INTRODUÇÃO

APÓS TER CHORADO SILENCIOSAMENTE E SE CALADO, ELA ENCONTRA refúgio num mutismo protetor, em face da notícia de ter uma doença grave. Ana descobriu que tinha câncer de mama. Em seguida, a experiência do adoecimento fez seu trabalho, mobilizando-a onde menos esperava.

Nos anos 1980 e 1990, quando comecei a trabalhar num hospital, ao mesmo tempo que iniciava minha formação em psicanálise, muitas vezes me deparei com mulheres para as quais o corpo delineava os traços de sua fragilidade: uma, "desabada" numa cama, aguardando tratamento; outra, enrolada num tufo de cabelo para esconder o rosto; outra ainda, invadida pela sensação de vazio, porém instalada num discurso "positivo" para esconder o medo e a profunda angústia. Enfim, defendiam-se da melhor maneira que podiam, bloqueando o pensamento ou evitando os elos suscetíveis de projetá-las nas imagens ou lembranças que vêm à tona, quando a doença atinge o corpo.

Foi nesse contexto que meu interesse pela economia psíquica relativa a situações de doença me levou até o Institut de Psychosomatique de Paris, cuja produção havia chamado minha atenção num momento em que o corpo me parecia exilado das discussões da comunidade psicanalítica. Porém as teorizações de seus membros sobre o pensamento operatório ou a pobreza do fantasiar para explicar o que acontecia com sujeitos somaticamente doentes se inscreviam, à luz de minha escuta clínica, numa abordagem etiológica que elevava ao patamar de causalidade psíquica o que me parecia serem antes modos de defesa. Eles, assim, conceituavam um modelo normativo em que privilegiavam certas noções psicanalíticas, em detrimento de outras.

Sustentada por questionamentos decorrentes de minha prática e habitada por um desacordo a respeito de como as teorias psicossomáticas esclareciam tais situações, voltei-me para as proposições de Pierre Fédida. Com efeito, ele sempre manteve, até o seu último texto, as pesquisas sobre a transferência e a contratransferência com base em tratamentos "difíceis", inclusive certas manifestações somáticas que interpelam pessoalmente o analista (Fédida, 2001). "De que se constitui a palavra de um analista, quando ele escreve ou expressa verbalmente seus pensamentos? É preciso, em suma, supor que as palavras de um analista dão testemunho de sua escuta no tratamento" (Fédida, 1991: 196). Essa frase de Pierre Fédida, a um só tempo, enfatiza o valor epistemológico da escuta analítica e define o horizonte metodológico a ser alcançado na tessitura do encontro clínico em situações que põem à prova tal escuta.

São considerações que remetem à importância que ele deu à descrição fenomenológica e, mais exatamente, à compreensão do sintoma como uma teoria autóctone de si, com destaque para a ideia de que cada caso afirma a singularidade de uma sintomatologia individual que exige uma construção metapsicológica própria. Na perspectiva de tal compreensão do que se passa no encontro clínico, a técnica depende não tanto do saber do analista quanto de sua capacidade de experimentar uma quantidade variada de afetos, discernindo-os dos seus. Assim, em certas situações em que o analista é levado ao seu limite e certos autores denunciam uma ameaça de sufocamento ou paralisia do pensamento, Pierre Fédida fala da dificuldade de se desembaraçar de "identificações imaginárias contratransferenciais" (Fédida, 1992: 150).

As elaborações relativas à qualidade substancial da escuta no cerne do trabalho analítico fizeram com que eu me engajasse, nos anos 1990, na realização de uma tese de doutorado, em que propus uma definição metapsicológica dos efeitos psíquicos do rastreamento preventivo e da detecção precoce do câncer (especialmente em mulheres) e abordei o risco traumático dessa situação num *sujeito que se torna paciente antes mesmo de sentir-se doente* (Lindenmeyer, 1998). Apresentei a ideia de doença como um *evento psíquico* que evidencia a questão do contrainvestimento, modalidade pela qual a vida psíquica reage ao aparecimento de uma alteração, cujo potencial de invasão induz uma modificação da realidade interna do sujeito. Em outras palavras, de um corpo que se constitui como objeto fobógeno, ao se tornar o local de projeção de traumas.

Deve-se lembrar que o caráter traumático que se atribui a um acontecimento não é o acontecimento em si, mas o fato de que ele não pode

ser assimilado ou é, no pior dos casos, excluído da realidade psíquica do sujeito. Nesse sentido, o que atribui a dimensão traumática à vivência da doença é o fato de que o vivido pelo sujeito afetado não apenas não é reconhecido, como também, ainda mais grave, é desacreditado por um outro ou pelo outro em si mesmo, transformando o que é insuportável em seu estado numa experiência inaudível.

