

A paixão da causalidade: uma fala em causa?*, 1

Roland Gori

Este artigo coloca a questão de saber de onde provém a necessidade de se buscarem causas psicológicas para o sofrimento e para a doença, transformando o pathos dessas experiências cruciais na busca de uma explicação aceitável pela razão. Partindo de fragmentos clínicos e da análise do texto de Tausk sobre “a gênese do aparelho de influenciar” na esquizofrenia, o trabalho visa explicitar a especificidade da posição psicanalítica em relação às proposições psicológicas (por vezes influenciadas pela própria psicanálise), de caráter explicativo e “compreensivo”, face a esta questão.

Propõe-se que “a tendência causalista em psicanálise constitui uma resistência ao próprio método psicanalítico” e que é exigido do psicanalista um trabalho particular de luto consistindo na renúncia à pretensão aos sentidos estabelecidos de uma vez por todas em benefício de se admitir, a partir do contexto da situação psicanalítica, que podemos “sofrer sem razão” e que nosso pensamento se forma “do encontro de nosso desejo com alguns fragmentos, retos de palavras e de fonemas”.

Conclui-se que a necessidade de se encontrar causas psicológicas para o sofrimento decorre da própria experiência originária de aquisição da linguagem, tempo mítico durante o qual um único aparelho de linguagem funcionou para dois corpos, fundador da relação desnaturada do ser humano com seu próprio corpo, para a qual o eu busca – desesperadamente – uma explicação definitiva.

* Tradução de Monica Seincman.

1. Este trabalho é extraído de um capítulo de meu livro *A prova pela fala. Sobre a causalidade em psicanálise* (PUF, 1996) e de um artigo publicado em 1993 em *Cliniques Méditerranéennes*.

A saúde, sendo o estado normal do homem, não se explica e não pede para ser explicada. Mas todo ser que sofre procura descobrir o sentido de seu sofrimento. A doença se apossaria de nós sem causa? Nosso corpo seria incendiado pela febre, sem erro de nossa parte, os ferros candentes da dor perscrutariam nossas entranhas sem objetivo e razão? Jamais a humanidade ousou levar a cabo esta idéia assustadora do absurdo total do sofrimento, coisa que bastaria para destruir a ordem moral do universo. A doença sempre lhe parece enviada por alguém, e o ser inconcebível que a envia deve ter suas razões para fazê-la penetrar justamente neste ou naquele corpo. Alguém deve querer mal ao homem que ela atinge, estar irritado com ele, odiá-lo. Alguém quer puni-lo por um erro, por uma infração, por um mandamento transgredido. E este alguém só pode ser aquele que tudo pode, aquele que faz soar o trovão, que derrama o frio e o calor, que ilumina ou vela as estrelas, ELE, o Todo-Poderoso: Deus. É por isso, desde o início, que o fenômeno da doença está indissoluvelmente ligado ao sentimento religioso.

S. Zweig

O analisante motiva sua demanda de análise pelo fato de não mais poder suportar o olhar dos outros sobre sua psoríase. Esta teria aparecido após sua primeira experiência homossexual. Desde então, ele tem uma prática homossexual essencialmente passiva.

O que não o impede de ser “ativo” em outros domínios de sua vida. Em seu relato, o ato está em primeiro plano. Ele já fez dois períodos de análise, interrompidos brutalmente. Primeiramente com uma mulher, em seguida com um homem. O que, de uma certa forma, reproduz o traçado de sua vida amorosa, seu primeiro namorado era ligado a uma mulher de seu círculo próximo. Foi ainda uma mulher que lhe deu o nome de seu atual analista. Quando sua psoríase regride sob o efeito dos medicamentos, ele esquece, então, de tomá-los a partir dos primeiros efeitos terapêuticos.

No relato de sua vida, o agir está em primeiro plano. Desde o princípio desta análise, ele adverte o analista da impossibilidade em que se encontra de suportar por muito tempo uma regra ou uma convenção. Ele chega, aliás, freqüentemente atrasado às sessões, esquece os encontros e mantém com o tempo e o dinheiro uma relação adulterada. Sua conta bancária é logo bloqueada e ele se acha em uma ciranda financeira. A instabilidade se manifesta em todos os domínios de sua vida. Enfim, ele consome drogas pesadas e se expõe aos perigos de múltiplas maneiras.

O analisante fala com facilidade do laço entre sua homossexualidade e sua doença de pele, mas, na verdade, ele nada diz sobre isto. Pelo menos no início de sua análise, este laço não se revela em um trabalho das formações do inconsciente: sonho, sintoma, lembrança-encobridora ou trabalho da língua. O que não o impede, aliás, de se ocupar seriamente com sua saúde, de cuidar de um estado físico muito alterado e de tomar mais firmemente nas mãos a conduta de seus negócios.

Seria sempre possível, em uma *leitura* médico-psicológica, considerar que a somatização deste analisante se alternaria com as passagens ao ato, cujo paradigma seria a toxicomania. Confundindo parentesco temático e inferência causal, poderíamos, na *leitura* de seu discurso, pressupor que os atos substituiriam aqui uma fala impedida.

Então, com uma preocupação nosográfica evidente, dispondo de uma neotipologia, poderíamos imputar a este paciente uma estrutura deficitária, ainda mais que seus sonhos e suas raras lembranças são muito factuais, grosseiras, que os objetos e os investimentos pulsionais evocados são dificilmente ocultados, e que a relação com a fala se revela tão perturbada quanto a relação com o analista. Os acontecimentos da vida presente têm algumas dificuldades em adquirir, na análise, o estatuto psíquico de restos diurnos. Esta carência na produção de pensamentos de transferência torna o trabalho difícil. Esta carência pode, aliás, fornecer a ocasião de *ilustrar* o modelo deficitário, caro aos psicossomatistas, sem, no entanto, chegar a demonstrar uma causalidade psíquica qualquer na emergência do sintoma. A menos que, em uma resposta contratransferencial, o analista se esforce para cobrir este paciente com o veredito pejorativo de estado-

limite, projetando, assim, sobre as particularidades do paciente, os limites de um método. Pois, na verdade, o relato dos acontecimentos da vida deste paciente poderia *ser lido*, mas não, propriamente falando, *ser dito* na análise. Para que este relato possa ser dito, seria necessário inscrevê-lo, por uma fala determinada transferencialmente, no espaço analítico. Ora, o modelo deficitário da psicossomática, ao supor uma doença do pré-consciente, repudia a virtualidade mesma de uma transferência freudianamente constituída. Ele se satisfaz com um comentário médico-psicológico do “caso”, completamente isomorfo para a suposta estrutura do discurso do analisante. O postulado de um pensamento operatório, em uma nova versão de “vida operatória”, procede de uma *leitura operatória* contratransferencial dos efeitos do discurso destes pacientes sobre a escuta do analista. De uma maneira geral, a noção de psicossomática como modo de investigação, como campo, como fato ou estrutura, desconhece a situação de interlocução de que a análise procede. Quanto à questão de se pretender uma causalidade qualquer, o psicossomatista correria o risco de ter de desconsiderar, desde então, que o materialismo triunfante da biologia molecular teria fornecido, pela difusão das mídias, a promoção ideológica da descoberta de um gene da psoríase.

A história analítica do paciente, na verdade, apenas começaria a partir do momento em que o analisante encontrasse, nos significantes e na transferência, os pontos de união e de refração de seus fantasmas inconscientes. Neste momento, e somente aí, os atos falados, até então descritos de maneira médico-psicológica, emergiriam como um dizer que constituiria acontecimento analítico.

Sem, para tanto, poder pretender uma extrapolação causal qualquer, o acontecimento analítico se faz escutar no tratamento deste analisante pelo relato de um pesadelo aterrorizante, organizado, entre outros, por uma transformação e inclusão do nome de seu analista, na colocação em cena de dois sonhos. Em um, o olhar do analista se encontra em lugar do instrumento com o qual o analisante se droga e, no outro, o mesmo instrumento está depositado em uma cena de amortalhamento do primeiro objeto de amor. O trabalho de análise é levado adiante por uma dívida e uma ausência. O analisante volta à sessão algum tempo depois e, após um longo silêncio, traz uma lembrança de infância. Muito angustiado, ele faz o relato desta lembrança, que teria aparecido pela primeira vez em uma sessão com seu analista anterior, ao qual não pôde falar sobre isto. Nesta lembrança da primeira infância, manifesta-se o desejo de enganar o pai. O desejo de iludir e trapacear o pai, colocado em cena na lembrança e em seu relato, não assume seu verdadeiro valor senão no espaço analítico em que emerge. O paciente não manterá a palavra, ele não pagará sua dívida e terá, com seu analista, a experiência do valor falacioso e arbitrário da linguagem construída no relato da lembrança. Mas é, então, uma outra história, cuja seqüência pertence apenas ao analisante.

