

J.-D. Nasio

Meu corpo e suas imagens

Tradução:
André Telles


ZAHAR
Rio de Janeiro

Título original:
Mon corps et ses images

Tradução autorizada da nova edição francesa, revista e aumentada,
publicada em 2008 por Payot & Rivages, de Paris, França

Copyright © 2008, J.-D. Nasio

Copyright da edição em língua portuguesa © 2009:

Jorge Zahar Editor Ltda.
rua México 31 sobreloja
20031-144 Rio de Janeiro, RJ
tel.: (21) 2108-0808 / fax: (21) 2108-0800
e-mail: jze@zahar.com.br
site: www.zahar.com.br

Todos os direitos reservados.

A reprodução não-autorizada desta publicação, no todo
ou em parte, constitui violação de direitos autorais. (Lei 9.610/98)

Capa: Sérgio Campante

CIP-Brasil. Catalogação-na-fonte
Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ

Nasio, J.-D. (Juan David)

N211m Meu corpo e suas imagens / J.-D. Nasio; tradução André Telles.
— Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

Tradução de: *Mon corps et ses images*

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-378-0128-4

1. Psicanálise. 2. Imagem corporal – Aspectos psicológicos. I. Telles,
André. II. Título.

09-0529

CDD: 150

CDU: 159.9

1. O conceito de imagem inconsciente do corpo, de Dolto: nossa interpretação

- A imagem inconsciente do corpo é a imagem das sensações
- A imagem inconsciente do corpo é o traço indelével deixado pelas sensações mais pregnantes de nossa infância
 - Três componentes da imagem inconsciente do corpo: a imagem básica, a imagem funcional e a imagem erógena
- Duas condições para que uma sensação tenha sua imagem no inconsciente: que emane de um corpo infantil marcado pela presença de uma mãe desejante e desejada pelo pai da criança e, segunda condição, que ela se repita com frequência
- A imagem inconsciente do corpo é a imagem de um ritmo
- Como um psicanalista que trabalha com o conceito de imagem inconsciente do corpo escuta seu paciente? Dois exemplos clínicos: “A menina com boca de mão” e “O bebê que cuidava da mãe”
 - O psicanalista fala a língua da imagem inconsciente do corpo de seu paciente

“Tudo que uma criança de dois anos já viu sem compreender nunca volta à sua memória, exceto em sonhos. Apenas o tratamento analítico será capaz de lhe revelar esses acontecimentos.”

FREUD

A imagem inconsciente do corpo é um dos conceitos mais importantes da psicanálise contemporânea. Françoise Dolto forjou-o na prática de seu trabalho com crianças e retomou-o constantemente, sob diferentes formas, ao longo de toda a sua reflexão. Vou apresentar-lhes uma interpretação, minha interpretação, desse conceito, depurada e adaptada ao processo de trabalho com meus pacientes, não apenas com crianças, mas também com adolescentes e adultos. Ao escrever estas páginas, concentrei-me no que é, a meu ver, o essencial da teoria da imagem inconsciente do corpo. Françoise Dolto definiu e abordou essa noção sob múltiplos aspectos, às vezes bem diferentes, até mesmo contraditórios, mas sempre complementares. Minha preocupação foi descobrir um fio condutor, revelar a lógica oculta desse conceito e, sobretudo, mostrar seu alcance clínico. Sim, acima de tudo seu alcance

clínico, porque é em sua aplicação prática que ele assume todo o seu valor. Dessa forma, gostaria de lhes propor um conceito que vocês poderão cotejar com sua experiência. Desejo vivamente que a leitura destas páginas tenha uma influência benéfica sobre sua maneira de escutar seus pacientes. Além disso, neste capítulo, vocês verão aparecer muitas vezes as palavras “criança”, “corpo da criança” e outras expressões ligadas à infância; saibam, porém, que elas não se limitam à criança enquanto tal, estendendo-se à eterna criança que sobrevive no adulto. Desde as primeiras páginas vocês compreenderão que a imagem inconsciente do corpo formada na cabeça de um bebê permanece ativa durante toda a vida. Por conseguinte, quando lerem a palavra “criança”, peço-lhes que pensem não somente na criança que está ao seu lado, mas também em vocês mesmos, adultos, que preservam dentro de si, sempre vivos, o garotinho ou garotinha que foram.