Para Ana, foi no decorrer de suas sessões que emergiu a convicção fantasística de que o seu corpo de menina, "não como deveria ser" e fonte da indiferença materna, era precisamente o que legitimava a encarnação do câncer, uma convicção que, simultaneamente, servia de explicação e cenário psíquico para o que lhe ocorria. Assim, em situações de adoecimento com essa, não é incomum que determinadas construções infantis, mantidas no esquecimento, retornem e se manifestem, de maneira aguda, pela atualização da experiência da doença. Por ser um acontecimento e, ao mesmo tempo, um momento de inegável reorganização psíquica, a doença introduz um *corte* que requer um esforço psíquico cuja origem se localiza num corpo já trabalhado e afetado pela sexualidade infantil. Desse ponto de vista, não nos surpreende que um ataque ao corpo seja vivenciado como uma lembrança de certas fantasias que formaram a base de teorias infantis prévias, levando algumas mulheres à necessidade de evitá-las com o recurso a uma gama de mecanismos defensivos.

Nas mulheres com um câncer que afeta um órgão feminino, não é raro que o adoecimento revivesça a visão infantil de um corpo feminino a ser "reparado". Nesses casos, a problemática da castração acaba sendo solicitada de maneira particular e as defesas fálicas e os temores pré-edípicos em relação ao interior do corpo podem ser reativados. Entrevê-se, portanto, como minha reflexão sobre o rastreamento preventivo e a detecção precoce de tumores, especialmente em mulheres, levou-me a outra questão igualmente espinhosa e circunscrita à problemática das questões psíquicas do corpo feminino. Problemática da qual me apropriei e que se tornou o campo eletivo de minhas elaborações ulteriores.

De fato, a partir de minha prática clínica, abordei principalmente a intensidade da ambivalência pulsional na relação mãe-filha. Os casos clínicos de pacientes anoréxicas dão forma, ilustram e reforçam minha reflexão sobre as questões psíquicas do corpo feminino, tal como desenvolvido neste livro. Se, nos casos de câncer em mulheres, a força da ambivalência do laço conflituoso mãe-filha já se manifestava, nas pacientes anoréxicas, é a valência do ódio da relação original com a mãe que parece assumir o protagonismmo, transformando a filha anoréxica em verdadeira vítima/

criminosa de seu próprio corpo. Ora, a metapsicologia do ódio nos ensina que ele, além de uma legítima defesa do eu, é o afeto que, segundo a formulação incisiva de Freud, "indica o caminho à pulsão de morte" (Freud, 1923a | 1991: 285). Na paciente anoréxica, o "tornar-se-ódio" do amor original da filha pela mãe constitui a mais espetacular transformação de um afeto em seu contrário, fazendo com que a "paixão fundamental" dirigida a esta se inverta e passe a ser ódio do outro em si mesmo.

A questão feminina surge, então, como o fio de Ariadne ao longo do qual minha investigação se dá. Em 2006,[1] meu interesse pela clínica do corpo se expandiu, em particular sobre o corpo feminino, articulando-se às contribuições da antropologia psicanalítica. Essa abordagem consiste em utilizar o aporte da psicanálise, notadamente a hipótese do inconsciente, como postulado de análise do coletivo (Assoun, 1993). Tendo como base situações concretas, destinadas a decodificar o contemporâneo, a metodologia da antropologia psicanalítica constitui, assim, o pano de fundo para pensar as práticas corporais na atualidade. O *corpus* freudiano sobre o social e o cultural, que se estende de *Totem e tabu* (1912–3) a *O mal-estar na cultura* (1930), passando por *Psicologia das massas e análise do eu* (1921) e *O futuro de uma ilusão* (1927), contribui para o esclarecimento, a partir de um saber inconsciente sobre o sujeito individual, das questões subjacentes à vida em sociedade.

Apoiando-me nessa abordagem metodológica, dedico atenção particular às complexas relações mantidas pelo corpo feminino e o corpo social, em que cada um deles endereça ao outro uma demanda e tem expectativas de retorno. Uma das faces contemporâneas dessa relação ambígua se materializa nas crescentes proezas da medicina tecnocientífica sobre o assim chamado "aperfeiçoamento" do corpo, prática social que torna concreto o ideal sobre o qual indivíduo e *socius* entram em acordo, legitimando a ênfase na medicalização da existência (Gori & Del Volgo, 2005). Por essa razão, minha elaboração sobre o corpo feminino e as cirurgias estéticas constituiu uma virada em minha compreensão, uma vez que desenvolvo a ideia de uma nova forma de histeria que se firma na oferta contemporânea do tratamento do corpo da mulher, vale dizer, num arranjo

1 Em 2006, fui nomeada *maître de conférences* na equipe Clinique du Corps, Pratiques Sociales et Anthropologie Psychanalytique, dirigida por Markos Zafiropoulos e Paul-Laurent Assoun no Centre de Recherche Psychanalyse, Médicine et Société (CRPMS), na Unité de Formation et de Recherche (UFR) d'Études Psychanalytiques da Université Paris 7 – Diderot.

contemporâneo contra a angústia de castração, favorecido pela complacência do dispositivo social. É, portanto, nesse contexto de um "controle" renovado sobre o corpo feminino que surgem novos paradigmas antropológicos sustentados pela chamada ideologia "trans-humanista" que os acompanha, entre os quais o "ser humano acrescido" pelo uso de próteses.