Por enquanto, gostaria somente de observar que, ao evitar uma *leitura imediata do sintoma*, devemos esperar sua inserção no campo da situação analítica onde ele encontra suas coordenadas na transferência para revelar seu determinismo inconsciente.

A analisante se queixa incansavelmente da monotonia de sua vida. Ela transforma cruelmente em ridículo tudo o que lhe acontece. Suas sessões de análise atualizam indefinidamente esta queixa. Seu corpo é um corpo de sofrimento, um doer-se, consagrado a todas as terapêuticas, mais desesperadas ainda quando acompanhadas de uma convicção íntima de inutilidade. A analisante consome médicos e medicamentos e produz, assim, em seu analista, o sentimento de inutilidade e fracasso. Há vários meses, ela se queixa de verrugas no pé, às quais inflige todos os tipos de tratamentos. A neve carbônica dos dermatologistas a livra apenas provisoriamente de suas verrugas. Durante uma sessão, ela conta, uma vez mais, a história de suas verrugas recidivantes. E a sessão continua com o enunciado fastidioso de todas as suas insatisfações vitais. Após ter desfilado o rosário de suas queixas, ela pontua com este comentário: “nada vai em frente na minha vida”. Este é o momento escolhido pelo analista para lhe perguntar: “Você sabe como chamam as verrugas de que você se queixa?”. Surpresa e irritada, ela enuncia a palavra: “plantar”. Esta palavra, aliás, não deixa de evocar, para a analisante, os comentários sobre o estado das plantas do consultório de seu analista. A partir deste momento e durante todo os anos da análise, o analista não mais ouvirá falar das verrugas plantares de sua analisante.

Não creio, no entanto, que possamos estabelecer uma causalidade psíquica qualquer do sintoma de que se queixa esta analisante. O analista não deve se confundir com estas questões, salvo se quiser se arriscar a navegar nas águas turvas da epidemiologia ou naquelas por demais transparentes da causalidade linear. Seu campo permanece, inevitavelmente, o da linguagem e da fala. A palavra, aqui, não se confunde com a coisa somática, ela é apenas o operador da transmutação de um acontecimento atual em restos diurnos pelo jogo do significante.

Como desenvolvi em várias ocasiões com Marie-José Del Volgo (Gori, R., Del Volgo, M.-J., 1991; Del Volgo, M.-J., 1993; Gori, R., Del Volgo, M.-J., 1994), as teorias psicanalíticas e psicossomáticas que tentam explicar e conceituar a emergência de um acontecimento corporal, às vezes médico-biologicamente construído, por uma causalidade psíquica à luz das noções psicanalíticas dadas pelo dispositivo do tratamento, repousam fundamentalmente sobre a homonímia e a anfibologia. Elas se inscrevem, então, no campo da retórica e da persuasão, ainda mais que elas não dependem do conhecimento psicanalítico propriamente dito. Tais teorias desconhecem as exigências epistemológicas da verificação, do caráter indivisível dos conceitos, do dispositivo e dos fenômenos, originando-se

de uma confusão entre vários níveis de “verdades hierarquizadas segundo os níveis de linguagem”, e seus paradoxos “nascerão, justamente, da confusão de duas ordens diferentes de verdade” (Granger, G. G., 1992, p. 79). Por exemplo, tal confusão opera a homonímia entre um fenômeno dado pelo dispositivo médico-biológico (sintoma ou doença) e um fenômeno falado, um discurso produzido pelo dispositivo do tratamento. Esta confusão dos objetos virtuais e dos fenômenos empíricos desconhece o caráter fundamentalmente simbólico do “pensamento formal” do conhecimento científico (cf. G. G. Granger, 1967; 1979; 1992). Sua pretensão de explicar a *causalidade* de um fenômeno dado pelo conhecimento intuitivo imediato ou por um outro sistema simbólico se confirma na proporção da imprecisão e da incerteza de sua heurística. No domínio das ciências humanas e sociais, como no da psicanálise, tais teorizações produzem ideologias que a ciência instituída não tem muita dificuldade de refutar. Suas práticas, fundadas sobre uma lógica indutiva, apenas têm autoridade para aqueles que aderem à mesma crença. Na melhor das hipóteses, tais teorizações produzem o que Granger nomeia “prototeorias”:

Em certos modelos [...], a limitação do domínio visado é muito aparente e decisiva. De forma que uma tal “prototeoria” admite, em geral, termos exógenos importantes considerados como aleatórios, de natureza muito heteroclística, mas que o isolamento postulado do domínio descrito autoriza a ignorar. Uma “prototeoria” não visa, portanto, explicar, no sentido especificado acima, mas sim, com bastante frequência, servir de guia razoável a uma ação técnica delimitada. (Granger, G. G., 1992, p. 258)

Assim, tais teorizações tentam correlacionar fragmentos isolados da empíria, regularidades locais circunscritas pelos *hábitos práticos*, com conceitos extraídos de uma doutrina indivisível do dispositivo heurístico que os criou. A aparelhagem matemática não serve para nada, a quantificação, aqui, depende, antes, do dissimulador de misérias da fraqueza epistemológica. O comportamento do consumidor, as condutas aditivas, uma doença orgânica ou considerada psicossomática, o comportamento dos eleitores, permanecem noções estreitamente subordinadas aos objetos *atuais* descritos pelo pragmáticos, e apenas abusivamente são confundidos com os fatos *virtuais* da teoria que um dispositivo rigoroso atualiza em condições precisas. Ora, é

... evidentemente nas disciplinas menos avançadas, em que a teoria está consideravelmente mais distanciada de uma representação adequada e detalhada dos fatos atuais por um sistema de fatos virtuais, que o recurso à idéia de causa na previsão é o mais constante, e também o menos seguro. Igualmente, o insucesso ou o sucesso medíocre da previsão nestas ciências não deve ser interpretado, sem exame, como invalidação pura e simples da *teoria*. Ele pode depender, essencialmente, de uma falta não dirimente que seria a sua

incapacidade – talvez provisória – de constituir uma rede de fatos virtuais suficientemente fina e fechada, aquela que ela propõe como estando correta a grosso modo, apesar de muito lassa para se aproximar de uma descrição eficaz da atualização dos fatos. (Granger, G. G., 1992, p. 287)

As teorias causalistas da doença procedem unicamente de uma necessidade imperiosa de causalidade tão viva na derivação ideológica da psicanálise quanto no seio do conhecimento comum, quando cada um tenta desesperadamente dar um sentido ao que lhe acontece. Nietzsche escrevia: “... quem não sabe pôr sua vontade nas coisas, nelas ao menos coloca um sentido: isto resulta em crer que uma vontade já nela se encontra” (Nietzsche, F., 1888, p. 15). Mas especifiquemos desde já: se as teorias explicativas dos sintomas corporais se confirmam incertas em sua legitimidade epistemológica, isto não invalida, no entanto, a ação do analista neste campo, à condição que, reduzindo a homonímia dos fenômenos, ele os compreenda em seu valor de fala correlata às suas condições de emergência na situação do tratamento.

Causa e acusação, uma mesma etimologia

Em um livro recente, Robert Dantzer gostaria de remeter a psicanálise e a psicossomática aos primórdios do conhecimento, afirmando que a psicanálise estaria para a psicologia como a astrologia para a astronomia. Faz-se, então, o arauto do “materialismo triunfante da biologia molecular face às alusões confusas da psicossomática” (Dantzer, R. 1992, p. 14), e isto coloca uma excelente questão para a qual, no entanto, seu trabalho não me parece trazer uma resposta satisfatória: “por que, face a seus problemas de saúde, certos indivíduos experimentam a necessidade de apelar para explicações de ordem psíquica?” (Ibid., p. 15)

Quanto a mim, tentarei responder esta questão, tomando o caminho oferecido pelo paradigma da psicose. Refiro-me ao artigo de Tausk (1919), “Da gênese do ‘aparelho de influenciar’ durante a esquizofrenia”. Neste excepcional trabalho, Tausk tenta explicar psicanaliticamente “a origem e o objetivo psíquico deste instrumento construído pelo delírio” (Tausk, V., 1919, p. 12). O aparelho em questão, atribuído aos perseguidores, produz efeitos que regem a vida psíquica e corporal do esquizofrênico: a máquina apresenta imagens, produz e oculta pensamentos e sentimentos, age sobre o corpo ao fabricar sensações, ereções, poluções e se acha responsável por várias afecções somáticas, como erupções cutâneas, furúnculos e outros processos mórbidos.