Formulemos agora a pergunta que faz todo terapeuta ao sentir-se desarmado diante de um paciente com dificuldade de se comunicar. Como – interroga-se ele – relacionar-me com uma criança incapaz de manifestar seu mal-estar com palavras e que só tem seu corpo para se exprimir incipientemente?

Para responder, peço-lhe para imaginar que você é, você, leitor, terapeuta de uma criança de cinco anos que sofre. O pequeno paciente está sentado à sua frente e se mostra arredio. Você observa sua atitude corporal, a expressividade de seu rosto, interessa-se por seus desenhos e modelagens e tem pre-

sententes no espírito os sintomas pelos quais seus pais e ele vieram consultá-lo. Você é também e acima de tudo receptivo a todas as manifestações afetivas que ele pode expressar durante a sessão. Entretanto, apesar de toda a atenção que lhe dispensa, você não consegue compreender essa criança, não consegue dar um sentido ao que ela diz ou faz. Você quer se comunicar com ela, mas não consegue penetrar no seu mundo. Ainda assim, tem uma convicção íntima e profunda, uma certeza que, por si só, o levará à criança no que ela tem de única. Se você está imbuído dessa convicção, você realizará o contato. Que convicção é essa? Que certeza é essa? Ei-la: todo ser humano, seja qual for seu sofrimento, quer falar com o outro. Se fôssemos definir o ser humano, diríamos: o ser humano é aquele que tem a vontade irreduzível, a necessidade imperiosa de comunicar-se com outro ser humano. Eis o princípio soberano, a premissa indiscutível que preside a toda escuta analítica e funda o conceito de imagem inconsciente do corpo. Para Françoise Dolto, a primeira célula embrionária já é uma pessoa totalmente peculiar, porque essa célula é animada pelo impulso poderoso de se unir ao outro, e em primeiro lugar dirigir-se à mãe que a carrega em seu ventre. Logo, o outro já está lá, muito antes do nascimento, como o interlocutor imanente à nossa humanidade. Enquanto Lacan enunciava: “O desejo do homem é o desejo do Outro”, digo eu agora: *O desejo do homem é o desejo de se comunicar com o outro.*

Portanto, você tem certeza de que a criança sentada à sua frente, embora aparentemente arredia, espera se comunicar. Espera impacientemente se comunicar, encontrar o seu outro. Quer encontrar alguém que lhe diga palavras que lhe falem, que ressoem nela, palavras que poderiam ter sido as suas se ela

soubesse dizer seu sofrimento. Quer encontrar alguém que a reconheça tal como é e ali onde é. Ora, é exatamente nesse instante, quando você é chamado a responder à sua expectativa premente, quando sente que deve intervir e não sabe o que dizer, que se lhe impõe a necessidade de recorrer ao conceito de imagem inconsciente do corpo. Mas por que recorrer a ele? Para que serve esse conceito? Quando estou diante de uma noção complexa, pergunto-me sempre: “De que problema ela é a solução?” Pois bem, de que problema o conceito de imagem inconsciente do corpo é a solução? A que pergunta ele responde? Responde à seguinte pergunta: “Como entrar em comunicação com o inconsciente de um jovem paciente cujas palavras, desenhos, brincadeiras e atitudes corporais não sugerem nenhum gancho? Como entrar na cabeça de uma criança, instalar-se nela, conhecê-la de dentro, fazê-la viver em si até sentir a emoção que a confunde mas que ela não sente? E, uma vez estabelecida essa comunicação, como encontrar as palavras necessárias para consolá-la de seu sofrimento?”

