu e id e da formação do supereu, ou seja, a resistência constitui-se na mais arcaica aptidão em estabelecer limites entre dentro e fora e entre instâncias intrapsíquicas.

Explica a autora que, a ameaça de desprazer move o eu no sentido da imposição de resistências. A função da resistência seria a de proteger o psiquismo das fontes de desprazer através da edificação de barreiras de contato, construção da qual decorre uma contenção da excitação, gerando condições para que sejam buscadas novas vias de escoamento.

Assim, enquanto a resistência impede a liberação do desprazer, ela proporciona ao eu novos rearranjos que seriam gestados na inibição do livre escoamento da energia. A resistência participaria, dessa forma, da organização do eu, criando as condições básicas da diferenciação entre o eu e o mundo externo, a separação consciente e inconsciente e entre o que é alucinado e a percepção.

Por sua ação de reter a descarga pela via motora, a resistência permite que se dêem as ligações da energia a marcas mnêmicas das primitivas experiências de prazer, ligações que marcarão um trajeto para as posteriores vias de descarga.

A partir dessa ideia, Paniago (2008) propõe que, para além da oposição que oferece na forma de uma barreira de contato, a resistência pode ser entendida como uma re-existência, ou seja, um retorno a um estado anterior a um prazer mítico, a um momento único de existência.

Essa ideia formulada pela autora vai ao encontro da hipótese central que desenvolvemos neste trabalho: há, na forma de uma resistência, o retorno a uma experiência que diz respeito aos princípios do eu – que propomos poder se dar em sua dimensão corporal, numa função defensiva.

No entanto, não precisamos parar por aqui. Seguindo pelas trilhas da construção da psicanálise, encontraremos acréscimos e desdobramentos ao conceito de resistência que ampliarão e aprofundarão essa hipótese central. Então, sigamos os passos freudianos.

Em “Estudos sobre a histeria” (1895), a resistência aparece como força do eu para se proteger da representação incompatível e a mesma força que desempenhou um papel na formação do sintoma histérico. Aqui, o papel do analista aparece central, sugerindo a importância do outro na constituição psíquica. Esse aspecto será mais evidenciado na “Dinâmica da transferência” (1912) no qual Freud, além de explorar o lugar da transferência no tratamento como sendo de manifestação das pulsões, destaca a relação entre resistência e transferência.

Porém, nos *Estudos* de 1895, Freud cita a resistência como sendo uma capacidade de força do sistema nervoso, cuja diminuição predispõe à histeria. Citemos Freud:

Eliminar os sintomas já presentes e desfazer as alterações psíquicas subjacentes a eles é devolver aos pacientes toda a sua capacidade de resistência de modo que possam suportar com êxito os efeitos do agente prejudicial. (p. 321)

Esse trecho da obra freudiana, esquecido nos trabalhos em que tivemos acesso sobre a formulação da resistência, indica um lugar positivo da força de resistência do aparelho psíquico e que, até, não deve ser combatida. Parece-nos, ao contrário, que uma boa resistência sugere uma força do Eu, assumindo uma qualidade desejável e oferece uma prova do bom resultado do tratamento.

Em 1917, na “*Conferência XIX*”, dedicada ao tema da resistência e repressão, o foco é na resistência como uma força a ser combatida. Nela, Freud apresenta o problema encontrado na análise de que o mesmo paciente que investe esforços de autodisciplina, tempo e dinheiro para se libertar dos sintomas, sem reconhecer, é capaz de empreender uma luta no interesse de sua doença.

Para demonstrá-la, Freud se utiliza de duas metáforas. Uma seria a do movimento automático do paciente no dentista de afastar o profissional de seu dente doente, evidenciando aqui o aspecto de defesa da resistência. A resistência seria uma forma de evitar o sofrimento caso o material inconsciente recalcado estivesse preste a retornar à consciência.

Aliada a essa imagem, a outra que Freud lança mão é da presença de um guarda que fica na porta de separação de duas salas (que equivaleriam ao pré-consciente e o inconsciente). Aqui, a resistência é ligada à ideia de barreira em uma função de censura. No entanto, na leitura de Paniago (2008), o guarda na porta resguardando o equilíbrio psíquico, além de servir como barreira a serviço da censura, permite também ao indivíduo que seu interior se organize.

Poucos anos mais tarde, em 1920, as mudanças operadas no campo psicanalítico desde a proposição da pulsão de morte também surtiram efeitos na concepção da resistência. Até essa data, a ênfase na análise era posta na descoberta do material recalcado, por meio da transferência em um trabalho árduo sobre as resistências. Utilizando-se da sua influência sobre o paciente, o trabalho do analista consistia em boa parte em descobrir as resistências e induzir o paciente a abandoná-las.

No entanto, Freud, em “*Além do princípio do prazer*” nos conta que nem tudo que surgia do analisando provinha de conteúdos recalcados, mas também de eventos traumáticos que se repetiam na cena analítica numa tentativa de efetivar uma redução do afeto insuportável. A compulsão à repetição nesse momento pode ser pensada não mais somente como movimento de reprodução da experiência de

prazer e contrário à atividade de recordar, convocada na análise e, dessa forma, vinculada à resistência. A partir de então, pode-se ter a compulsão à repetição como um valioso recurso de tentativa de ligação do afeto insuportável a representantes psíquicos, fazendo parte do processo de análise. E a resistência denotaria uma incapacidade de recordar, pelo seu aspecto de compulsão à repetição.

Nessa mesma obra, Freud demarca que a resistência não é oriunda no inconsciente, à medida que o material recalado apenas visa ascender à consciência ou descarregar a pressão que pesa sobre ele por meio de alguma ação.

Freud afirma que a resistência que surge no tratamento se origina dos mesmos estratos e sistemas mentais que geram o recalamento, ou seja, do eu. E, mais do que isso, participa da formação do próprio eu.

Vale lembrarmos que, descrevendo a formação dos sistemas psíquicos no *Projeto*, Freud utiliza a imagem de um organismo vivo, uma vesícula indiferenciada suscetível à estimulação na qual, pelo impacto incessante de estímulos sobre a sua superfície, irá se diferenciar uma crosta. Esta crosta apresentaria condições mais favoráveis para a recepção de estímulos, mas não experimentaria novas modificações permanentes promovidas pela passagem dos estímulos, dando origem à consciência.

Dessa forma, impõe resistência à passagem da excitação. Como escudo protetor, a crosta evita um ataque mortífero à substância viva em seu interior, por ela protegida. Vale ressaltar o aspecto constitutivo e protetor da resistência. Para tal, recorremos a Freud:

Através de sua morte a camada exterior salvou todas as camadas mais profundas de um destino semelhante, a menos que os estímulos que a atinjam sejam tão fortes que atravessem o escudo protetor. A proteção contra os estímulos é, para os organismos vivos, uma função quase mais importante do que a recepção deles. (p 42, 43)

Outra importante obra freudiana na qual o autor discute o conceito de resistência é “Inibições, sintomas e ansiedade” (1926 [1925]).

Seu objetivo central, nesse trabalho, foi discutir o recalque. Aqui a resistência tem a ênfase colocada em sua função de manter o material inconsciente recalado, protegendo o recalque. E, a supremacia do eu como instância fonte da resistência é perdida.

Assim, Freud descreve cinco tipos de resistência: três cujo protagonista seria o eu (fruto do recalque, da transferência e do ganho secundário da doença), uma com o id de porta-voz (como compulsão à repetição) e uma do supereu (na forma de reação terapêutica negativa, e originada no sentimento de culpa e na necessidade de punição).

Duas das resistências do eu tratam do recalque de um material psíquico que, portanto, pode ser lembrado. Já, o terceiro tipo é de natureza diferente, pois advém do ganho secundário da doença, ou seja, do ganho proveniente da assimilação do sintoma pelo eu. Nesse caso, representa uma não disposição a renunciar a satisfação ou alívio obtido através da doença.

Já, a resistência do id - que Freud adverte que necessitaria de maior elaboração - está ligada ao poder da compulsão à repetição exercido pelos protótipos inconscientes sobre o material recalcado.

A resistência do supereu, por sua vez, a que ele considerou como sendo a mais obscura, origina-se do sentimento de culpa ou da necessidade de punição, opondo-se a qualquer espécie de êxito, inclusive o da própria análise.

Freud, em seus trabalhos posteriores não mais retoma essa classificação entre as resistências. Até mesmo nos parece um pouco desconfortável em fazê-la nessa obra, pois se ocupa em se justificar pelo fato de propor uma resistência que viria do inconsciente²⁹ declarando que há pontos obscuros nessa formulação.