Como vemos, trata-se de uma construção que permite ao paciente localizar e determinar o sentido e a causa disto que acontece com ele. É um modelo paradigmático de todas as construções psicologizantes dos sintomas. Esta não é

uma forma de dizer que a psicossomática é delírio, mas apenas aproximá-la desta psicologia cotidiana que nos leva a atribuir uma causa e um sentido psicológico aos nossos acontecimentos, a acusá-los. Causa e acusação têm uma mesma etimologia. (Cf. também B. Jacobi, 1993.)

Esta necessidade de causalidade encontra, como se sabe, outras formas de realização: por exemplo, na crença do obsessivo de que qualquer acontecimento tem um sentido, o que é sua forma de duvidar de tudo, dando no mesmo que acreditar em tudo, ou seja, no final das contas, em nada. Um passo a mais é dado pelo paranóico, para quem qualquer acontecimento tem por causa e missão persegui-lo, elevando-o, assim, à figura invertida de um eleito da ordem divina. Os estigmas dos místicos materializam, a seu modo, esta fé no Outro, diferentemente da construção paranóica ou daquela da máquina de influenciar. Assim, de qualquer forma, o corpo constitui de maneira privilegiada este “sofrer” que garante a existência de uma ordem divina das coisas, como apoio essencial para nos convencer de uma realidade sensata e coerente, apesar de amplamente recusada pela ciência contemporânea.

Por enquanto, contentar-me-ei em evocar duas figuras discursivas freqüentemente encontradas na prática.

A primeira é aquela de pacientes considerados obsessivos, dando um sentido a tudo o que lhes acontece, com a finalidade de tornar insensata a interpretação psicanalítica possível de advir. Eles desafiam, assim, o analista em seu próprio terreno, com um excesso de zelo interpretativo, freqüentemente acompanhado por esta falta de zelo associativo descrita por Abraham (1919). Este determinismo mágico revela, em mais de uma ocasião, *o que a atribuição de um sentido pela leitura direta do sintoma somático deve ao animismo corporal*. Tudo aconteceria como se o corpo se encontrasse animado pelos demônios e espíritos que o paciente culto de hoje em dia não deixaria de chamar “desejo”, “complexo de Édipo”, “fantasma de castração”, praticando, em suma, tanto os acontecimentos que o convocam quanto sua análise, um exorcismo protetor. A leitura direta do sintoma constitui o rito e a técnica desta magia. Convém, às vezes, nestes casos, intervir de uma maneira disruptiva, remetendo o paciente para o lado biológico – o que nem sempre é de seu agrado – ou marcar uma surpresa para romper esta cumplicidade que nosso silêncio poderia deixar supor. Tal intervenção visa menos debater com o analisante opiniões de cada um sobre a causa do acontecimento do que, na e por uma fala, dessolidarizar-se com a “teoria” que, assim, nos seria oferecida para partilhar.

A segunda figura discursiva refere-se a estes analisantes que ligam, não sem pertinência, certos de seus sintomas somáticos às particularidades de sua história. Assim, este analisante que falaria de sua asma, relacionando-a a uma mãe que, na infância, o teria impedido de respirar. Além da explicação psicológica,

ele traria exemplos e lembranças, que ao serem faladas, não seriam, no entanto, ditas. Aí ainda, de certa maneira, a construção ideológica prevaleceria sobre a interpretação por uma leitura direta da coincidência dos sintomas e lembranças. Faltaria o essencial, a validação por e na transferência desta “teoria” dinâmica. E nós não partilharíamos, neste momento, a surpresa irônica deste analisante que diria a seu analista não compreender que sua consciência das coisas não as modificava. O analista poderia, então, dizer-lhe o que normalmente guarda para si: “a explicação talvez seja pertinente, ela pode ser lida, sem dúvida, nos relatos trazidos, mas apenas o trabalho propriamente dito da análise poderia demonstrá-la.” Mas freqüentemente o analista não diz nada, pois ainda nada há a dizer que pudesse ser tornar objeto da análise. Dizer algo sobre uma causalidade seria reatar com a etimologia religiosa da palavra, seria tomar partido, deixar-se levar para o terreno da crença ou da opinião. Seria tomar o lugar de Deus e da Ciência, ocupar este lugar vazio que preside a organização dos destinos, e que a psicanálise não ocupa senão quando recusa sua especificidade em proveito de uma concepção do mundo. O terreno da análise permanece aquele da fala pelos decretos de aplicação que ela institui entre a rememoração faltante e o sintoma bem-sucedido.

Retomemos o comentário do trabalho de Tausk.

Alienando sua experiência corporal assim como seus atos ou seus pensamentos em um aparelho de influenciar, os doentes se tornam estrangeiros a si mesmos. E “tudo o que acontece com o aparelho se passa efetivamente ao nível do [...] próprio corpo” (Tausk, V., 1919, p. 188), pois acrescenta Tausk, este aparelho “representa, no sentido físico do termo, uma verdadeira *projeção*, o corpo do doente projetado no mundo exterior” (Tausk, V., 1919, p. 190). A existência desta “paranóia somática” sempre precede a construção delirante de um aparelho de influenciar. Aliás, Tausk observa que o corpo próprio se acha, originalmente, considerado como um mundo externo que, por seu automatismo e maquinismo, escaparia à vontade da criança, que atribui, então, os efeitos de que é objeto a uma vontade outra que não a sua. A formação delirante constituiria a reminiscência desta experiência sob um modo alucinatório. A máquina de influenciar nos permite compreender que ao comparar o interior de nosso corpo, e o corpo em sua totalidade, a uma máquina misteriosa, participamos apenas metaforicamente da verdade que a psicose testemunha em uma *execução literal e sensível*: nosso corpo nos parece estranho, exterior, regido pelo Outro. A diferença entre a metáfora neurótica, a loucura atual da hipocondria ou o delírio da máquina de influenciar do esquizofrênico, provém da maneira como este Outro se encontra constituído pelo sujeito. Mas, de qualquer forma, devemos admitir a necessidade interna de uma construção psíquica do corpo, de suas conseqüências causalistas estreitamente dependentes desta experiência infantil, testemunhada pelo vivido alucinatório e delirante da psicose: “fazem comigo aquilo que se passa

em meu corpo” e com o processo de subjetivação neurótica, isto se torna: “faço comigo aquilo que se passa em meu corpo”².

Detenhamo-nos um instante sobre a descrição clínica de Tausk que constata: “No início, o doente não se dá nenhuma explicação de como a máquina é construída; ele apenas elabora, pouco a pouco, a idéia que faz dela” (V. Tausk, 1919, p. 185), integrando, neste momento, os progressos das ciências e técnicas como são difundidas. Como opera esta construção da “máquina de influenciar”?

Logicamente, não é pelo relato que o paciente dela faz. A “máquina” é por ele construída no exato momento em que ele fala sobre ela. A linguagem se afigura aqui idêntica à “máquina de influenciar”. Esta experiência constitui, aliás, a reminiscência alucinatória da origem da linguagem, considerada pela criança como uma imensa “máquina de influenciar”. (Gori, R., 1977)

É isto, aliás, que Freud observa por ocasião da discussão do trabalho de Tausk na Sociedade Psicanalítica de Viena, sublinhando que a crença da criança de que fazem nela pensamentos

... tem origem, particularmente no aprendizado da fala. Pois a criança, com a linguagem, recebe os pensamentos dos outros, e sua crença de que os outros conhecem seus pensamentos aparece fundada nos fatos, assim como o sentimento de que os outros nela “fizeram” a fala e com esta os pensamentos. (Freud, S., citado por Tausk, V., 1919, p. 195)

A não ser que se caia em uma ilusão realista, a construção da “máquina de influenciar” é idêntica à linguagem que a enuncia e com a qual se confunde, revelando na passagem as identificações projetivas recíprocas da experiência corporal e dos fatos de linguagem. Na verdade, se “a máquina, no sonho, é apenas uma representação de órgão genital, elevada à primazia, isto de forma alguma contradiz a possibilidade de que esta máquina, ao longo da esquizofrenia, seja uma representação do corpo em sua totalidade como um órgão genital”, pois “na linguagem tirada da base da representação e de palavras que datam do estágio genital, a imagem nada mais significa que: eu sou todo sexualidade. Mas o teor do texto é: eu sou todo órgão genital” (Tausk, V., 1919, p. 216). A psicose realiza, aqui, a execução literal de um discurso. Esta necessidade interna a qualquer subjetividade de criar na e pela linguagem um lugar e uma causa para a “paranóia somática” opera de modo diferencial, mas constante em toda a teoria que tenta explicar fenômenos corporais. A construção delirante da “máquina de influenciar” e a experiência originária, de que é testemunha, constituem analogicamente, e talvez estruturalmente, o paradigma das teorias e das construções, atribuindo uma

2. “Journal intime” de Nino Moretti coloca em cena este tipo de fantasma que valida a “ciência” médica moderna quando ela remete o paciente à dimensão “psicológica” de sua doença.

etiologia psíquica aos processos somáticos ou considerados psicossomáticos. É evidente que estas teorias detêm um “cerne de verdade”, mas a quem ele pertence? Ao paciente, ao analista ou à situação psicanalítica?