Postulamos que, por trás das palavras, dos desenhos, das brincadeiras e das atitudes da criança, existe uma linguagem muito especial que permite ao psicanalista e ao pequeno paciente comunicarem-se profundamente. Que linguagem é essa? Que código é preciso conhecer para falá-la? Acreditamos que as sensações vividas por essa criança quando era bebê ficaram impressas em seu inconsciente e organizadas numa linguagem corporal, muda e impenetrável, que podemos – nós, psicanalistas – tentar captar, traduzir e falar. Uma linguagem de sensações experimentadas pela criança desde sua vida fetal até os três anos de idade. Linguagem arcaica que o pequeno paciente de hoje, aquele que está ali, presente na sessão, fala

com seu corpo sem saber que a fala. Fala-a indiretamente, desenhando, agitando-se, brincando e, o principal, fala essa linguagem através dos sintomas que fizeram seus pais levá-la à consulta. Quer se trate dessa criança de cinco anos sentada à sua frente, de um paciente adulto ou de nós mesmos, falamos todos a linguagem das sensações vividas anteriormente em nosso corpo de criança, falamos sem nunca ter consciência disso. Eis então a linguagem silenciosa das sensações antigas que devemos, nós, analistas, saber sonorizar com palavras, se quisermos nos comunicar com o nosso paciente. A criança que está à nossa frente espera de nós, sem o saber, que traduzamos em palavras seu antigo vivido corporal que, sempre ativo, provoca o sofrimento de hoje. Assim, a imagem inconsciente do corpo é um código íntimo, peculiar a cada um, que nós, psicanalistas, devemos aprender a falar se quisermos acessar o inconsciente de nosso paciente, seja ele adulto ou criança.

A imagem inconsciente do corpo é a imagem das sensações

Deixemos por um instante a cena analítica. Voltaremos a ela daqui a pouco, quando lhes apresentarei duas vinhetas clínicas. Ataquemos agora a teoria que orienta nossa escuta. O que é a imagem inconsciente do corpo? Ela é imagem do quê? A imagem inconsciente do corpo é o conjunto das primeiras impressões gravadas no psiquismo infantil pelas sensações corporais que um bebê, até mesmo um feto, sente ao contato de sua mãe, ao contato carnal, afetivo e simbólico com sua mãe. Sensações que foram sentidas pela criança antes do

domínio completo da palavra e antes da descoberta de sua imagem no espelho, isto é, antes dos três anos. A propósito da imagem do espelho, gostaria de me deter aqui um instante e fazer um esclarecimento para a sequência de nossa reflexão. Devemos distinguir duas descobertas, por parte da criança, de sua imagem no espelho: a primeira, descoberta por Lacan; a segunda, por Dolto. A primeira se dá muito cedo, quando o bebê, surpreso, alegra-se ao ver a silhueta de seu corpo refletida no espelho. Fascinado por seu duplo – ainda que toscamente percebido –, o bebê agita-se e sente-se feliz. É esse reconhecimento lúdico da imagem especular do corpo, ou, se preferirem, da imagem global do corpo, que Lacan conceitualizou sob a expressão “estádio do espelho”, estágio ao qual voltaremos em detalhe em nosso segundo capítulo. A outra descoberta de sua imagem especular dá-se mais tarde, por volta dos três anos, quando a criança compreende, dessa vez com amargura, que o reflexo que o espelho lhe devolve não é ela, que há uma defasagem irreduzível entre a irrealidade de sua imagem e a realidade de sua pessoa. Essa amarga decepção, tão penosa para a criança, é considerada por Dolto como um verdadeiro trauma, um abalo no psiquismo infantil. Seguindo na contracorrente de Lacan, que enfatiza quanto a alegria do bebê diante do espelho atesta o orgulho de conquistar uma imagem que se torna a sua, Françoise Dolto assinala o sofrimento que invade a criança de três anos, desencantada ao saber que o que acreditava ser ela não passa, na verdade, de uma aparência de si. É essa segunda descoberta decepcionante da imagem especular de si que nos importa agora, porque é em reação a esse desencantamento que a criança esquece as imagens inconscientes do corpo para se