Entretanto, independente da instância psíquica da qual se origina a resistência, a tônica em sua compreensão como estando em função de defesa perante uma ameaça se mantém. O que permanece fundamental, independente de sua origem, é que a resistência se refere a uma luta contrária a qualquer mudança ou transformação subjetiva, ou seja, atua na manutenção e preservação do mesmo e evitação do novo e da diferença.

Em “*O Mal-estar na civilização*” (1930 [1929]) o tema da resistência surge particularmente referido ao supereu. Nessa importante obra freudiana sobre a complexa dinâmica entre a vida psíquica individual e a cultura, essa é descrita como portadora de imposições de restrições pulsionais do homem, exigindo sacrifícios a sua sexualidade e a agressividade. Parte da agressividade é internalizada e

²⁹ Vale observar que, em trabalho posterior, “Análise terminável e interminável” Freud destaca que, em trabalho anterior, identificou um tipo de resistência, ligada à adesividade da libido como oriunda do id que, julgava agora, como ter avaliado erroneamente. Conforme nota do tradutor, seria uma referência a “Inibições, sintomas e ansiedade”, adendo A.

assumida por uma parte do eu, que se volta - então como supereu - contra o resto do eu. O sentimento de culpa seria, segundo Freud, uma fonte de resistência quase que insuperável. Isso porque na base do sentimento de culpa há uma satisfação obtida através da doença, do que deriva uma recusa a abandonar a punição do sofrimento.

No entanto, Freud descreve um tipo de resistência que atua como oposição ao próprio supereu. A resistência nesse caso seria oriunda do eu, em resposta à severidade e a pouca consideração que o supereu lhe dedicaria. Esse tipo de resistência se forma contra a obrigação de obedecer às ordens e às proibições do supereu.

Tal resistência aparece como produto, em primeiro lugar, da força instintiva do id, que impulsiona na direção de sua satisfação, e das dificuldades presentes no meio externo real, que desconsidera o eu, formulação que não se diferencia do já postulado por Freud. Porém, a novidade surge quando, diante dos imperativos superegóicos sobre o eu - inclusive os oriundos do supereu cultural -, Freud defende que se deve opor a eles no tratamento, numa tentativa de diminuir suas exigências, se posicionando a favor das resistências. Vale citar Freud:

(o supereu) Emite uma ordem e não pergunta se é possível às pessoas obedecê-la. Pelo contrário, presume que o ego de um homem é psicologicamente capaz de tudo que lhe é exigido, que o ego desse homem dispõe de um domínio ilimitado sobre seu id. Trata-se de um equívoco e, mesmo naquelas que são conhecidas como pessoas normais, o id não pode ser controlado além de certos limites. Caso se exija mais de um homem, produz-se-á nele uma revolta ou uma neurose, ou ele se tornará infeliz. (p. 168)

É possível compreender que Freud está dando um uso à resistência como uma força do eu, que se opõe a qualquer forma de sofrimento sobre esse, quer seja proveniente de material recalado cujo acesso propiciaria um sofrimento, quer da ameaça da perda dos ganhos do eu pela doença, ou das “desmedidas” pulsionais que podem se voltar contra ele na forma de sentimento de culpa.

Na “Conferência XXXI” (1933 [1932]), Freud reforça esta hipótese ao afirmar que a força da resistência não provém do recalado, ao contrário, ela originariamente forçou o recalque e tenta mantê-lo. A resistência é apresentada como uma força do eu que faz frente às forças pulsionais.

Já, as forças do id não teriam como característica nenhuma dimensão de barreira, pois elas seriam sempre forças ascendentes, que pressionam na direção da sua satisfação. Porém, o id em si, mesmo representando o pólo pulsional do psiquismo, não promove um querer do sujeito. O id, em si, não quer, como também não há um querer-desejar nem tampouco um querer- viver embutido no corpo (Assoun, *op. cit.*). Assim considerado, não seria do id que brotaria o desejo de resistir. Paniago (2008) considerará em sua tese que a resistência é um mecanismo utilizado exclusivamente pelo eu.

Com ênfase dada à situação analítica, outra importante obra freudiana na qual aparece o pai da psicanálise se debatendo com o problema da resistência é “*Análise terminável e interminável*” (1937). Em suas ponderações sobre as possibilidades e dificuldades em relação ao bom término de uma análise, Freud analisa mais detidamente as resistências à própria análise, mais especificamente à cura. Nesse caso, o eu trata o próprio restabelecimento como perigo.

Freud ainda nos aponta que, apesar das resistências pertencerem ao eu, em certo sentido são isoladas dentro do eu, situação percebida como uma resistência à revelação das resistências. O êxito do tratamento decorre da força e da profundidade da raiz dessas resistências, que ocasionam alteração no eu. Lembrando-nos que id e eu originariamente são um só, Freud acrescenta:

Com o reconhecimento de que as propriedades do ego com que nos defrontamos sob a forma de resistências podem ser tanto determinadas pela hereditariedade, quanto adquiridas em lutas defensivas, a distinção topográfica entre o que é ego e o que é id perde muito de seu valor para nossa investigação. (p. 274)

No que diz respeito às resistências, reduzida a fronteira entre eu e id, Freud parece dissolver a importância de determinar se ela surge de uma ou outra instância. Na reaproximação do eu ao id, ele relembra as origens primitivas do eu – na qual podemos incluir as bases corporais – e desloca a questão, então, para o que seriam as raízes mais profundas de determinado tipo de resistência ao tratamento: os movimentos de distribuição mistura e desfunção entre as pulsões de vida e de morte.

Partindo da perspectiva da pesquisa sobre o funcionamento psíquico, afirma que o comportamento das pulsões faz parte das coisas que, para sua compreensão, não podem ser confinadas a um único *topos* psíquico, quer seja o id, o eu ou o

supereu. Como fenômenos clínicos que surgem desse tipo de resistência ao restabelecimento Freud nos recorda o masoquismo, a reação terapêutica negativa e o sentimento de culpa, fenômenos que indicam a presença da pulsão agressiva ou destrutiva, presença esta que remonta à pulsão de morte original da matéria viva.

No entanto, ele ressalta a influência da pulsão de morte para além do ponto de vista patológico. Freud atribui à intervenção do que ele chamou de um elemento de agressividade livre a tendência aos conflitos psíquicos em geral. Retoma que, no curso da civilização, parte da agressividade foi internalizada, constituindo os conflitos internos, que em si são fontes de resistência. Está ligada, assim, a resistência à pulsão de morte.

Cabe ainda discorrer sobre a reação terapêutica negativa. Isso se justifica pois, essa noção pode ser facilmente associada ao tema central deste trabalho: não seria o fato clínico da piora física, em condições de estrutura e funcionamento psíquicos que indicariam condições favoráveis a uma recuperação, uma forma de reação terapêutica negativa, cuja expressão seria essencialmente corporal?

A reação terapêutica negativa é um conceito que Freud formulou a partir da observação na clínica de uma forma muito tenaz de resistência. Ele notou que determinados pacientes neuróticos apresentavam uma piora, em momentos próximos a uma situação de sucesso, seja da realização de algum desejo muito esperado ou do término da análise. Sob a perspectiva da técnica, no processo analítico a reação terapêutica negativa seria uma forma de resistência das mais difíceis de serem superadas, pelo fato do paciente estar muito aderido ao sofrimento neurótico, indo na direção contrária ao seu restabelecimento. Seria uma força de resistência contra a cura.

Considerando como uma tendência ao fracasso, a reação terapêutica negativa foi por ele explicada como originada por um sentimento de culpa extremamente opressivo, proveniente do supereu. O sentimento de culpa e a necessidade de punição que lhe corresponde seriam resultantes da voz superegóica, como parte da pulsão de morte que se volta cruelmente contra o eu. Relacionada à pulsão de morte, o que explica o seu caráter radical e insuperável, a reação terapêutica negativa fora pensada por Freud junto às formulações sobre as resistências do supereu e o masoquismo.

Na obra de 1923, “O ego e o id”, Freud discorre sobre as instâncias eu, id e supereu, consideradas na perspectiva da sua nova dualidade pulsional, ou seja, a

pulsão de vida e a pulsão de morte, na qual ele afirma que as três instâncias assumem quantidades de ambas as pulsões, processo esse que se dá por meio de operações conflituosas.

Nessa obra, a duração prolongada do desamparo e da dependência na infância humana e o Complexo de Édipo são descritos como fatores que participam da origem do supereu.

Freud formula que, enquanto o eu ainda era fraco e, como herdeiro do Complexo de Édipo, o supereu introduziu os objetos mais significativos no eu. A despeito das modificações posteriores da estrutura psíquica, o supereu se mantém a parte do eu e o domina. Assim, ele marca, no psiquismo, a lembrança da antiga fraqueza e da dependência do eu.