Concluindo, pelo menos provisoriamente, à questão de saber de onde provém a necessidade de buscar causas psicológicas no sofrimento e na doença, podemos responder que esta necessidade é consubstancial à experiência originária de aquisição da linguagem. Também esta necessidade é inerente ao estatuto mesmo do ser falante, à sua história infantil e mítica, durante a qual, por um tempo apenas, um único aparelho de linguagem funcionou para dois corpos. Aproveitando aqui os trabalhos de Piera Aulagnier (1970), enunciarei que é a “sombra falada” da mãe que se coloca sobre o corpo da criança. E, assim sendo, o paradigma psicótico da “gênese do aparelho de influenciar” vem falar desta experiência originária. Ele constitui sua reminiscência alucinatória. A existência de uma paranóia somática, anterior ao relato do aparelho de influenciar, testemunha, de modo exemplar, a *relação desnaturada do humano com seu próprio corpo*. A estrutura necessariamente paranóica da experiência somática provém de seu paradigma infantil: inicialmente há apenas *um único aparelho de linguagem para dois corpos*, e, por este fato originário, a experiência somática se encontra, para sempre, marcada e lastreada para a significação, afetada pelo significante e, mais geralmente, submetida aos processos de semiotização.

Nas ciências “obtusas”, a pretensão de causalidade foi abandonada em proveito de uma operacionalização metodológica preocupada em explicar apenas fenômenos criados artificialmente pela experiência rigorosamente circunscrita por um protocolo de laboratório. A confusão dos fenômenos experimentais e dos fenômenos “naturais” (experiências comuns imediatas) apenas aparece na vulgarização científica, com o risco de cientismo, quando o perito se coloca em uma retórica de influência para aumentar seu poder político e social e obter pela divulgação das mídias um crédito mais estabelecido sobre a crença do que sobre a demonstração. É uma derivação ideológica atual incontestável que tende a instalar a ciência em lugar da religião (Gori, 1996). Esta estratégia retórica explora esta necessidade imanente da causalidade no homem que Freud analisa em “Moisés e o monoteísmo” como “uma nostalgia do pai”, Outro originário, protetor do sentido e da causa daquilo que advém, Deus que sustenta as estrelas e que orienta os destinos singulares. Esta necessidade de um Outro avalista do sentido e da causa infiltra a elaboração teórica no próprio seio da psicanálise. A tendência causalista em psicanálise constitui uma *resistência ao próprio método psicanalítico*, único em posição de reconhecer na transferência sua função de operador e de doador da experiência. Renunciar em psicanálise à pretensão de explicar a causalidade dos acontecimentos da vida do analisante em benefício do determinismo transferencial que eles tomam a partir de seu repatriamento na

situação analítica, supõe por parte do psicanalista um trabalho de luto, de elaboração contratransferencial, uma *travessia* da perda do sentido cuja prova mobiliza a angústia da loucura e a destituição trágica da experiência subjetiva. Desde então, o retorno ao causalismo na teoria, assim como na própria prática psicanalítica, e no percurso de Freud, participa deste apelo ao Outro paterno para garantir o sentido e os fundamentos individuais, elevando a operação simbólica à dignidade de uma causa real. O fracasso desta operação intersubjetiva mobiliza o ódio promovido a sustentáculo da melancolia. É neste ponto mesmo que se desnuda o masoquismo originário como tentativa desesperada e inicial de manter a figura de um Outro sádico, dando a qualquer sofrimento o sentido e o valor de um sacrifício avalista do narcisismo. A coisa mais terrível consiste em admitir que possamos sofrer sem razão e que nosso pensamento se forme a partir do encontro de nosso desejo com alguns fragmentos, restos, de palavras e fonemas. A análise com fim supõe a travessia desta perda, a destituição deste Outro como ser da causa, para admitir plenamente o que devemos às palavras que fabricam nossos sonhos, mitos e movimentos: “As palavras que vão surgir sabem sobre nós o que nós delas ignoramos”. (René Char)

O caráter anfibológico da psicossomática?

As descrições clínicas, em seu conjunto, relatadas pelos psicanalistas (Caïn, J., 1990; Dejours, Ch., 1987; McDougall, J., 1992; Marty, P., 1991; Sami-Ali, 1969; 1982) psicossomatistas atestam uma validade indutiva, empírica, incontestável, verificando os postulados fundamentais da doutrina psicanalítica. Em contrapartida, sua validade interna se confirma teoricamente insuficiente, enquanto estas noções deficitárias, às quais não deixam de se referir, revelam-se contraditórias em relação à heurística que as deve validar: ou seja, a transferência e a estrutura associativa do discurso. Mas a demonstração se mostra impossível a partir do próprio princípio de que não há análise que não seja da transferência. Em outras palavras, para que um fenômeno somático ou psicossomático apareça na análise – a menos que se submeta o paciente a um exame médico – é preciso, no mínimo, que este fenômeno seja falado. O fato de ele ser falado não quer dizer que *ele seja dito*. Para que seja dito, supõe-se que ele encontre no sonho, nas lembranças deformadas da infância, nas experiências da transferência ou qualquer outra formação do inconsciente, seu determinismo inconsciente, ou seja, seu valor e função na situação de interlocução do tratamento. No momento em que ele se insere nos *pensamentos de transferência* (Gori, R., 1996), ele se torna interpretável e pode *demonstrar* seu determinismo inconsciente. O que suporia que as formações intermediárias, cujo déficit é pressuposto como sua própria causa, o ser mesmo de seu fenômeno, possam, então, aparecer na análise e se

manifestar no discurso. *Paradoxalmente, o fenômeno psicossomático ou somático poderia, do ponto de vista da demonstração freudiana ser apreendido como tal, apenas no momento em que cessasse de sê-lo, para se tornar uma "fala falante"*.

Neste sentido, poder-se-ia dizer que, por sua função de testemunho, as descrições clínicas relativas à psicose podem ser lidas pelo analista como uma verificação indireta de sua teoria. Freud não procedeu diferentemente com seu *Schreber*. Da mesma maneira, as descrições clínicas ilustram o lugar e o valor econômicos de certos fenômenos psicossomáticos ou somáticos aparecidos em um tratamento ou em uma consulta. Os testemunhos autobiográficos podem igualmente ser *lidos* pelo analista como uma *ilustração* de sua teoria, mas não como um produto de seu método.

Pois, ou temos que nos haver com fenômenos que se dão como fatos psíquicos analisáveis, ou seja, desenvolvidos no eixo da transferência e determinados por seu contexto associativo, interpretados e interpretáveis, e não apenas construídos e pressupostos –, mas, neste caso, eles em nada se diferenciam dos outros acontecimentos engendrados pela análise. Ou, então, eles permanecem opacos, inexpugnáveis a esta, fora do campo da "fala plena", não podendo se reduzir unicamente aos fatos psíquicos. Neste caso, mantemos, então, os meios de demonstrar aquilo que sua observação ilustra da teoria, graças às construções do analista.

Ora, o "fato psicossomático" escapa a toda demonstração freudiana, a partir do momento em que ele propõe um modelo *heterológico* a esta, pressupondo uma causalidade qualquer dos processos de somatização. A aporia causalista é ainda mais arriscada no que se refere à histeria, exemplar, se assim fosse, de um comércio com a transferência e com a análise, Freud nunca perdeu a chance de lembrar a existência de um fator orgânico, constitucional que permanece a própria cifra deste misterioso salto do psíquico no orgânico.

A epidemiologia moderna, no que lhe diz respeito, renunciou prudentemente a esta pretensão de causalidade, reduzindo sua meta ao objetivo pragmático de estabelecer os fatores de risco probabilístico da doença.

Admitir a existência de um "fato somático" distinto do fato psíquico único supõe que ofereçamos os meios de construir e demonstrar sua existência. Ou seja, que seja inventado um método que exuma *testemunhos confiáveis* (Stengers, I., 1992), e que o "fato somático" em questão não seja confundido com as palavras do médico, do paciente ou do analista, designando-o ao longo de um tratamento como tal. O conceito não pode ser aqui confundido com a coisa que constrói ou com a palavra do vocabulário corrente, ou mesmo médico, que o designa. Ora, o conceito, enquanto significante, se confirma sempre portador desta anfibologia pela qual as teorias, mesmo as mais rigorosas, derivam em crenças ou opiniões a partir do momento em que se deixam iludir com a homonímia.