deleitar com as imagens lisonjeadoras do parecer. Explico-me. Quando a criança percebe que a imagem que ela dá a ver aos outros é sua imagem do espelho, e que essa imagem não é ela, que os outros só têm acesso a ela pelo que ela dá a ver, com isso ela privilegia as aparências e negligencia suas sensações internas. Doravante, esquecerá o lado de dentro para dedicar-se apenas ao lado de fora. A amargura da desilusão dá lugar à astúcia inocente de uma criança que utiliza sua imagem especular em prol de seu narcisismo: “Uma vez que as imagens do espelho me enganaram, pois bem, agora sou eu que vou enganar o mundo com a minha imagem!” Eis como se recuperaria o nosso jovem narciso para se consolar de seu despeito especular. Agora, a imagem do *corpo-visto* prevalecerá sobre as imagens do *corpo-vivido*. É, portanto, a partir dos três anos, e durante toda a nossa existência, que a imagem do corpo-visto irá impor-se incessantemente na consciência, em detrimento das imagens do corpo-vivido, que, por sua vez, serão relegadas e recalçadas no silêncio do inconsciente. Em suma, a partir dos três anos, a imagem do corpo-visto predominará na consciência, ao passo que as imagens do corpo vivo predominarão no inconsciente. O que deduzir disso? Que, depois da descoberta da sedutora imagem especular de si, as imagens das sensações internas serão totalmente esquecidas e se tornarão para sempre inconscientes. Eis por que uma criança de cinco anos, por exemplo, terá definitivamente recalçado o mundo sensual e invisível, que prevalecera até então, para superestimar, doravante, o mundo visível das aparências. Assim, agora compreendemos por que temos o hábito, nós, adultos, de dirigir nosso olhar para fora em vez de para o mundo interno do nosso corpo. Temos maior tendência

a nos olhar pela janela do que nos recolher dentro de nós mesmos, exceto quando estamos doentes e preocupados em delinear o mal que nos afeta. Eu gostaria aqui de fechar esse parêntese sobre o espelho e lhes sugerir a leitura do quadro comparativo entre a imagem consciente do corpo e a imagem especular (Figura 7, p.130). Observemos, ademais, que as imagens inconscientes do corpo são vivamente reativadas quando a criança atravessa suas primeiras crises de crescimento e sente intensamente as sensações que a agitam. Penso particularmente nos momentos da passagem de uma fase libidinal para a seguinte, por exemplo da fase neonatal para a fase oral, ou ainda da fase oral para a fase anal-cinestésica. Observemos que essas imagens reativam-se ainda aos três anos de idade, durante a fase edipiana. Mas, afora essas reativações, assinalemos que o essencial do conteúdo das imagens inconscientes do corpo forma-se irrevogavelmente durante a vida intrauterina e ao longo da primeira infância.

Entretanto, essas imagens, apesar de recalçadas, permanecerão vigorosamente ativas ao longo de toda a existência e se manifestarão em todas as expressões espontâneas do nosso corpo de adulto. Fortemente pregnantes, as imagens inconscientes do corpo infantil determinam nossos comportamentos corporais involuntários, nossas mímicas, gestos e posturas; infletem as curvas de nossa silhueta, marcam os traços do rosto, avivam o fulgor do nosso olhar e modulam o timbre de nossa voz; decidem nossos gostos, nossas atrações e repulsas, ditam nossa forma de nos dirigir corporalmente ao outro e, se esse outro for nosso parceiro amoroso, nossa forma de possuir seu corpo ou ser possuído por ele. Essas imagens influenciam nosso vocabulário e estão na origem de diversas expressões