O supereu permanece, desta forma, como reduto das primeiras identificações, as primitivas escolhas objetais do id, ao mesmo tempo em que representa uma formação de forte reação contra essas mesmas escolhas. Preservando a força derivada das primeiras identificações, que servem como ideal ao eu, o supereu com ela submete o eu aos seus mandatos.

O supereu se manifesta como fator moral, por meio dos códigos e mandatos que foram gerados pelos objetos internalizados produzidos nas identificações primárias.

A formação do supereu assim formulada será, nesta obra, explicitamente vinculada à reação terapêutica negativa, quando, em determinadas pessoas, esse mecanismo de submetimento do eu pelo supereu opera mantendo-as presas à doença, em uma lógica de punição a um exacerbado sentimento de culpa.

Igualmente importante para este trabalho é a aproximação que Freud faz do supereu com a pulsão de morte. A relação do supereu com a pulsão de morte é derivada da defusão pulsional que se dá nesse processo de identificação. Enquanto o componente erótico da relação com o objeto permanece, para que esse possa ser introjetado no eu, parte do seu aspecto agressivo é apropriado pelo supereu. Essa defusão pulsional é a responsável pelo caráter de severidade e crueldade, apresentado pelo ideal.

Mecozzi (2003) afirma que, assinalando uma ligação com a pulsão de morte, a reação terapêutica negativa pode ser pensada como um movimento interior de desinvestimento ou de desestruturação das diversas funções do eu e dos seus investimentos nos objetos.

Essa proposição de Mecozzi contribui para que a aproximação do conceito de reação terapêutica negativa ao fenômeno clínico, objeto deste trabalho, seja bastante plausível. Vale acrescentar que, em alguns pacientes, nos quais foi possível reconhecer a problemática que aqui apresentamos, havia uma notável presença de sentimentos de culpa participando de processos conflitivos com as figuras de autoridade internalizadas.

Pudemos acompanhar outra paciente que, como Cláudia, se dizia sempre *na mesma*, e que ia *à medida do possível*, sem mostrar mobilidade subjetiva no contexto da internação hospitalar. Não se sentia no direito nem ao menos de queixar-se diante das imposições árdias do tratamento, que se não seguisse considerava que seria punida. E em forma de pergunta – que não se constituía em um questionamento efetivo – afirmava: *quem sou eu para reclamar?* Mesmo internada, mostrava-se preocupada com sua casa, temendo ser multada por uma possível denúncia dos vizinhos pelos latidos de seus cachorros, fator de incômodo para eles.

Afinal, que eu é esse que não pode reclamar, não pode incomodar? Em quais condições esse eu se encontra diante da posição espremida entre as forças do mundo pulsional e as imposições superegóicas do sujeito? Perante as vozes imperativas do supereu que o censuram e o submetem, não há saída para o eu: nada a fazer diante das ameaças de abandono do amor e da violência.

No entanto, no caso da Cláudia, a presença de um sentimento de culpa não se tornava tão evidente. Nem mesmo em relação à sua contaminação pelo HIV, condição que, em geral, facilmente envereda por uma compreensão punitiva e alimenta profunda culpabilidade.

Podemos supor que, como produto de mecanismos defensivos de propriedade dissociativa, a participação significativa dos sentimentos de culpa se destacou no momento em que Cláudia os projetou para fora de si, eliminando qualquer mal-estar proveniente da aproximação à consciência de alguma possível falha. Lembremos que Cláudia efetivou incansáveis e intensas queixas e reclamações objetivas – a culpa era do outro! – projetando-a no mundo exterior, dessa forma. Contudo, ao mesmo tempo em que cessaram as acusações externas, o aspecto agressivo da pulsão de morte veiculado pelo supereu, em sua forma de punição decorrente da culpa, encontrou como via de manifestação o corpo, no exagero da reação imunológica, aliás, autoimune!

Assim, propomos pensar que a reação terapêutica negativa, no processo de retomada das primeiras identificações, portanto, no retorno a uma experiência em que o eu se encontrava frágil, dependente e submetido às figuras de autoridade, ao mesmo tempo em que é capaz de denunciar os modos de estruturação das funções do eu e as relações com os objetos internalizados, pode supor uma esperança de sua modificação.

Tendo em consideração as condições de subjetivação favorecidas pela cultura ocidental atual, com o predomínio da falta de valor dado às interiorizações das experiências e exacerbação da vivência do desamparo, o corpo pode se estabelecer como um campo possível da manifestação de uma tentativa de formulação de um ato de resistência.

Ainda há na obra freudiana de 1923, outro ponto interessante que vale destacar que é o das três possíveis razões que Freud lança para uma piora do paciente durante o processo analítico. A que vai ser principalmente considerada para explicar o agravamento do sofrimento psíquico por parte do paciente é a que se refere à penitência decorrente dos imperativos do supereu, ou seja, a reação terapêutica negativa. Freud relativiza e dará menor importância às outras duas, que são: a inacessibilidade narcísica e os benefícios secundários da doença, ou seja, a doença utilizada como via de obtenção imaginária de amor do analista.

Interessa-nos atermos um pouco mais sobre a inacessibilidade narcísica. Freud a descreve como sendo o mecanismo de desafio que o paciente faz ao médico, numa tentativa de mostrar sua superioridade sobre ele. Mecozzi (2003) a traduz como um excesso de narcisismo que leva o paciente a se confrontar com o analista e a análise.

Destacamos esse ponto, pois ele indica uma característica que a nós parece possível de ser encontrada dentro da manifestação de resistência que aqui descrevemos: uma perseverança no sentido de recompor, ou compor, algo de um narcisismo que se encontra ameaçado. Ora, se a reação terapêutica negativa traz à cena figuras primitivas da constituição psíquica, estamos no campo da constituição do eu e, portanto, do narcisismo, sobretudo em sua formação primária.

Cabe lembrar que, no desenvolvimento psíquico do ser humano, o narcisismo aparece como o primeiro movimento de organização pulsional que, no desenvolvimento libidinal, foi precedido pelo autoerotismo, sendo este caracterizado pela manifestação parcial das pulsões. No narcisismo o Eu se torna o objeto de

amor, em torno de uma imagem integrada. O narcisismo participa, portanto, da constituição do Eu, como unidade psíquica e de representação do corpo.

Antes, porém, de tratar da questão da defesa do eu como uma finalidade possível aos movimentos de resistência, é necessário identificar elementos que participam da dinâmica da sua construção.

3.2 Resistência: entre repetição e insistência

Nas problematizações sobre a resistência, efetivadas dentro do campo psicanalítico, outras contribuições igualmente surgiram (como exemplo, citamos Jacques Lacan) enfatizando-a não como se referindo a um obstáculo produzido pelo paciente somente, mas podendo ser gerada também pelo analista ou pela própria psicanálise.

Sabemos o quanto as resistências podem se formar a partir do modo do analista trabalhar. Não nos referimos aos aspectos condenáveis na prática analítica, que traduz a falta de análise do próprio analista. Contudo, tanto os elementos obscuros, incognoscíveis do psiquismo da analista que sempre irão existir, como a assimetria entre analista e analisando colocada pela situação analítica podem constituir certa resistência a ela, ressaltando uma dimensão interacional da resistência.

Como já observado, na constituição do psiquismo, é no encontro com um outro que, promovendo um excesso, dá-se a formação de uma barreira – forma de proteção e, ao mesmo tempo, de configuração de campos distintos em interação.

Dentro dessa perspectiva, é útil a aproximação, realizada por Baroni e Cunha (2008), entre a problematização da resistência no campo psicanalítico e sobre as formulações sobre esse mesmo conceito, propostas por Michel Foucault.

Ampliando o uso da noção de resistência na psicanálise, os autores propõem pensá-la para além de fundamentalmente centrada na economia dos conflitos intrapsíquicos do analisando. Os autores afirmam que se trata do sujeito poder criar para si suas próprias estratégias de resistência e possibilidades de significar as experiências vividas, ao invés de aceitar que o analista lhe ofereça uma verdade e prescrições prontas quanto a como se conduzir.

As possibilidades de ocupar outras posições na trama social, fonte de constituição do sujeito, da qual fazem parte as relações de poder, se dão a partir de estratégias de resistência, segundo Foucault.

Para o filósofo, as relações de poder inerentes aos processos de subjetivação oferecem um assujeitamento a uma identidade que é vivida como própria. Assujeitados pelo enredamento simbólico da cultura, por meio de seus padrões de constituição de sua subjetividade, as lutas de resistência é que possibilitam a criação, a invenção de novos modos de subjetividade e de vínculos implantados pelas técnicas e relações de poder.