A interpretação de um “fato psicossomático” – a partir do momento em que se impute sua causa a uma carência de mentalização, carência “fisiológica” escreve Claude Jasmin (1992), ou de uma disfunção do pré-consciente – resulta em psicanálise de uma *extrapolação*.

Na maior parte do tempo, é esta impressão que se tem ao ler os traçados clínicos das análises de pacientes considerados psicossomáticos. Este é o caso de um artigo recente de Joyce MacDougall. Neste artigo, a construção da analista relança as lembranças e as associações do paciente. Inegável. À condição, no entanto, de se querer admitir que quando o paciente e a analista falam da asma e da urticária, trata-se menos de um fenômeno somático ou psicossomático, mas sim de associações verbais que se apresentam como tais na análise. Ao desconhecer esta distinção, confundimos não apenas a noção discutível, a meu ver, de “fato psicossomático”, mas ainda carrega-se a análise para fora do campo da fala e da linguagem em que ela se exerce, derivando em direção a uma causalidade duvidosa atestada por frases como: “A representação da cena primitiva regressará ao seu nível mais arcaico, mais mítico. A partir daí, a evacuação da experiência afetiva própria a uma saída psicossomática é um dos riscos incorridos. Em outras palavras, a cena primitiva corre o risco de se inscrever na imagem do corpo ou ainda no funcionamento do soma.” (McDougall, J., 1992, p. 147)

Como tentei mostrar em outra oportunidade (Gori, R., 1996, 1997), as construções psicanalíticas – as teorias fazem parte dela –, procedem de uma dinâmica transferencial-contratransferencial cuja interpretação da verdade do analista que ela encerra faz parte da “análise que prossegue além do tempo das sessões” (Stein, C., 1971). O que pressupõe, no mínimo, que ele possa reconhecer em suas teorizações o alcance verdadeiro de seu ato de fala. O que supõe, por outro lado, que ele se abstenha de negar o do paciente. A partir daí, o psicanalista, longe de um paradigma indiciário que o conduziria a uma “characterologia” em que figuraria em bom lugar o paciente psicossomático, deveria reconhecer o que os meios de sua ação, como os fenômenos que aparecem durante um tratamento, devem à estrutura particular da situação. Ao se abster de gaguejar sobre a eventual causalidade psíquica ou orgânica dos fenômenos que o interpelam, ele cessaria, enfim, de se perguntar se as moças enrubescem no escuro. Trago aqui o que Serge Viderman escreve:

Lichtenberg, cujo espírito Freud amava e a quem com frequência citou, dizia que nunca podíamos saber se as moças enrubesciam no escuro. É bem possível que assim seja, mas como sabê-lo senão iluminando-as? A partir deste momento elas não mais estarão no escuro, e sim na luz. Parece ser assim que as coisas se passam nesta iluminação particular que caracteriza o campo analítico, manifestando também as contradições da teoria da transferência vista como manifestação espontânea. Parece impossível abordar a problemática do

passado em suas relações com a realidade histórica objetiva sem examinar a situação em que se revela.” (Viderman, S., 1970, p. 20)

A recusa da fala

A epistemologia moderna evidencia a estreita solidariedade dos conceitos, dos instrumentos de medição e dos fenômenos observados. Na origem, a mecânica quântica havia amplamente demonstrado a interdependência do dispositivo de medição e do sistema mensurado. Gerald Holton escreve, por exemplo, que “o estudo da natureza é um estudo de artefatos, manifestando-se no fim de uma conjunção em que se implicam o pesquisador e o mundo em que ele se encontra. E a percepção destes artefatos é ela mesma informada pela teoria. Apesar de condições experimentais diferentes darem diferentes avaliações da “natureza”. Ele prossegue:

Não poderíamos escolher caracterizar a luz nem como um fenômeno ondulatório, nem como um fenômeno corpuscular: tanto em um caso como no outro, a descrição seria por demais incompleta. Caracterizar a luz como sendo *ao mesmo tempo* ondulatória e corpuscular seria pecar por abuso de simplificação.” (Holton, G., 1973, pp. 80-81)

É assim que Niels Bohr introduz, em 1927, seu *princípio de complementaridade*. Segundo este princípio, duas descrições divergentes, aparentemente contraditórias, são igualmente verdadeiras e pertinentes, mas mutuamente excludentes. Elas não poderiam ser justapostas, mas é, ao contrário, a evidenciação de suas contradições que constitui a preliminar indispensável à sua conceituação. Deve-se, pois, admiti-las simultânea e contraditoriamente sem procurar um compromisso ou concessão, chegando a considerar o fenômeno observado como resultante ao mesmo tempo de uma e de outra descrição. Com isto, Bohr atrela irreversível e irredutivelmente o sistema mensurado e o dispositivo de medição que o objetiva e constrói. Sabemos que seu princípio tinha, para ele, aplicações que ultrapassavam a física, ampliando-se a todas as ciências da natureza assim como as ciências sociais e humanas, em particular a psicologia.

Para ele, não existiam senão *acontecimentos particulares* produzidos pelo processo científico, e mais próximo de Kierkegaard que de Hegel, ele não admitia nenhuma síntese das teorias contraditórias. Esta dialética qualitativa contribuiu amplamente para o progresso das ciências modernas, distinguindo o *fenômeno descrito*, a realidade empírica, da realidade inacessível, transcendental. A dualidade logológica de dois sistemas simbólicos não implica, evidentemente, uma dualidade ontológica que pressupõe duas espécies de ser do fenômeno. Na prática isto equivale a dizer que a dor de um paciente, a partir do momento em que ela se

encontra dada como fenômeno neuropsicológico pela medicina, não se encontra dotada de uma dualidade ontológica. Isto quer simplesmente dizer que a dor, de que se queixa um paciente, se encontra recuperada por dois dispositivos coerentes e diferenciados, mas mutuamente excludentes, cujo fenômeno, no sentido mais estrito do termo, procede do *efeito do dizer experimental*.

Da mesma forma, o fato de a luz não poder ser *descrita ao mesmo tempo* como onda e corpúsculo não significa que não seja constituída ao mesmo tempo por uma e por outro, nem mesmo que uma linguagem não possa ser descrita simultaneamente como tal, possibilidade que oferecem, por exemplo, os matemáticos. Isto quer apenas dizer que, em um certo momento, *dois sistemas simbólicos, descrevendo os fenômenos da luz são necessariamente complementares, ou seja, mutuamente excludentes*. Este operacionalismo metodológico da Escola de Copenhagem se confirma essencial no plano epistemológico para evitar a ilusão idealista de uma dotação ontológica do mundo e de reconhecer o que sua própria existência deve ao dispositivo discursivo que o dá como fenômeno (*Phaenomen*), ou seja, como “objeto possível de uma experiência”.

Tentei mostrar em outra oportunidade, com Marie-José Del Volgo (1993), que este princípio de complementaridade permanece pertinente no confronto das abordagens psicanalítica e médico-biológica de um fenômeno de sofrimento corporal. Todo reducionismo cientista se funda no esquecimento fundamental dos princípios de Heisenberg e de Bohr. Em um domínio em que a linguagem permanece prisioneira de sua memória corporal, como o escreve Serge Moscovici (1985), a confusão será ainda mais provável. Deste modo, por exemplo, Dantzer (1992) não hesita em falar do “estado mental” do gato *assustado* a propósito das experiências de Cannon e Selye. Podemos nos perguntar o que ele designa deste modo? Este salto causalista se encontra sempre realizado, quando um método soube produzir um acontecimento do qual finge ignorar o caráter de artefato. Por meio do qual ele abandona o campo do conhecimento pelas paragens sociais da retórica cujas ilusões operam pela força da homonímia. Bohr gostava de citar estes versos de Schiller:

*Apenas a plenitude leva à clareza,
E no abismo se encontra a verdade.*

Mas qual seria o dispositivo do psicanalista, se não for esta escuta flutuante em que, pelo achatamento dos significantes, ele aceita temporariamente não dar nenhuma importância particular ao que escuta, deixando a verdade se refratar na superfície da linguagem pelo jogo das associações livres e de seu determinismo transferencial.

Nisto seu procedimento lembra a renúncia necessária do pesquisador à experiência sensível e às suas ilusões realistas. Na verdade, o psicanalista não

procede aqui diferentemente do físico teórico. Todos os dois se submetem a uma experiência cujos fenômenos são estreitamente dependentes de seus instrumentos de medição e que induzem as retificações sucessivas das teorizações.

Mas a experiência do psicanalista é uma experiência de um terceiro tipo. Não apenas ela pode ser comparada à física moderna que exige uma renúncia ao sentido e que inclui o observador no dispositivo de medição, mas ainda tem como instrumento único de medição a relação do observador com o observado, a relação do observador com sua observação e o espaço no qual estas relações se desenvolvem e que são, ao mesmo tempo, efeito e instrumento desta “medição”.