populares compostas de palavras que designam um elemento corporal: “ele tem os pés no chão”, “ele está com os nervos à flor da pele”, “ele trocou os pés pelas mãos”, “é um cabeça-de-vento” etc. Acrescentemos, finalmente, que essas imagens orientam nossas escolhas estéticas e, mais genericamente, determinam nossos sonhos e nossos atos. Mas não nos enganemos. Todas essas manifestações espontâneas, visíveis, audíveis e palpáveis, inclusive e principalmente os diversos distúrbios que levam o paciente a nos consultar, não passam de expressões atuais das imagens gravadas por nossas sensações antigas. As imagens inconscientes nunca se manifestam tais quais, mas sempre em filigrana; só tomamos consciência delas se um psicanalista as decodifica e as revela para nós no quadro de uma relação transferencial. É somente depois da captação, por parte do profissional, das imagens inconscientes do corpo de seu paciente que elas vão, enfim, mostrar-se estruturadas à maneira de uma linguagem organizada. Veremos adiante, num exemplo clínico, como o psicanalista sente e decodifica essas imagens. Assim como já escrevemos: “O inconsciente só existe com a condição de ser desvelado por um psicanalista, isto é, por alguém que pressupõe sua existência”, hoje escrevemos que a imagem inconsciente do corpo só existe com a condição de ser escutada por um terapeuta que pressuponha sua existência. Assim, em eco à célebre definição lacaniana do inconsciente segundo a qual este é estruturado como uma linguagem, nós formulamos agora que as imagens inconscientes do corpo são igualmente estruturadas como uma linguagem, com a condição de que um psicanalista consiga decifrá-las.

Como veem, atribuo a essas imagens a mesma força, o mesmo poder de determinação que atribuímos habitual-

mente ao inconsciente. Aqui, vocês poderiam me perguntar: “Mas, afinal, essas imagens tão precoces não são o próprio inconsciente?” Formulemos a pergunta de outra maneira: “Essa imagem, que não passa do traço impresso de uma sensação pregnantada sentida pelo bebê, é uma imagem que se grava num inconsciente já presente, já constituído, ou ela é o próprio inconsciente em estado nascente?” Respondo prontamente: seguramente, a imagem inconsciente do corpo é o próprio inconsciente, e o solo fértil desse inconsciente é o corpo! Mas que corpo? Não o corpo físico isolado dos outros, mas um corpo impregnado pela presença do outro, vibrante ao contato carnal, desejante e simbólico da mãe, de uma mãe que é também uma mulher desejante e desejada pelo pai da criança. É justamente nesse corpo do bebê, corpo eminentemente relacional, que vão nascer as sensações que se imprimirão no psiquismo ainda imaturo sob a forma de imagem inconsciente do corpo.

A imagem inconsciente do corpo é o traço indelével deixado pelas sensações mais pregnantadas de nossa infância

Ora, essas imagens são tão duradouras e ativas que nos fazem reviver, sem nos darmos conta, as primeiras impressões sensoriais do nosso corpo infantil. Temos que deixar isso bem claro. De um lado, há a sensação sentida pela criancinha; do outro, a imagem que fixa e conserva essa sensação no inconsciente. Assim, a imagem inconsciente do corpo não é nada além de uma sensação que perdura. Logo, encontramos-nos em presença de dois elementos bem distintos, embora inseparáveis:

uma *sensação* percebida, isto é, sentida no instante, e a *imagem* que dela se imprime no inconsciente. Não sentimos nenhuma emoção, viva, agradável ou dolorosa sem que, simultaneamente, imprima-se sua representação psíquica. Repito: todo vivido afetivo e corporal intenso, consciente ou não, deixa seu traço indelével no inconsciente. Assim, afirmaremos que a imagem inconsciente é, propriamente falando, uma memória, a memória inconsciente dos vividos de nosso corpo de criança. Isso significa que ela tem o poder de fazer coincidir as sensações que sentimos hoje, adultos, com as sentidas no início de nossa vida. Assim, nosso corpo atual, o corpo que sentimos neste momento é, em sua essência, absolutamente idêntico ao corpo que sentíamos bebês. Por quê? Porque nossos dois corpos – o da criança e o do adulto – vibram no mesmo ritmo, como se as sensações mais primitivas escapassem à corrosão do tempo e mantivessem intacto o frescor de seu primeiro despertar. Mas uma questão se impõe incontinenti: entre todas as sensações que um bebê sente, quais as que serão mais investidas e deixarão seu traço no inconsciente? Quais são as sensações que vivemos quando criança que revivemos hoje sem nos apercebermos e que, seguramente, reviveremos amanhã em nossa velhice?