Para Foucault, a resistência, que é inerente à dinâmica das relações de poder, surge como um processo de criação. Assim, resistir significa criar, no sentido de participar da transformação de uma situação. É, portanto, no jogo entre forças de poder e resistência que se abre um campo de mobilidade de posicionamentos. Nas relações de poder há sempre possibilidade de modos de resistência estabelecidos como estratégias que invertem ou alteram a situação, o que não é possível quando a relação é de dominação.

O principal objetivo da resistência, na perspectiva foucauldiana, é combater uma forma de poder que se exerce na vida cotidiana. Diz respeito aquele poder que categoriza as pessoas e que as prende a uma identidade particular e que lhes impõe uma lei de verdade, com condutas a serem reconhecidas e seguidas por si e pelos outros da comunidade.

Dessa forma, a resistência expressa uma luta contra formas de poder que podem vir a se transformar em estados de dominação, ao mesmo tempo em que se refere a uma luta por novas formas de subjetivação, na recusa da identidade que é imposta. Trata-se de uma afirmação de si que configura a possibilidade de uma reconfiguração constante das regras no confronto com os problemas de uma sociedade concreta, ou até mesmo dentro do contexto da clínica, em um sentido ético.

Como descreve Vilela (2010), é por meio de certas experiências de revolta, de transgressão e de resistência contra o intolerável que atravessam os corpos singulares que se desencadeia o movimento da ética, dando origem a uma *política da arte de viver* (grifo da autora, op. cit., p. 238).

Assim considerada, dentro da experiência clínica a resistência pode ganhar um sentido e valor positivos, conforme propuseram Baroni e Cunha. Valor que a

resistência pode adquirir ao significar a ação de algo que marca a irreduzibilidade dos modos de vida e que potencializa processos de transformação.

A partir dessa perspectiva, retomamos o campo das concepções metapsicológicas freudianas, com a possibilidade de assinalarmos esse mesmo movimento de resistência brotando das entranhas do indivíduo.

Se já sabemos que, para a psicanálise, a subjetividade se constitui no encontro com o outro, contudo, sendo esse encontro fundamental ao ser humano para a sua sobrevivência e seu equilíbrio psicossomático, faltou ainda ressaltar que ele se dá dentro de uma relação dinâmica, ou seja, de repetição de um movimento de aproximação e afastamento desse outro.

Assim, é necessária uma boa medida entre a apresentação e ausência do objeto e com certa constância, formando um campo onde a excitação e provocação do sujeito pela sua presença se intercale o vazio de sua ausência, o que permite ao sujeito se criar.

Tanto quanto a presença faz-se necessário um espaço de não intromissão, de não invasão, do qual o sujeito em construção possa emergir. A boa medida de presença e ausência irá depender das capacidades e potencialidades da dupla sujeito-objeto, tanto quanto da qualidade da relação que então se estabelece entre eles.

É no tempo e espaço onde o outro não está que a excitação, resultante do que vem de dentro e do que resulta da experiência de encontro com o outro, submete o ser humano e assim, o compele a repetição. Repetição que revela a busca de vinculação do *quantum* de excesso da energia perturbadora, originada na dinâmica de presença e ausência do outro, que guarda um valor central para a formação do sujeito.

Pela observação da importância da existência de um ritmo estabelecido nos movimentos de presença e ausência que se repete nos momentos iniciais do ser humano, tanto quanto pela apresentação de fenômenos de repetição na vida humana de modo geral, é possível concluir que a repetição é uma ação inerente à condição humana. Na clínica psicanalítica, os fenômenos de repetição foram evidenciados desde as suas origens.

Na obra freudiana, o principal trabalho em que é explorado o fenômeno da repetição é "*Repetir, recordar e elaborar*", de 1914. A tônica dada por Freud à

repetição naquela época era intrinsecamente vinculada à noção de transferência, ao ponto do autor afirmar que a transferência seria apenas um fragmento da repetição.

Enquanto Freud pensava a partir de uma estrutura do funcionamento psíquico montada a partir do que se chamou de primeira teoria das pulsões, ou seja, na dualidade entre as pulsões do eu e as pulsões sexuais, a repetição era basicamente o fenômeno que dizia da tendência humana a buscar a reprodução das experiências primitivas de satisfação. Desde a satisfação encontrada na primeira mamada, o ser humano irá tentar reviver pela vida a fora uma experiência de satisfação análoga a primeira que, impossível de ser reproduzida, constitui-se em motor do desejo.

Dentro da situação analítica, a repetição aparece como ação em oposição à recordação, portanto, é identificada com a resistência. Contudo, é compreendida como natural ao processo de análise e é a ação de repetição pelo analisando de seus conflitos infantis recalcados que, naquele momento, não puderam ser lembrados, tendo como veículo a transferência.

Já, na segunda proposição do dualismo pulsional, quando é então considerada a dinâmica entre pulsão de vida e pulsão de morte, a conotação do fenômeno de repetição é alterada significativamente. A experiência clínica faz com que Freud perceba que há vivências que são repetidas não mais como mecanismo de revivescência de um prazer. As experiências dolorosas são repetidas sob a pressão de uma compulsão como tentativa de escoamento de um excesso de excitação e de constituição de sentido ao mesmo.

Freud atribuiu à compulsão à repetição um caráter mais primitivo do que o princípio do prazer. Quando Freud descreve algo mais primitivo que o prazer, propõe Green (2007) que ele estaria possivelmente interessado em um modo mais indomado de funcionamento do psiquismo.

Em qualquer conotação dada ao conceito de repetição, quando esta adquire um cunho compulsivo o que se evidencia é a ideia de algo que impulsiona presente em sua essência, o que torna inevitável sua aproximação com as pulsões.

Segundo Green, a repetição não é prejudicial em si. Só assim se torna quando o paciente parece ignorar totalmente as relações entre os fragmentos repetidos, sem haver elo entre o ato e seu conteúdo. O autor dá ao caráter compulsivo a conotação de mostra da falha de reconhecimento do conteúdo repetido, daí o mesmo é repetido de diferentes modos. Não há representação, nem

mediação e adiamento. A compulsão à repetição em si mesma apresenta uma descarga de algo que não pode ser elaborado. Conteúdo que é renovado a cada repetição, na busca de um novo significado ou de um significado oculto.

A pulsão, em seu caráter de repetição, expressa a pressão inerente à vida para restaurar um estado que foi obrigado a abandonar por forças externas perturbadoras. Há na psique, como dito anteriormente, um esforço em restaurar, de retornar ao estado anterior à perturbação, quer seja pela via da pulsão de morte, na tendência da vida orgânica à inércia ou pelas ligações operadas pelas pulsões de vida na redução de excitação da energia livre e no estabelecimento de um estado de satisfação.

Para Birman (2006), a compulsão à repetição seria uma forma possível ao psiquismo de se re-estruturar. Diante do trauma e dos excessos pulsionais, por meio da repetição o sujeito busca ostensivamente ocupar uma posição ativa: pelo desprazer da repetição se antecipa à ameaça de dor e de morte psíquicas.

Na obra freudiana, a repetição da criança, além de propiciar a mudança da passividade para a atividade, permite que se dê também, e fundamentalmente, a constituição do próprio, do aparelho psíquico ele mesmo.

Segundo Figueiredo (1999), o sujeito se utiliza da repetição como forma de “retornar ao *si mesmo*, ao idêntico a si, ao berço cortinado que encapsula o si mesmo, mantendo-o a si mesmo ligado, adormecido, livre de qualquer desassossego, livre de qualquer suspeita” (p. 82). Expressão de uma inércia inerente à vida orgânica nas palavras de Freud, a compulsão à repetição é uma forma de resistência “passiva” (aspas de Figueiredo) a forças externas, à alteridade, ou seja, uma afirmação de si na sua autoidentidade.

Em uma breve retomada do caminho aqui percorrido, a concepção da identidade, estando intrinsecamente vinculada ao processo de identificação, oferece uma abertura para a possibilidade de se conceber um embate de resistência ao outro, como forma de libertar-se da ação desse outro, interno, que pode encontrar sua manifestação no sintoma.

3.3 Em defesa do próprio

Pendendo a problemática da resistência para o lado das pulsões, Santa Cruz (2006), inspirada em Freud, retoma a ideia de uma resistência própria ao id quando a refere como sendo a insistência do pulsante, ou seja, produto de forças pulsionais de pura intensidade, que exige constantemente um trabalho para o psiquismo. Vale destacar sua ideia:

Neste sentido, poderíamos dizer que o sintoma é efeito de uma força de resistência, resistência pensada não apenas como uma força que obstaculiza o processo analítico quando este está às voltas com a proximidade do recalcado, ainda que também o seja, mas também e principalmente, como uma força de resistência subjetiva e política numa determinada relação de poder. (p. 106)

Em seu artigo intitulado “*De Freud a Deleuze: os caminhos da resistência*”, Canavêz e Herzog (2008) nos lembra que, se a resistência surge ao eu como forma de censura contra os desejos inconscientes, a própria formação sintomática se dá como modo de resistência às exigências morais.