À luz desse tipo de concepção, elaborei com colegas de disciplinas[2] afins uma reflexão sobre as situações relativas ao nascimento de crianças portadoras de agenesias, ou malformações corporais, e às atuais promessas tecnocientíficas que, espera-se, ofereçam uma solução para elas. À pergunta "É minha culpa, culpa dos meus órgãos defeituosos?", feita por mães de crianças nascidas assim, acrescenta-se a problemática da castração e a lógica inconsciente de reparação do corpo feminino. Problemática que não cessa de agir, pois é constantemente reatualizada pela visão da extremidade agenésica da criança, o que eleva o nascimento dessa criança ao patamar de caso paradigmático para repensar a questão do corpo feminino e os desejos contemporâneos de "reparação".

Essa clínica também me deu a oportunidade de desenvolver a ideia de que tudo se passa como se a malformação corporal da criança reatualizasse a decepção da menina de outrora. Algo que não deixa de ter impacto sobre as mães que de fato se veem confrontadas com o ressurgimento de fantasias e da angústia de castração, que o primado do falo, cuidadosamente sustentado pelo discurso social, tentará obstruir, ocupando a frente do palco. É também por meio dessa política fálica que o discurso e a prática tecnocientíficos atraem os protagonistas, ao erguer a bandeira de uma promessa de "reparação". A criança se vê então capturada pelo cerne da problemática da castração de sua mãe e pode, às vezes, ser levada a inscrever-se numa fantasia de reparação imaginária do corpo feminino/materno. Entendemos assim como, nesses casos, o recurso ao uso de próteses se inscreve numa lógica fetichista.

Cabe notar que a agenesia e o seu corolário, isto é, a garantia de uma reparação tecnológica, chamaram minha atenção para a sexualidade infantil, que é o cerne da doutrina metapsicológica eminentemente em ação nessas situações contemporâneas. Minha inserção na abordagem antro-

2 Trabalho desenvolvido no polo de pesquisa Santé Connectée et Humain Augmenté, sob a coordenação de Jean-Michel Besnier, no Institut des Sciences de la Communication (ISCC) do Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), UMS 3665. Na sequência desse trabalho, no ano letivo de 2016–7, passei a coordenar e participar de pesquisas no CNRS.

pológica psicanalítica, cujo objetivo é uma leitura da *subjetividade de nosso tempo*, permitiu-me também atualizar a questão levantada por Freud em *O mal-estar na cultura*: por que e como o homem da modernidade brinca de ser um deus protético? (Freud, 1930)

A aparência dos avatares do funcionamento humano pode mudar com o tempo e apoiar-se nos avanços da ciência e da tecnologia, mas eles, em sua essência, sinalizam e permanecem sempre uma expressão clínica socialmente contextualizada do que está na base do ser humano e anima suas entranhas, ou seja, o pulsional e a sexualidade. Em sua época, Freud demonstrou isso muito bem com a questão da neurastenia. Com efeito, ele não deixou de apontar que, longe de ser um problema *conjuntural* atribuível ao progresso e à corrida frenética pelos prazeres que "transbordavam" em mulheres e homens do século XIX, segundo os psiquiatras de então, a descompensação neurastênica revelava a natureza *estrutural* do mal-estar essencial e inerente ao ser humano, vale dizer, do confronto de seu desejo com os imperativos da realidade. Com isso, introduziu a questão do "trabalho da cultura" (*Kulturarbeit*) para conter esta contradição espinhosa: sexual *versus* social.

Busco, desse modo, restituir o caminho do trabalho de elaboração desde minhas primeiras intervenções clínicas, nas quais a problemática relativa ao corpo feminino se mostrou central. Apresento e coloco em perspectiva quatro destinos do corpo feminino para ilustrar o percurso de minha reflexão: o câncer no feminino, a anorexia, as cirurgias estéticas e a oferta tecnocientífica como resposta ao nascimento de uma criança com alguma malformação.

Quatro casos tratados no contexto hospitalar ou em meu consultório chamaram minha atenção para a especificidade do corpo feminino, de um lado, e sua inscrição nos discursos e nas práticas culturais atuais, de outro. Quatro caminhos que também lembram o quanto a questão feminina, não resolvida por Freud, retém sua pertinência e sua atualidade, e continua a nos questionar com acuidade (André, 1994). É por isso que este livro foi construído como uma reflexão em ato, uma jornada em que a argumentação se aprofunda de maneira progressiva, pois se nutre de minha prática e de meus casos clínicos. O aporte clínico é, pois, diretamente convertido em ganho de pesquisa, ao mesmo tempo que esta sustenta a prática clínica.

Elaborado desde o início de meu trajeto, seus capítulos são uma oportunidade de entender e apreender como o corpo feminino, por meio de sua representação individual e social, inscreve-se como lugar privilegiado

do sintoma onde se precipitam as produções da cultura, tornando-se um terreno paradigmático para, em última instância, pensar a complexidade do desejo prometeico, reatualizado pelas novas tecnologias de recriação tecnocientífica de corpos em que se entrelaçam inovação e alienação, cientificidade e ilusão.[3]

CONTINUA...

3 Esse tema foi amplamente desenvolvido em Lindenmeyer (2017).