**Três componentes da imagem inconsciente do corpo:
a imagem básica, a imagem funcional e a imagem erógena**

As sensações mais investidas pela criança, isto é, aquelas que se fixam numa imagem inconsciente, dividem-se em três grandes famílias: as sensações que dão ao bebezinho

a impressão de que seu corpo é uma *massa densa e estável* (sensações proprioceptivas* e barestésicas); as que lhe dão a impressão de que seu corpo é uma *massa agitada* por fluxos e refluxos de tensões orgânicas internas (sensações digestivas); e, finalmente, as sensações que emanam da boca e do ânus e dão a impressão de que seu corpo é inteiramente reduzido a um *orifício erógeno*. Sensações, portanto, que o fazem sentir seu corpo como uma base estável amparada pelos braços maternos, pelo berço ou pousada no chão; sentir seu corpo como uma massa pululante de atividade interna; ou, finalmente, como um orifício erógeno palpitante de prazer. Ora, cada uma dessas famílias de sensações tem seu correspondente imaginário no inconsciente. Françoise Dolto propõe assim três grandes componentes da imagem inconsciente do corpo: a imagem *básica*, a imagem *funcional* e a imagem *erógena*. Esses componentes são tão indissociáveis que, quando um deles é perturbado, é todo o conjunto que se vê afetado.

A *imagem básica* é a que proporciona à criança, sem que ela pense nisso – é muito importante que ela não pense nisso –, a certeza de que seu corpo vivo está lastreado e que repousa nos braços que o carregam ou num solo firme que o ampara. E, se pensarmos no período de gestação, a imagem básica é ainda a que comunica ao feto a impressão de que

* Há três tipos de sensibilidade: a sensibilidade *exteroceptiva*, que reage às excitações provenientes do mundo exterior (luz, sons etc.); a sensibilidade *interoceptiva* ou visceral, que reage às excitações provenientes do interior do corpo; e a sensibilidade *proprioceptiva*, que reage às excitações provenientes dos movimentos, das posturas e do tônus corporal. É nessa última categoria que incluímos, por exemplo, as sensações barestésicas provocadas pela gravidade, ou, no ambiente intrauterino, pela pressão do líquido amniótico.

está mergulhado num líquido amniótico denso e protetor. Alguns anos mais tarde, a imagem básica pode, por exemplo, ser o refúgio de uma criança angustiada que se recolhe em seu corpo para se sentir em segurança. Acrescentemos finalmente que a imagem básica, assim como as outras duas, a funcional e a erógena, varia segundo as diferentes fases libidinais. Se tomarmos o exemplo da fase oral, quando o bebê é carregado nos braços da mãe, vemos que a imagem básica imprime-se quando ele sente seu corpo como uma massa compacta de formas curvas, subdividida num bloco cefálico e outro troncular, o todo unificado pela sensação global de uma segunda massa que contém e ampara, materializada pelos braços seguros da mãe.

A imagem funcional. Enquanto a imagem básica é a imagem do que sente um corpo sereno e bem lastreado, a imagem funcional é, ao contrário, a imagem do que sente um corpo interiormente pululante, inteiramente ávido por satisfazer suas necessidades e desejos; um corpo à cata de objetos concretos para prover suas necessidades (o leite, por exemplo) e em busca de objetos imaginários e simbólicos para satisfazer seus desejos (o cheiro da mãe). Françoise Dolto distingue, de um lado, os objetos concretos e *substanciais*, como a comida e os excrementos, que intervêm no contato corpo a corpo entre a criança e a mãe, e, de outro, os objetos *sutis*, perceptíveis a distância, como um olhar carinhoso, o timbre de uma voz ou o cheiro delicado e suave da pele. *A imagem erógena*, por sua vez, é a imagem de um corpo sentido como um orifício se contraindo e dilatando de prazer. Na hora de mamar, a criança sente todo o seu corpo como uma boca e, no momento de evacuar, como um ânus.