No entanto, as autoras distinguem a resistência evidenciada nas formações sintomáticas, que fazem referência à censura, de outra não comprometida com objetivos conciliatórios das formações de compromisso. Ao contrário, destacam a resistência que é possível de ser identificada nos movimentos nos quais não se abre mão dos sintomas ou se recusa os enquadres terapêuticos. Haveria, nessa modalidade de resistência, um caráter inapreensível e inadaptável.

Segundo Canavêz e Herzog (2008), a resistência em abrir mão dos sintomas estaria a serviço de resguardar um espaço particular de produção do sujeito, capaz de se opor às tentativas de homogeneização levadas a cabo pela cultura de nossa época. Assim, a resistência ganha um sentido de afirmação do sujeito.

Vale retomarmos Birman (2006), agora pelo trabalho que ele desenvolveu dentro da temática da resistência. Birman nos informa nessa obra que as palavras resistência e resistir significam, genericamente, uma força que se opõe a outra que, vinda do exterior, ataca um certo território. Portanto, uma força que tem por objetivo proteger um dado espaço de pertencimento, que supõe estar sob agressão e risco de intrusão, por parte do exterior.

Assim, o autor conclui que há dois eixos que organizam os sentidos da resistência: a oposição de forças e a delimitação de espaços de pertencimento, demarcando uma oposição entre interior e exterior.

Birman irá resumir a resistência como sendo a possibilidade de se contrapor a um processo. Considerando a diversidade de modalidades de resistência, pela multiplicidade de forças presentes em conflito, ele afirma que não há nenhuma soberania de qualquer instância psíquica sobre as demais.

Partindo da ideia de que cada instância psíquica é o outro do outro³⁰, o que reforça o valor à identificação como constitutiva do psiquismo, o autor afirma que, em psicanálise, resistir é agir contra as intenções do outro que coloca em questão o território de pertencimento do sujeito e que reage para manter a integridade de seu território.

Percorrendo o conceito de resistência na obra freudiana, percurso já realizado neste trabalho, Birman acrescenta que a partir da concepção do conceito de inconsciente a resistência passa a estar diretamente ligada a natureza do recalado, numa defesa a qualquer penetração no seu território. Nesse sentido, o núcleo do recalamento originário opera sempre uma oposição a qualquer intrusão do outro e ao próprio trabalho analítico. Nesse caso, a resistência se impõe como uma impossibilidade radical em ser superada, por ser fundante do psiquismo.

Essa resistência do recalado é referida por Freud como sendo da ordem da compulsão à repetição, o que instaurou uma modificação fundamental no contexto da experiência analítica. Se esta agora estava definida como um contexto de permanente embate de forças em conflituosidade e como imprevisível em seus desdobramentos, não se trata mais de tecnicamente operar apenas uma decifração de uma verdade oculta. Assim compreendida, a experiência analítica abarca processos que se repetem em busca de simbolização e ao analista cabe não só interpretar, mas um trabalho sobre a repetição no campo da transferência (Birman, 2006).

³⁰ O que, implica em dizer, para Birman, que o psiquismo é atravessado por um jogo de forças permanente, que delinea um campo de desejos, de contradesejos e desejos-contra (p. 322).

Torna-se, dessa forma, fundamental a implicação do analista no processo³¹ da experiência analítica que, sempre em construção, passa a ser um *vir-a-ser* da subjetividade (destaque do autor, p.333).

Birman problematiza a questão da resistência em termos de desejo de resistência, equação que tem a liberdade como valor supremo nos registros ético e político. Essa ideia nos remete a proposição da prática da liberdade, seguindo a linha filosófica de Foucault, ligado ao problema da ética³².

Enquanto propõe um desejo de resistência, Birman nos lembra, no entanto, de que no discurso psicanalítico sempre houve uma oposição entre resistência e desejo, sendo a primeira referida como visando a interdição do segundo.

Entretanto, ele nos alerta que a resistência pode ser da ordem do desejo se a questão do poder estiver em causa. A partir dessa proposição, o autor evoca a problemática do poder na relação analítica.

Birman afirma que, no âmbito da situação analítica, a *reação terapêutica negativa* ocorre quando se pretende apagar a dimensão conflituosa do psiquismo. Segundo o autor, a *reação terapêutica negativa* se forma como resposta a uma relação intrusiva do analista, que se coloca em uma posição de *exceção* na economia das trocas subjetivas, funcionando como um não do analisante³³ que o coloca em seu devido lugar, afirmando a legitimidade e seu direito à resistência. Birman, assim, enuncia o desejo de resistência.

No século XVI o filósofo francês Étienne de La Boétie escreveu sua obra mais famosa intitulada “*Discurso da Servidão Voluntária*”, no qual discutiu as razões pela qual um povo se submetia à vontade de um tirano. Ele, nessa obra, afirmou que os homens são dominados por sua própria responsabilidade, pois basta que eles se rebelem para terem a sua liberdade. Ponderou que talvez o homem não deseje a liberdade por não poder abrir mão da proteção do soberano. Birman mostra, por meio da citação dessa obra, que o apelo ao poder soberano era a forma utilizada pelo homem para silenciar sua condição de desamparo. Acrescenta o autor que a

³¹ Neste ponto, Birman afirma a queda do imperativo da neutralidade e a importância da análise do próprio analista, fazendo referência ao pensamento lacaniano de que, assim considerada, a resistência na análise seria, em última instância, a do analista.

³² Foucault faz a observação de que para que essa prática da liberdade tome a forma do *éthos* grego – *modo de ser e de se conduzir* - belo e estimável, é necessário um trabalho sobre si mesmo que, no entanto, não exclui as relações com os outros. O ser ético em si mesmo é uma maneira de se preocupar com os outros.

³³ Ideia similar a Baroni e Cunha, já apresentada neste trabalho.

figura do soberano, a partir da modernidade, foi deslocada para a ciência e a racionalidade.

Birman evoca a centralidade do desamparo como paradigma da subjetividade na modernidade. O autor justifica que esse seria o efeito e o preço que se paga pelo homem ocidental ter assumido o poder de desafiar o pai, tanto no registro simbólico como no político. Essa assunção de poder dá-se à medida que se construiu uma civilidade fundada na ciência e na racionalidade.

Dentro dessa configuração, para evitar a condição fundamental de desamparo, o sujeito se assujeitaria a um outro numa posição de servidão, fazendo com que se agigantem no psiquismo as figuras do supereu e do *eu ideal*, como formas da presença do pai ideal e protetor, não podendo usufruir da liberdade (Birman, *op. cit.*, p. 161).

A civilização, nessas bases, então, construída, produz uma subjetividade na qual o desamparo é fator constitutivo. Subjetividade que foi teorizada pelo discurso freudiano, na consideração do mal-estar na modernidade. (Birman, 2006, p. 163).

Se, na modernidade havia um mal-estar que girava em torno de um conflito psíquico no qual havia, como atores principais, os imperativos pulsionais e as interdições impostas pela sociedade, podemos supor que as forças que compunham as figuras do conflito na modernidade permanecem com valor de símbolo na cultura atual, mas podem ter outras formas de apresentação – muitas vezes por meio das ações e do corpo - e servirem às formações subjetivas, compondo o cenário das lutas pela vida digna conforme cada singularidade.

Encontramos uma proximidade às proposições de Birman o importante pensamento de Berlinck (1997), em seu artigo intitulado *Insuficiência Imunológica Psíquica*, que oferece uma interessante imagem paradigmática aos processos psíquicos de resistência.

No referido artigo, Berlinck reafirma a psicanálise dentro da tradição do pensamento de que há, na origem da subjetividade, a ameaça do extermínio por insuficiência imunológica psíquica a ataques³⁴. Lembrando-nos de que o psiquismo é uma construção que responde à violência primordial que ameaça a existência

³⁴ Vale recordarmos a ideia freudiana, já referida neste trabalho, da construção de barreiras de contato erigidas no impacto com o meio sobre o organismo, que Freud lança mão em 1895, para explicar a constituição do aparelho psíquico ou da condição de extremo desamparo nos inícios da vida humana.

física do homem, Berlinck contrapõe, no entanto, que o mesmo sistema é insuficiente para protegê-lo de ataques, sejam eles externos ou internos.

Para discutir tal questão, o autor aborda as condições que definem quais povos sobrevivem ou não a ataques virulentos externos, tanto de colonizadores quanto virais. Nesse contexto, propõe pensar sobre a organização sócio-psíquica das populações que foram massacradas ou escaparam aos ataques virulentos externos.