Esta renúncia ao sentido é, em psicanálise, uma renúncia ao sentido, *nos dois sentidos da palavra*: ao sentido, entendido como significação, ao sentido, enquanto sensação, intuição acontecimental, apreensão tangível, visível do fenômeno.

Como, a partir daí, conciliar este caráter indivisível da atenção flutuante com a ilusão realista, identificando uma doença ou um sintoma por sua denominação trivial ou médica? Como, a partir daí, confundir o processo fisiopatológico da asma ou da urticária com a experiência sensível e verbal do paciente que fala disto, até mesmo com o advento da fala que na análise deve dizê-lo? A menos que se lance mão das ilusões de um Ferenczi que tinha a tendência a promover os órgãos a uma posição de sujeito da fala: “o reto informa à bexiga uma certa capacidade de retenção e a bexiga inculca uma certa generosidade ao reto”. (Ferenczi, S., 1924, p. 259)

Na verdade, coloco como “complementar” a construção anatomofisiológica de um fenômeno somático dado pelo sistema simbólico médico-biológico e aquilo que a psicanálise pode construir dele a partir da experiência do tratamento. Mas, ainda aí, ao fazer uso do processo freudiano, a referência a uma significação trivial ou médica de uma doença ou de um sintoma pode se confirmar um encrave na atenção flutuante, que se constitui como *resistência interna ao próprio método*.

Um breve fragmento clínico vem no preciso momento evocar o que quero dizer.

A paciente vem à consulta em um serviço de psiquiatria por causa de violentas dores de cabeça resistentes a todas as terapêuticas. Os médicos por ela consultados acabaram por depositar na experiência de seu fracasso e de seu saber limitado o nome de psicossomática. A paciente relata uma “vida sem histórias” no conforto fino e burguês de uma cidade da Provença. Os encontros com o analista assumem o mesmo curso regular e tranqüilo. Apenas subsistem de maneira episódica, mas obstinada, suas dores de cabeça irreduzíveis ao governo sereno, mas vigilante de seu interior. Quanto a poder analisar as condições de emergência de seus acessos de dor de cabeça, o analista como a paciente têm

algumas dificuldades em relacioná-los com fantasias ou pequenas coisas reais da vida. Poder-se-ia, logicamente, satisfazer-se com um veredito de alexitimia (Sifneos citado por Pedinielli, J. L., 1992), sem, no entanto, revelar outra coisa senão a insatisfação do médico acerca de sua relação com a paciente. O médico nomeia, assim, o tédio que lhe causa a situação de interlocução, localizando a origem no caráter tipológico da paciente. Fraco consolo! Mas a coisa vai ser diferente: em uma sessão, dando livre curso à sua desatenção flutuante, o analista se escuta dizer que em “dor de cabeça” (*migraine*), há “*graine*” (semente). Na sessão seguinte, a analisante relata um fragmento de sonho e evoca o choro de uma criança fechada em seu quarto. Ela conta também sobre alguns distúrbios em sua relação conjugal e sobre seu desejo insatisfeito de ter um outro filho. Algum tempo depois, no momento em que se coloca a questão acerca do prosseguimento do trabalho conforme as modalidades tradicionais de uma análise, a paciente comunica um diagnóstico de gravidez e coloca fim ao trabalho empreendido.

A palavra *migraine* (dor de cabeça) não constitui aqui, evidentemente, a coisa somática em si, mas uma representação de palavra que advém em uma situação particular de interlocução. Enquanto tal, ela se inscreve em uma cadeia significativa cuja equivocidade permanente não assume nenhum valor psíquico, senão no e pelo contexto transferencial em que emerge. Poder-se-ia sempre se perguntar se a dor de cabeça desta paciente constitui um fenômeno psicossomático ou uma conversão histérica, até mesmo se perguntar se o dito sintoma manifesta um fenômeno psicossomático em uma estrutura histérica ou se ele vem de uma posição subjetiva considerada “psicossomática”. Tais questões manifestam, sob uma forma dissimulada, o *retorno do psiquiátrico* ao seio da psicanálise. Cada vez que resistimos em escutar as palavras pelo que elas são, ou seja, palavras, e que tomamos a coisa somática ou acontecimental que relatam, é uma resistência ao processo psicanalítico que manifestamos. Resistência à obra no interior mesmo da psicanálise, que se confirma heterogênea, até mesmo *heterológica*, para a clínica psiquiátrica. Esquecemos, com frequência, que a comunicação médico-doente, por exemplo, pela interface das palavras trocadas, não produz as mesmas representações nos dois protagonistas da situação de interlocução. Danièle Brun (1989) mostrou, a propósito do anúncio da cura de uma *criança dada por morta* pelo diagnóstico pejorativo de doenças letais, que esta comunicação assumia, às vezes, para os pais, valor de *interpretação selvagem* de seu desejo infanticida inconsciente. A matéria sonora da comunicação médica, assim como a do “romance da doença” (Del Volgo, M.-J., Gori, R., Poinso, Y., 1994; Del Volgo, M.-J., 1997) toma emprestado do poder de certos significantes, quando estes se encontram na *complacência* da língua, elementos da história do paciente.

A prática cotidiana da psicanálise nos revela a maneira pela qual o sujeito inscreve sua verdade na linguagem e, em contrapartida os procedimentos pelos

quais a fala a modela e a restitui. A deformação das palavras médicas são moeda corrente, a tendência a reduzi-las à língua vernacular participa não do acaso, mas de um determinismo inconsciente pelo qual o sujeito restitui os efeitos que a palavra médica teve sobre ele. Bruère-Daeson (1990) deu ótimos exemplos disto em sua tese; assim, a paciente que “foi entubada” (*intubée*) ao longo de uma hospitalização de urgência, e que durante uma sessão diz que ela “entrou pelo cano” (*entubée*)*. Mas este efeito será ainda mais forte quando as palavras pelas quais se efetuou a comunicação do médico encontrou, no paciente, ressonâncias intrapsíquicas. Dito de outro modo, estas palavras podem mobilizar fantasmas, afetos de terror, angústia ou culpa quando, pela “complacência” (*Entgegenkommen*), no sentido freudiano do termo, elas agem como “agente provocador”. Nesta perspectiva, eles desempenham o mesmo papel que os “restos diurnos” na construção do sonho.

Tal abordagem que admite a complementaridade dos modelos que descrevem e explicam um mesmo fenômeno, ou, pelo menos, um fenômeno que a linguagem tende, homonimicamente, a identificar como semelhantes, renuncia a qualquer pretensão causal. Esta abordagem não se reduz a uma participação da psicanálise na medicina psicossomática, definida por P. Marty como “um dos aspectos importantes da medicina atual” (Marty, P., 1991, p. 49), nem à sua participação na causa epidemiológica (Moirot, M., 1988). Ela se limita ao espaço definido por seu método, colocado em ação por meio da fala e da linguagem. Os objetos que ela explica são fatos psíquicos tal qual aparecem no ato da fala e cujo tratamento permite, pela interpretação, a construção: “A função mais profunda da interpretação não é dizer o que foi, reproduzindo-a, mas fazer que no espaço analítico apareçam figuras que não estão visíveis em nenhum outro lugar, pois a única existência que têm é aquela dada pelo espaço que, tornando-as visíveis, as faz existir” (Videman, S., 1970, pp. 343-344). O ato de fala inclui, evidentemente, a voz à qual tanto o analisante quanto o analista são receptivos e, com frequência, independentemente de suas vontades, pois a voz é a interface do corpo e da linguagem, tem, na realidade, o corpo da fala, como o escreve Anzieu, “a voz, tão importante: a boca fala como respira”. (Anzieu, D., 1992, p. 180)

As emoções, os afetos afloram, transpiram, na superfície da linguagem, sobre “o envelope sonoro do *Self*” (Anzieu, D., 1976), a partir do momento em que reconhecemos na voz, em suas modulações, em suas pulsações, em suas discordâncias e em suas sinfonias, com o discurso que ela atualiza, este valor nuclear de ser *o corpo da fala*.

Esta “atenção flutuante” das aflições vocais opera frequentemente, na prática, a despeito do analista e motiva algumas de suas intervenções. O

* No original, as palavras “intuber” e “entubée” são homófonas. (N. da T.)

reconhecimento de seu total valor na teoria supõe esta renúncia às ilusões sensíveis que constituem tanto os obstáculos à epistemologia quanto à metapsicologia da cena psíquica e à sua essencial invisibilidade. É somente assim que temos acesso à experiência corporal. Irremediavelmente. Admitir que o corpo é esta "cena perdida" da experiência imediata, afanizada na linguagem e no pensamento, recolhida pelos resultados de sua ausência, nas manifestações faladas da transferência, é realizar este trabalho de luto que liga e, ao mesmo tempo, descola o analista e o analisante. Desta maneira, os efeitos transferenciais e contratransferenciais dos processos fonatórios das bases pulsionais da fonação (Fonagy, I., 1970; 1971) não se encontrarão elevados à dignidade de objetos analíticos senão a partir do momento em que sejam tomados em um dizer.