Em sua análise sobre as ditas organizações, Berlinck percebeu que as populações que foram massacradas possuíam uma longa tradição comunitária (que se opõe à tradição societária) que se revestem de uma ausência de individualismo e suas posições são fixas, previamente determinadas. Nelas, a mobilidade social é determinada por normas rígidas, igualmente predefinidas, que os membros dessas comunidades não se deslocam a partir de critérios pessoais. Aos desvios das normas cabe punição, restringindo a área de liberdade pessoal.

Dessa forma, essas comunidades assim organizadas desconsideram as possibilidades de deslocamento no espaço social e de ocupação de diversificadas posições e tampouco de inventar relações sociais.

Berlinck nos alerta para o fato de que o processo colonizador não é maléfico em si, vindo a se constituir em ataque virulento externo bem sucedido dependendo da insuficiência imunológica psíquica da população colonizada, resultante, em parte, da organização social da colônia. Lembra-nos dos destinos diferenciados entre Vietnã do Sul e do Norte frente à invasão: enquanto o primeiro aderiu à invasão, produzindo uma enorme desorganização ao país, o último optou por um caminho de resistência ativa. Essa resistência implicou em abandonar alguns princípios comunitários: o apego à terra, a imobilidade geográfica e social e a obediência a hábitos ancestrais.

Ainda para analisar a diferença entre os, bem ou mal, sucedidos na luta anticolonial, Berlinck pesquisou manuais de luta armada, encontrando alguns elementos comuns entre eles, que descreveremos sucintamente, a seguir.

Em primeiro lugar, na possibilidade de sucesso estaria a autonomia. O autor relaciona a falta de autonomia à natureza comunitária das relações sociais predominantes na população. Quando há falta de autonomia, há também uma perspectiva de pequeno e grande, com o colonizador, em termos psicanalíticos,

como o detentor do falo e o colonizado numa posição de destituído, numa construção imaginária que remete à questão do poder.

Ainda relacionada à capacidade de autonomia está a possibilidade de deslocamento. Uma identificação mais fixa a uma pátria ou a uma identidade social, por exemplo, gera vulnerabilidade ao ataque. Segundo Berlinck, estar sempre pronto a se deslocar - mudar de território, de nome, de grupo de pertença – é uma das regras básicas da luta anticolonial. Assim, o autor nos alerta que o processo de autonomia resulta em perdas que pode, paradoxalmente, provocar insuficiência imunológica psíquica.

No campo teórico da psicanálise, desde o pensamento freudiano, como condição para o desamparo e paradoxalmente sendo o que permite ao sujeito o acesso ao desejo e à liberdade, tem-se a experiência da perda. A concepção de identidade em Freud passa pela identificação e pela perda do outro em simultaneidade.

Outro ponto em comum nos manuais de guerra de guerrilha é a necessidade da criatividade imaginativa ativa e de improvisação e, portanto, trata-se da disposição onírica de combinar, ativamente, recursos escassos não habitualmente relacionados.

E, ainda se debruçando sobre os manuais da luta armada, Berlinck destaca o princípio de iniciativa, ou seja, um posicionamento do guerrilheiro do lado da atividade ao invés da passividade. Mesmo quando quieto, dizem os manuais, o guerrilheiro deve estar no comando do combate. Posições passivas e imobilizadas são francamente não recomendadas pelos manuais.

Finalmente, em uma sintonia com o objetivo deste trabalho, o autor prossegue em seu artigo fazendo referência ao corpo, compreendido como indistinto da psique, como território a ser protegido dos invasores virulentos indesejáveis.

Em relação ao corpo, Berlinck (1997) resgata a tradição ocidental de separação entre corpo e alma, entre soma e psique, como um processo que promove um desconhecimento a respeito do próprio corpo.

Segundo o autor, esse desconhecimento – tanto como a falta de intimidade e até mesmo o não reconhecimento da existência do próprio corpo – se torna campo fértil para fantasias melancólicas que enfraquecem as defesas aos ataques virulentos. Berlinck considera que fantasias que apresentam representações frágeis do próprio corpo são a outra face da moeda de uma concepção onipotente do corpo.

Nesse momento, cabe lembrar de que nos dias atuais, ideia desenvolvida em capítulo anterior, o corpo é altamente investido numa tentativa de garantir onipotentemente um controle sobre a vida, ou mais precisamente, sobre o que a ameaça subjetiva e objetivamente. Ora, se uma concepção onipotente emprestada ao corpo denuncia a existência de representações frágeis sobre ele, provável resultante da dissociação entre soma e psique com o desconhecimento e alienação que se tem sobre ele, o que o vulnerabiliza aos ataques, pode-se configurar uma condição propícia para que o corpo seja tomado como campo privilegiado de manifestação das falhas da lógica onipotente e, ao mesmo tempo, constituir uma resistência às forças que incidem sobre ele.

No mesmo artigo, Berlinck destaca a apropriação do próprio corpo como recurso de defesa às invasões virulentas enquanto território com recursos naturais, na concepção da *physis*³⁵ grega (ou brotação).

Esse corpo enquanto brotação, no sentido inverso de uma concepção dele como o que no homem haveria de mais fixo, e sim como lugar de emergência, traz profícuos desenvolvimentos.

O sujeito se faz em permanente transformação e na abertura à experiência humana, ou seja, em um processo de autoconstituição que se efetiva em uma história que é aberta e não fechada em estruturas definitivamente determinadas. A essa concepção de constituição da subjetividade vincula-se a ideia de ética, uma ética das práticas de si. Segundo Vilela, trata-se de uma ética que enuncia um sujeito que encontra sua razão de ser na possibilidade de transformar-se que, em Winnicott, encontramos como referido à vida digna de ser vivida, ligada à capacidade de criar.

³⁵ *Physis*, segundo os filósofos pré-socráticos, é a matéria que é fundamento eterno de todas as coisas e confere unidade e permanência ao Universo, o qual, na sua aparência é múltiplo, mutável e transitório. A palavra grega *Physis* pode ser traduzida por natureza, mas seu significado é mais amplo. Refere-se também à realidade, não aquela pronta e acabada, mas a que se encontra em movimento e transformação, a que nasce e se desenvolve, o fundo eterno, perene, imortal e imperecível de onde tudo brota e para onde tudo retorna. Nesse sentido, a palavra significa gênese, origem, manifestação. *Physis*, assim, levanta a questão da origem de todas as coisas, a sua essência, que constituem a realidade, que se manifesta no Movimento. Em resumo, a palavra *physis* indica aquilo que por si brota, se abre, emerge, o desabrochar que surge de si próprio e se manifesta neste desdobramento, pondo-se no manifesto.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cláudia dá seu veredito: porque engoliu o tubo, irá morrer! E, de fato, morre. O tubo já não mais existia como recurso auxiliar necessário a sua respiração. No entanto, uma vez “incorporado”, foi quando Cláudia experimentou seu maior risco. O tubo é um objeto do repertório terapêutico da medicina que conecta o dentro com o fora e que promove uma respiração auxiliar externa por meio de uma máquina a ele conectado. Nas trocas com o mundo, a respiração nos oferece uma boa imagem, servindo como metáfora ou até mesmo como suporte orgânico a processos psíquicos para pensarmos sobre as possibilidades de troca com o fora, entre o bom e o ruim.

Podemos dizer que Cláudia morreu de “sufocamento”. Não porque realmente engoliu o tubo. Mas, no ritmo das interações estabelecidas pelas vertentes, apontadas por Figueiredo, da preservação do vivo e da vitalização da vida (investimento no próprio e investimento no outro), encontrou-se em um impasse sem saída. A libertação do respirador auxiliar externo, ao contrário de representar uma autonomia (re)conquistada, transformou-se na sua incorporação em sua dimensão de sufocação, de obstáculo à respiração espontânea. Cláudia não pode abrir mão do respirador externo e respirar por conta própria. Os recursos encontrados na vida das relações de maneira geral, e os terapêuticos em particular, não eram mais possíveis de se darem se não em uma forma invasiva e de dominação.

Em um estreitamento de sua área de liberdade, que era expresso em termos de não poder falar, supomos que fora impossível à Cláudia sustentar qualquer tipo de luta contra os mandatos que lhe submetiam. Finalmente rendeu-se a uma obediência passiva, sem revolta, sem transgressão, sem resistência. O “tubo fora engolido”, definitivamente! Cessaram as lutas, os embates, as queixas. Cessou a vida.

Cláudia fora escolhida, entre tantos atendimentos que pudemos acompanhar na nossa história clínica, como representante de uma determinada configuração da problemática que se tornou o objeto central deste trabalho que, no entanto, enquanto experiência clínica, não esgota as possibilidades de compreensão.