Pois convém especificar, com um exemplo, que a psicanálise não poderia se confundir com o panglotismo e que ela retém sua especificidade e sua legitimidade unicamente do operador da análise de transferência. Assim sendo, distinguirei, uma vez mais, o que procede da escuta do significante de uma simples *leitura* do material. Pois esta é uma outra maneira de ler os pensamentos do outro, uma maneira que hipostasia o significante do ato de fala no tratamento em pura e simples escritura. Pomo-nos, então, a ler o significante como outros lêem diretamente o fantasma no conteúdo do discurso.

Tomemos um exemplo. As "marcas significantes do patronímico", para retomar a expressão de Robert Pujol, constituem para alguns de nós o lugar de receptação da memória cuja supressão ou o próprio recalçamento organiza o cenário do fantasma. Mas há dois modos de proceder, cujo afastamento se confirma, ao mesmo tempo, frágil em suas aparências e enorme em suas conseqüências. Ou privilegiamos uma escuta retórica do discurso e nossa leitura apreende certas coincidências: Sigmund, boca vitoriosa; Freud, a alegria; Eckstein, pedra angular (entre Freud e Fliess); Silberstein, pedra de dinheiro (que Freud cobiça); Fliess, pequeno regato (cuja obra é o papel mata-borrão da natureza); Adler, a águia (e sua teoria do sentimento de inferioridade); Spielrein, jogo inocente (entre Jung e Freud); Jung, *Jünger*, discípulo (que quer ser um mestre); Jones, ave de mau-agouro (cujo nome Freud confunde com o de Jung)... Poder-se-ia continuar indefinidamente desta forma, privilegiando assim, a estética da retórica às custas do conhecimento analítico.

Ou, então, remetemo-nos ao único determinismo transferencial do tratamento e daquilo *que pensamos encontrar* no desvio de um sonho, de um lapso, de um fantasma de transferência, por um efeito de surpresa da coincidência, no seio desta situação de interlocução particular e privilegiada que constitui o trabalho psicanalítico. Não é a mesma coisa. E se podemos, então, verificar, a cada vez, em nós mesmos e nos outros, "a ação verbal do nome" (Pujol, R.,

1980), a extrema dependência do sujeito a certas sílabas em que se desnuda seu fantasma, isto acontece, pelo menos, temporariamente, a despeito de nós.

Em “Função e campo da palavra e da linguagem em psicanálise” (1953), Lacan lembra que a psicanálise tem somente um instrumento, a fala do paciente e que “a evidência do fato não desculpa que o negligenciemos” (Lacan, J., 1953 [1966], p. 247). Lacan lembra então, de modo essencial, que esta função de revelação da fala condiciona tanto a prática como a teoria do tratamento e, a partir do momento em que a análise está engajada na via da transferência, cada sonho do paciente, toda a manifestação do inconsciente é interpretada como “provocação” do diálogo analítico. Isto significa que o acontecimento analítico não existe e não adquire sentido senão nas condições em que ele advém. Esta evidência epistemológica produz um certo número de prescrições negativas. Entre elas, está uma que a psicanálise partilha com todos os outros conhecimentos científicos e que tende, incessantemente, a ser transgredida: é a interdição de conceber o acontecimento fora do dispositivo que o cria. Na realidade, os fenômenos da experiência analítica são criados mais que revelados pelo dispositivo do tratamento e não mantêm com os fenômenos “naturais” senão relações de homonímia. A teoria psicanalítica do sonho se organiza a partir da experiência privilegiada do relato de sonho em uma situação particular de interlocução. É apenas pela extrapolação e generalização que o psicanalista pode pretender explicar o “sonho” como ele aparece na experiência comum e ordinária. Ora, em psicanálise como em ciência, aliás, a generalização provém de uma *vulgarização* que se impõe como resposta à necessidade de causalidade.

Longe de reduzir o alcance das construções psicanalíticas, a renúncia à causalidade apenas faz aumentar sua validade, dimensionando o que elas devem à situação que as cria. Não há metalinguagem da situação psicanalítica. A teoria do analista se confirma consubstancial da prática de que provém. Por exemplo, a construção de que Freud fala em 1937 se apresenta menos como um saber provável sobre a história do analisante do que como um conhecimento que consiste de efeitos do ato de fala e de escuta produzidos pela situação de interlocução da sessão. A construção adviria como uma interpretação que se ignoraria como tal; menos uma interpretação do discurso do analisante do que uma interpretação incidente dos efeitos de seu dizer sobre a escuta do analista da qual se torna metáfora. Produzida pelo dispositivo do tratamento, *a construção seria a metáfora da escuta do analista*. É ele mesmo, então, deve-se escutar quando diz que a construção do analista pode participar da obra analítica, “única obra que se desvela a todo instante como história de sua própria gênese” (Stein, C., 1971, p. 360). Neste sentido, a construção, como a interpretação do psicanalista, constitui ainda mais uma *predicação do infantil* do que uma predição do passado (Stein, C., 1965; Gori, R., 1995;1997). Tomemos um exemplo: a

prática da psicanálise evidencia com frequência, na história de um tratamento, a coincidência entre os fonemas e as sílabas privilegiadas da infância do analisante e das marcas significantes atualizadas na situação psicanalítica (o patronímico do analista e seus contornos). Ao se manter na ilusão transcendental e na pretensão causalista, poder-se-ia elaborar o mito segundo o qual a escolha do analista teria sido determinada pelos significantes históricos do analisante. Mas poder-se-ia, da mesma forma, longe deste realismo, considerar pelo contrário que é a proximidade e a afinidade das marcas significantes da situação atual com alguns significantes infantis que fazem surgir estes últimos. Esta nova versão da “querela dos universais” ignora fundamentalmente a parte de criação do diálogo analítico. Esta *criação* se origina de um encontro análogo ao do processo do sonho ou da arte, ao longo do qual, elementos diurnos (restos diurnos), pelo jogo da “complacência da língua” ou da “complacência do acaso” são alçados à dignidade de “pensamentos de transferência” (*Übertragunggedanken*), a partir do momento em que foram por um tempo “fundidos” com os pensamentos noturnos do infantil. Tudo acontece como se o objeto encontrado, seja ele uma pessoa amada, um objeto material, uma palavra, uma sílaba ou uma sonoridade, tivesse a função de *catalizador* eletivo, permitindo a precipitação, a cristalização e a elaboração dos desejos recalçados e dos fantasmas inconscientes. Basta para isto que um traço nos diga algo e que nos torne responsáveis por um desejo. Em *O amor louco*, André Breton evoca esta dimensão do encontro: “é verdadeiramente como se eu tivesse me perdido e que, repentinamente, viessem me contar as minhas novidades”.

Esta aptidão para o encontro foi nomeada por Freud de “complacência” (*Entgegenkommen*), termo cujo alcance foi amplamente corroído pelas traduções francesas e inglesas (Gori, 1996).

A sessão de psicanálise permite, às vezes, tais encontros condicionados pela complacência da língua e pela plasticidade do material. Não se trata, evidentemente, de uma prioridade ontológica dos elementos lingüísticos, mas dos efeitos de uma metodologia que reconhece na fala seu valor de instrumento da experiência. O conceito de complacência constitui a resposta autenticamente freudiana para a questão aporética da causalidade psíquica, orgânica ou social. O trabalho psicanalítico se origina de uma decisão, no sentido estrito do termo, de tratar as formações do inconsciente que surgem durante um tratamento e sua análise relativa à situação particular de interlocução de que procedem. Neste sentido, os sintomas tratados pelos psicanalistas são os do tratamento, já que pelo jogo da transferência os acontecimentos de vida foram alçados à dignidade de formações do inconsciente.

Sintoma deriva etimologicamente de *sumpíptein* que vem de *sun* que significa “com”, “junto”, e de *piptein* que significa “cair”, “acontecer acidentalmente”.

Não poderia ser melhor dito. O sintoma é o que acontece acidentalmente e, ao mesmo tempo, é o que cai junto. No mito das construções do infantil é o que cai junto sob os auspícios complacentes do acaso, dos acontecimentos, das necessidades da linguagem e aquelas das exigências somáticas, neste destino singular que se chama história. No espaço do tratamento, *o sintoma é necessária e unicamente o que cai junto na fala*, e que ao ser recolhido por um e por outro, e às vezes pelos dois, faz história. Renovando, pois, esta coincidência do encontro na fala, a complacência da linguagem deixou advir a opacidade de um acontecimento ao qual a sonoridade significativa, a pulsação enunciativa se uniram. Aquilo a que qualquer significação médica ou realista da palavra constitui obstáculo. Isto supõe que renunciemos às ilusões do visível e do sensível para deixar advir a revolução freudiana da cena psíquica.

Então, talvez, ao redistribuir nossa escuta a partir dos fatos de linguagem e de fala, possamos reconhecer que o pensamento errante é aquele que se infiltra na língua, onde fertiliza o corpo, nestas infiltrações do amor onde a verdade se sacia nos afluentes dos sintomas, tornados obsoletos e inúteis. À condição, no entanto, de que nenhuma construção venha com rapidez demasiada absorver, tamponar e represar o que apenas pedia para se tornar um estilo como é evocado por Pablo Neruda:

Não se pode viver toda uma vida com uma língua, puxá-la da esquerda para a direita, explorá-la e procurar em seus cabelos e em seu ventre. [...] O uso da língua, assim como o da pele e da roupa sobre o corpo, com suas mangas, seus remendos, suas transpirações e suas manchas de sangue ou suor, revela o escritor. Isto tem um nome: é o estilo. (Neruda, P., 1975, p. 341)

Bibliografia

- ANZIEU, D. *Beckett et le psychanalyste*, Mayenne, Mentha, 1992.
- _____. "L'enveloppe sonore du soi", in *Nouvelle Revue de psychanalyse*, 1976, 13, 161-179.
- DANTZER, R. *L'illusion psychosomatique*. Paris, Odile Jacob, 1992.
- DEL VOLGO, M.-J., GORI R. "La croyance psychosomatique comme produit de l'amphibologie des discours", in *Connexions*, 1993, 61, 87-100.
- DEL VOLGO, M.-J.; GORI, R.; POINSO, Y. "Roman de la maladie et travail de formation du symptôme. Complémentarité des approches psychanalytique et médico-biologique", in *Psychologie médicale*, 1993, 26, 14, 1434-1438.
- FERENCZI, S. "Thalassa, essai sur la théorie de la génitalité" (1924), in *Psychanalyse 3*, Paris, Payot, 1974.

- FONAGY, I. "Les bases pulsionnelles de la phonation", in *Revue française de psychanalyse*, 1970, 34, 1, 101-136.
- ____ "Les bases pulsionnelles de la phonation", in *Revue française de psychanalyse*, 1971, 35, 4, 542-591.
- GORI, R. "Entre cri et langage: l'acte de parole", in *Psychanalyse et langage*, Paris, Dunod, 1977a, 70-102.
- GORI, R.; DEL VOLGO, M.-J. "Contribution de la psychopathologie clinique à une restitution de la fonction éthique de la maladie et du soin", in *Cliniques méditerranéennes*, 1991, 31/32, 7-50.
- GORI, R.; DEL VOLGO, M.-J. "Reconstruire le réel", in *Psychologie médicale*, 1994, 26, 808-813.
- GRANGER, G.-G. *Pensée formelle et sciences de l'homme*. Paris, Aubier, 1967.
- ____ *Langage et épistémologie*. Paris, Klincksieck, 1979.
- ____ *La vérification*. Paris, O. Jacob, 1992.
- HOLTON, G. *L'imagination scientifique* (1973). Paris, Gallimard, 1981.
- JACOBI, B. "A corps et à cris: le sujet de la plainte", in *Cliniques méditerranéennes*, 1993, 37/38, 139-150.
- LACAN, J. *Ecrits*. Paris, Seuil, 1966.
- MARTY, P. *Mentalisation et psychosomatique*. Delagrangue, Chilly-Mazarin, 1991.
- MOIROT, M. L'hypothèse de l'autopunition, in *Le Généraliste*, 1988, 980, 12-14.
- NERUDA, P. *J'avoue que j'ai vécu*. Paris, Gallimard, 1975.
- NIETZSCHE, F. *Crépuscule des idoles* (1888). Paris, Gallimard, 1988.
- PEDINIELLI, J.-L., *Psychosomatique et alexithymie*. Paris, PUF, 1992.
- PUJOL, R. "Sur l'emprise verbale du Nom-du-Père: Froïdipous, Lacan", in *Confrontation*, 1980, 3, 41-50.
- STEIN, C. *L'enfant imaginaire*. Paris, Denoël, 1971.
- STENGERS, I. *La volonté de faire science*. Le Plessis-Robinson, Delagrangue, 1992.
- VIDERMAN, S. *La construction de l'espace analytique*. Paris, Denoël, 1970.
- TAUSK, V. "De la gènese de 'l'appareil à influencer' au cours de la schizophrénie" (1919), in *Oeuvres psychanalytiques*, Paris, Payot, 1975, 177-217.

Resumos

Este artículo coloca la cuestión de saber de donde proviene la necesidad en buscarse las causas psicológicas para el sufrimiento y para la enfermedad, transformando el pathos de esas experiencias cruciales en la búsqueda de una explicación aceptable por la razón. Partindo de fragmentos clínicos y del análisis de texto de Tausk sobre "la génesis del aparato de influenciar" en la esquizofrenia, el trabajo objetiva explicitar la especificidad de la posición psicoanalítica en relación

a las proposiciones psicológicas (aveces influidas por el propio psicoanálisis), de carácter explicativo y "comprehensivo", frente a esta cuestión.

Se propone que "la tendencia causalista en psicoanálisis constituye una resistencia al propio método psicoanalítico" y que se exige del psicoanalista un trabajo particular de duelo que consiste en la renuncia a la pretensión de los sentidos establecido de una vez por todas en beneficio de admitir, a partir del contexto de la situación psicoanalítica, que podemos "sufrir sin razón" y que nuestro pensamiento se forma "del encuentro de nuestro deseo con algunos fragmentos, retos de palabras y de fonemas".

Si concluye que la necesidad de encontrar causas psicológicas para el sufrimiento decorre de la propia experiencia originaria de adquisición del lenguaje, tiempo mítico durante el cual un único aparato de lenguaje funcionó para dos cuerpos, fundador de la relación desnaturalizada del ser humano con su propio cuerpo, para la cual el yo busca – desesperadamente – una explicación definitiva.

Cet article s'intéresse à l'origine du besoin de trouver des causes psychologiques à la souffrance et à la maladie, transformant le pathos de ces expériences cruciales en la recherche d'une explication que la raison puisse accepter. A partir de fragments cliniques et de l'analyse du texte de Tausk sur la genèse de "l'appareil à influencer" au cours de la schizophrénie, ce travail cherche à expliciter la spécificité de la position psychanalytique par rapport aux propositions psychologiques (parfois influencées par la propre psychanalyse), et leur caractère "compréhensif" et explicatif quant à cette question.

Il est proposé que "la tendance causaliste en psychanalyse constitue une résistance à la propre méthode psychanalyste" et qu'il est exigé du psychanalyste un travail particulier de deuil qui consiste à renoncer à toute prétention de sens établis pour pouvoir admettre, à partir du contexte de la situation psychanalytique, que l'on peut "souffrir sans raison" et que nos pensées se forment "de la rencontre de notre désir avec quelques fragments, restes de mots et de phonèmes".

On en conclut que le besoin de trouver des causes psychologiques à la souffrance découle de la propre expérience originaria de l'acquisition du langage, époque mythique pendant laquelle un seul appareil de langage fonctionnait pour deux corps, et fondateur de la relation dénaturée de l'être humain à son propre corps pour laquelle le moi cherche – désespérément – une explication définitive.

The issue raised by this paper is that of the origin of the necessity to seek after psychological causes for suffering and disease, turning the pathos of such crucial experiences into the pursuit of an explanation the reason might accept. Based on some clinical fragments and on Tausk's text analysis upon "the genesis of the influencing machine" in schizophrenia, this work attempts to make the specificity of the psychoanalytic positions explicit with regard to the psychological propositions (sometimes influenced by the very psychoanalysis) and their "comprehensive" and explanatory features as for this question.

It is proposed that *“the causal tendency in psychoanalysis constitutes a resistance to the very psychoanalytic method”* and that a peculiar bereavement work is required from the psychoanalysts, which consists in renouncing once and for all to the claims for established senses in favor of the acknowledgment, based on the psychoanalytic situation context, that one may *“suffer without reason”* and that our thoughts form themselves *“out of the encounter of our desire with some fragments, word and phoneme leftovers”*.

It is concluded that the necessity of finding psychological causes for suffering derives from the original experience of language acquisition itself, a mythical time when a one language apparatus worked for two bodies, that founds the denatured relationship of human beings to their own bodies, for which the ego -desperately - seeks a definitive explanation.