Neste trabalho, lançamos a hipótese de que o corpo, nas sociedades ocidentais contemporâneas, é capaz de servir de campo no qual se produz uma resistência do sujeito aos poderes sobre ele, que incidem predominantemente como regulamentações da sua vida e de seu corpo. Dentro dessa hipótese, a doença orgânica poderia ter um sentido de manifestação desse tipo de resistência.

Ganhamos em levar em conta os modos de consideração do corpo na atualidade para marcá-lo em sua posição central nas configurações subjetivas, patológicas ou não. Assinalamos a hipervalorização dada ao corpo na atualidade, ao mesmo tempo em que se opera uma alienação a seu respeito. A corporeidade humana encontra no isolamento do corpo do enfermo, dos idosos e no medo de envelhecer inegáveis exemplos da sua desconsideração na sociedade ocidental atual (Le Breton, 2003). O corpo, assim considerado, carrega um potencial efeito disruptivo pelo que marca da imprevisibilidade e finitude humanas, que pode se efetivar nas vivências de adoecimento.

Nessa direção, recuperamos o conceito de pulsão e resgatamos, sobretudo dentre as elaborações efetivas sobre a pulsão de morte, seu valor enquanto função desobjetalizante, conforme Green (1988b) ou individualizante, segundo Zaltzman (1993). Relembramos aqui que, conforme essa autora, a pulsão de morte é situada em proximidade ao apoio corporal.

Dessa forma sustentamos nossa hipótese de que o corpo, pela ação da pulsão de morte, participa das manifestações mais individualizantes do sujeito. O corpo tomado em sua dimensão de *leib*, princípio da vida e da individuação. Dentro dessa perspectiva, propomos que determinadas manifestações patológicas do corpo podem significar uma tentativa – mesmo que não bem-sucedida – de resistência aos mandatos que incidem sobre o sujeito.

Cabe ressaltar que esses mandatos não tecem eficazmente as redes simbólicas e de continência, protetoras à condição de desamparo do homem, que, assim, se mostram esgarçadas. Sabemos do valor constitutivo que adquire no psiquismo humano a vivência de desamparo: a criação do sujeito se dá na área composta entre a excitação provocada pela presença do outro e o vazio da sua ausência.

Lembramos, ainda, Le Breton que afirma que o sentimento de desamparo e isolamento no homem, a partir da modernidade, advém de sua desproteção pela ordem social e cósmica, gerando, defensivamente, uma hipertrofia dos poderes

individuais e de ideais e fantasias onipotentes. Essa camuflagem do sentimento de desamparo encontra na forma de submissão ao outro seu outro lado da moeda.

O hiperinvestimento no corpo, entretanto, se efeito desse processo, pode potencializar uma reviravolta. Retomemos Lapoujade (2002) quando afirma que o corpo, constantemente submetido, mostra certa impotência, extraindo uma potência ao libertar-se da forma, do agente que o age.

É dentro dessa perspectiva que consideramos o valor da resistência neste trabalho: como barreira de contato, forma arcaica de estabelecer limites, de defesa contra a penetração da alteridade sobre o próprio.

A resistência, enquanto força que se repete, que insiste, como demonstra Freud (1920) na repetição da criança, intenta operar uma mudança da posição passiva para ativa. Birman (2006) segue esse mesmo pensamento quando propõe que se efetua, na compulsão à repetição, a procura de uma posição ativa, numa tentativa do aparelho psíquico se reestruturar. Tentativa de instalar uma nova posição subjetiva: no recurso ao mesmo, ao si próprio, tenciona produzir uma reexistência, conforme Paniago (2008).

Dessa consideração abre-se para a dimensão interacional da resistência: é no encontro com um outro que se constitui a necessidade de estabelecer uma barreira. Assim, a resistência se apresenta como forma de luta de preservação do mesmo, uma afirmação de si, na intenção de criar uma mudança de posicionamento. Tentativa de participar da transformação de uma situação, segundo Foucault, defesa da preservação do mesmo, necessária para que se dê uma mudança. Trata-se de um combate passivo a qualquer mudança ou transformação subjetiva: preservação do mesmo com a evitação da alteridade e da diferença na provável esperança de que o novo surja, porém de dentro, por brotação.

Retomando o modelo dos manuais de guerra de guerrilha, proposto por Berlinck(1997), como metáfora de lutas subjetivas participantes da constituição psíquica e da vida humana, temos importantes considerações a destacar.

Berlinck: assinala a ameaça de extermínio por insuficiência a ataques como estando na origem da subjetividade. Podemos resumir as qualidades subjetivas que o autor destaca que, diante da ameaça, vulnerabilizam o sujeito como sendo o estabelecimento de posições fixas, pré-determinadas, com restrição da autonomia. Do outro lado, para sobreviver, é necessário o abandono de alguns princípios

comunitários, a favor da liberdade individual e de posicionamentos mais individualistas, deste modo, ativos e criativos.

Essas formulações de Berlinck ecoam de forma significativa na nossa hipótese central, que trata de uma observação clínica de determinado tipo de fracasso terapêutico. Propusemos a hipótese de que esse fracasso se produz pelo fato do sujeito ser capaz de construir, por meio de manifestações do corpo, uma tentativa de sobrevivência ao ataque, externo ou interno, sob a forma de ameaça de dominação. Pudemos compreender que isso se dá diante da impossibilidade de mobilidade do sujeito, ou seja, da redução da sua área de liberdade ou autonomia.

No entanto, Berlinck observa que a autonomia oferece risco pela vivência de perda que implica. Nesse caso, as experiências de perda não adquirem seu valor constitutivo de acessar o desejo, mas, ao contrário, representam uma impossibilidade.

Desse ponto retomamos o tema central deste trabalho, propondo que, em determinados casos nos quais a doença no corpo carrega a incumbência de oferecer-se como campo de resistência, constituiu-se um impasse impossível ao sujeito. Isto quer dizer que, para que as estratégias de resistência cheguem ao corpo, o sujeito não pode, antes, formular nenhum outro modo de manifestação em direção à preservação de si que o aproximasse psiquicamente do risco da perda do outro.

A partir da problemática apresentada neste trabalho, a dimensão ética e política da prática clínica destaca-se como matéria que merece ser analisada. Nosso estudo apenas indicou alguns dos dilemas e dificuldades para enfrentar problemas éticos que outras investigações poderão certamente desenvolver. Entretanto, não poderíamos deixar de lembrar de uma questão apontada por Vilela (2010) e que supomos válida de ser pensada dentro da situação analítica ou de nossa prática clínica, onde quer que ela se realize:

Perante a possibilidade de resistência importa, então, pensar como é possível tornar material um gesto de insubmissão, como definir uma forma de luta que rompa com as estratégias de uma relação de poder que, ao impor-se, se destrói a si mesma enquanto acto violento de dominação. (p. 225)

Desse modo, abrir-se a uma escuta das manifestações que se entende como de resistência a partir da oportunidade de rearranjos de posicionamentos subjetivos e não de estagnação, faz-se vital.

Tendo em consideração o tema aqui proposto, Berlinck nos dá também uma dica: há a necessidade de apropriar-se do próprio corpo, como corpo de brotação, de onde pode emergir algo do si próprio.

Assim, esse trabalho se encerra mantendo viva a questão que o atravessa: de que forma o dispositivo analítico pode favorecer tal apropriação? Esta é uma pergunta presente no cotidiano de quem exerce a clínica, prioritariamente no contexto dos serviços de saúde. Para refletir sobre esta questão, vale lembrar, primeiramente, a própria presença corporal do analista. Esta, em sua materialidade, promove processos significativos que favorecem a conquista, ou transformação, de determinados funcionamentos psíquicos do sujeito. Além disso, ao analista também é solicitado um trabalho sobre as próprias manifestações e sensações, não verbais, que podem se evidenciar na prática clínica. Enquanto pessoas que exercem a prática analítica, a não alienação do próprio corpo pelo analista se torna uma recomendação não desprezível. Incluí-lo, no encontro da experiência clínica, se torna essencial.

Cabe ainda lembrar que a não aceitação sempre apaixonada da palavra dos nossos mestres, mantendo preservada uma área de insubmissão, garantirá a nossa clínica viva, da qual a psicanálise só poderá sair beneficiada.

Resta, enfim, que as reflexões realizadas neste trabalho carregam a expectativa de que, a partir delas, seja possível manter-se a favor da criação de novos modos de vida, se assim o desejar nossos pacientes e analisandos.

5. BIBLIOGRAFIA

AMATI, S. Récupérer la honte. In PUGET, J. **Et coll. Violence d'état et psychanalyse**. Paris: Dunod, 1989.

ASSOUN. P. L.; **Metapsicologia freudiana: uma introdução**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

BARONI, D. P. M.; CUNHA, C. S. da.; Reflexões sobre a resistência na clínica a partir de Michel Foucault. **Psicol. cienc. prof.**. Brasília, v. 28, n. 4, dez 2008 . Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000400003&lng=pt&nrm=iso

BATISTELLA, E.; O corpo, o adoecer e o não(dito). In VOLICH, R.M., FERRAZ, F., RANÑA, W. (orgs.) **Psicossoma IV. Corpo, história, pensamento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

BERLINCK, M.T.; Insuficiência Imunológica Psíquica. **Boletim de Novidades**. São Paulo: Livraria Pulsional, n. 103, novembro 1997.

BION, W. R.; (1959) Ataques ao elo de ligação. In: **Estudos psicanalíticos revisados**. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

BIRMAN, J.; **Arquivos do mal-estar e da resistência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

_____. *Corpos e formas de subjetivação em psicanálise*. Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial, Rio de Janeiro, 2003.

BOÉTIE, E.; **Discurso da servidão voluntária**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1999.

CANAVÊZ, F. e HERZOG, R.; De Freud a Deleuze: os descaminhos da resistência. **Paidéia [online]**. Ribeirão Preto. v. 21, n. 48, p 111-118, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v21n48/a13v21n48.pdf>

CANETTI, E.; **Massa e Poder**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

CARDOSO, M.R.; O superego: em busca de uma nova abordagem. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, III(2), 26-41, junho 2000.

CARDOSO, M.R.; **Superego**. São Paulo: Escuta, 2002.

CARDOSO JR, H. R.; Para que serve uma subjetividade? Foucault, Tempo e corpo. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 18(3), 343-349, 2005.

CYRULNIK, B.; **Autobiografia de um Espantalho: Histórias de Resiliência: o retorno à vida**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

DELEUZE, G. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 2005.

ESPOSITO, R.; **Bios: biopolítica e filosofia**. Lisboa: Edições 70, 2010.

FACIOLI, L.R. Da adaptação psicofísica aos micro-poderes: a modernidade em Gramsci e Foucault. **Revista Urutágua – acadêmica multidisciplinar – DCS/UEM**, nº23, jan./fev./mar./abr. 2011.

FERES, C. M.; **A sombra do objeto: considerações sobre a constituição do eu na psicanálise freudiana**. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília, DF, 2009

FERNANDES, M. H.; **Corpo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

FERRAZ, F.C.; Normopatia, psicose latente e somatização. In VOLICH, R.M.; FERRAZ, F.C; RANÑA, W. (orgs.). **Psicossoma III**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

FIGUEIREDO, L.C.; **Palavras cruzadas entre Freud e Ferenczi**. São Paulo: Escuta, 1999.

_____*Cuidado, Saúde e Cultura*. Disciplina ministrada no Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP, 2011.

FREUD, S.(1950 [1895]). *Projeto para uma psicologia científica*. In **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, v. I. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

_____(1895 [1894]). *Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada ‘neurose de angústia’*. In **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1905). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. In **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1972.

_____ (1893-1895). *Estudos sobre a histeria*. In **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. II. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

_____ (1913). *Totem e tabu*. In **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. XIII. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

_____ (1914a). *Recordar, repetir e elaborar*. In **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

_____ (1914b). *Sobre o narcisismo: uma introdução*. In **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

_____ (1917). *Conferências Introdutórias sobre psicanálise. Conferência XIX: Resistência e Repressão*. In **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1920). *Além do princípio do prazer*. In **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1921). *Psicologia de grupo e análise do ego*. In **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1923). *O Ego e o Id*. In **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1926 [1925]). *Inibições, sintomas e ansiedade*. In **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1930 [1929]). *O mal-estar na civilização*. In **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

_____ (1937). *Análise terminável e interminável*. In **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

FOUCAULT, M.; **Dits et écrits II**, 1976-1988. Paris: Éditions Gallimard, 1994.

_____; **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

GODOI, J.N. & VASCONCELLOS, J.; **Foucault, leitor de Kant ou Esclarecimento e Crítica do Presente**. Disponível em: <http://www.gamaon.com.br/pdf/vol7/judsonjorge-artigo.pdf>

GREEN, A. (1988 a) **Narcisismo de vida, narcisismo de morte**. São Paulo: Editora Escuta, 1988.

_____; (1988 b) Pulsão de morte, narcisismo negativo, função desobjetalizante. In GREEN, A. et al. **A pulsão de morte**. São Paulo: Escuta, 1988.

_____; Compulsão à repetição e o princípio do prazer. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 41, n. 4, dezembro 2007.

KAËS, R. O.; interesse da psicanálise para considerar a realidade psíquica da instituição. In CORREA, O. B. R. (org.), **Vínculos e instituições. Uma escuta psicanalítica**. São Paulo: Escuta, 2002.

LAPOUJADE, D.; O corpo que não agüenta mais. In LINS, D. & GADELHA, S. **Nietzsche e Deleuze: que pode o corpo**. Rio de Janeiro: Remule Dumará, 2002.

LAZZARATO, M. **Del biopoder a la biopolítica**. Disponível em <http://multitudes.net/spip.php?article298>, publicado originariamente em *Multitudes*, 1, março 2000.

LAZZARINI, E. R. e VIANA, T. C.; O corpo em psicanálise. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. [online]. v. 22, n. 2, p. 241-250, mai./ago. 2006, Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722006000200014&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-3772. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722006000200014>

LE BRETON, D.; **Adeus ao corpo: antropologia e sociedade**. Campinas: Papius, 2003.

_____.; **Antropología del cuerpo y modernidad**. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 2008.

McDOUGALL, J.; **Em defesa de uma certa anormalidade: teoria e clínica psicanalítica**. Porto alegre: Artes Médicas, 1991.

MARIN, C.; **Violences de la maladie, violence de la vie**. Paris: Armand Colin, 2009.

MARTY, P. **Les mouvements individuels de vie et de mort**. Paris: Payot, 1976.

MECOZZI, B.; **O perigo de curar-se**. São Paulo: Via Lettera, 2003.

MEZAN, R.; **Freud, pensador da cultura**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

MOREIRA, J. O. Do problema da alteridade no pensamento freudiano: uma construção. **Ágora**, v. VI, n. 2, p. 251-270, jul/dez 2003.

PANIAGO, I. M. L. **A resistência e a constituição psíquica: implicações para a clínica psicanalítica**. Tese.(Doutorado em Psicologia Clínica) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2008.

PELBART, P. P.; **Vida capital: ensaios de biopolítica**. São Paulo: Iluminuras, 2003.

PINHEIRO, C. V. Q. Saberes e práticas médicas e a constituição da identidade pessoal. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 45-58, 2006.

ROZITCHNER, L. **Freud e o problema do poder**. São Paulo: Escuta, 1989.

SANTA CRUZ, M. A.; Desafios da clínica contemporânea: novas formas de “manicomialização”. In: FUKS, L.B. E FERRAZ, F. C. (org.). **O sintoma e suas faces**. São Paulo: Escuta, 2006.

SOTTILE, M. E. G.; Algunas reflexiones sobre el emplazamiento actual del cuerpo en las ciencias sociales y humanas. **Revista Digital**. Buenos Aires. ano 12, n. 109, jun. 2007. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>

SOUZA, P. **Resistir**, a que será que se resiste? O sujeito feito fora de si. **Linguagem em (Dis)curso**. Tubarão. v.3, n. especial. p. 37-54, 2003. Disponível em <http://www3.unisul.br/paginas/ensino/pos/linguagem/0303/5/20art/203/20P.pdf>

TESSLER, E. Claviculário: palavra-chave e outros segredos. In FONSECA, T.M.G.; ENGELMAN, S. (orgs.) **Corpo, arte e clínica**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

ULLOA, F.; O estrangeiro na produção da subjetividade. In Koltai, C. (org.). **O estrangeiro**. São Paulo: Escuta: FAPESP, 1998.

VILELA, E.; **Silêncios Tangíveis. Corpo, resistência e testemunho nos espaços contemporâneos de abandono**. Porto: Edições Afrontamento, 2010.

VOLICH, R. M.; Morrer de amor: Os ideais e as desorganizações psicossomáticas. In VOLICH, R.M.; FERRAZ, F.C.; RANÑA, W.(orgs.). **Psicossoma IV. Corpo, história, pensamento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

_____; **Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

WINNICOTT, D.W. (1950-5) A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional. In: **Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000.

ZALTZMAN, N.; **A pulsão anarquista**. São Paulo: Escuta, 1993.