Digamos prontamente que, das três imagens, a imagem básica é a mais importante, porque, a cada fase libidinal, ela proporciona à criança a sensação de existir, isto é, a sensação instintiva de ser. É a imagem-refúgio. Com efeito, quando uma criança se vê agredida em qualquer uma das três imagens pertencente a uma fase libidinal determinada, ela volta automaticamente à imagem básica da fase precedente, pois é nela que reencontra sua segurança. No fundo, uma criança que regride busca apenas uma segurança fundamental: poder dizer-se “Sinto-me eu mesma”. Entretanto, esse retorno apaziguador à fase anterior também faz a criança sofrer, porque, tendo regredido, encontra-se ao mesmo tempo defasada: os outros continuam a vê-la como uma criança de sua idade, ao passo que ela mesma sente-se pequenininha. Por conseguinte, quando estiverem na presença de uma criança ou de um adulto que sofre, pensem que ele sofre por duas razões: em primeiro lugar, porque foi afetado por um fato extraordinário, em seguida porque, tendo retornado ao passado para reencontrar a segurança de sua imagem básica anterior, ele fica desamparado por não estar mais em sintonia com sua realidade atual. A criança sofre porque foi magoada e porque está desestabilizada em relação ao seu presente. Sofre porque está dividida entre duas imagens: uma, atual, ferida por ocasião de um episódio traumático; a outra, tranquilizadora, mas cruelmente anacrônica, que o protege, mas o isola do mundo. Mais adiante, quando eu lhes apresentar o exemplo clínico de um caso de regressão, vocês compreenderão melhor esse dilaceramento doloroso entre duas imagens básicas, uma destruída e outra passível de socorro, embora inválida. Porém, insisto, é principalmente a

imagem básica que institui na criança e em todos nós esse estado permanente de uma inalterável e não-consciente certeza de existir. Você está aí, diante deste livro, em vias de me ler, certo de que o solo permanece firme, esquecido do espaço que o contém e do tempo que o atravessa. Naturalmente, esse estado de saudável despreocupação existe na maior parte de nós, mas há criaturas que, profundamente afetadas em sua imagem básica, mantêm um pé atrás, prontas para se defenderem de um hipotético perigo aparente. Suportar permanentemente esse tipo de ameaça imaginária exige delas um esforço extenuante!

Vemos a que ponto a imagem básica é vital e essencial. Ela nos proporciona a tripla sensação de permanecer *estável* para além dos incessantes deslocamentos no espaço, de permanecer o *mesmo* para além das mudanças no tempo e, finalmente, a sensação de permanecer *consistente* para além das inumeráveis trocas com o outro e o ambiente circundante. A sensação de permanecer estável no espaço, de permanecer o mesmo no tempo e de permanecer consistente face à alteridade dos seres e das coisas funda, no mais profundo de cada um de nós, a certeza absoluta de permanecermos sempre os mesmos enquanto evoluímos constantemente. Não sou mais o mesmo de cinco minutos para cá e, apesar disso, sou o mesmo há 50 anos. É precisamente essa antinomia entre o diferente e o idêntico que funda o “si mesmo”. Ser si mesmo é, portanto, ser aquele que permanece idêntico a si, malgrado as inevitáveis mudanças da existência. Entretanto, se quiséssemos nos aproximar o mais perto possível da incognoscível essência desse “si mesmo”, descobriríamos que a *sensação de si* não passa, no fundo, de uma expressão

para designar um desejo, o desejo de viver, o amor inegável pela vida. Sim, sentir-se si mesmo supõe, acima de tudo, a inquebrantável vontade de ser, de não cessar de ser, de ser o máximo de você mesmo, até mesmo além. É precisamente esse desejo de viver, de durar e se superar que Dolto chamou de “narcisismo primordial”.

Gostaria agora de resumir o desenvolvimento que seguimos até aqui sob a forma do quadro sintético proposto na Figura 1.

Duas condições para que uma sensação tenha sua imagem no inconsciente: que emane de um corpo infantil marcado pela presença de uma mãe desejante e desejada pelo pai da criança e, segunda condição, que ela se repita com frequência

Dito isto, coloca-se a questão: o que é preciso para que uma sensação seja conservada no inconsciente enquanto imagem? Mais exatamente, em que condições as sensações que dão ao bebê a impressão de que seu corpo é uma base, uma massa funcional e um orifício erógeno perdurarão na idade adulta? Para que uma sensação imprima sua imagem e torne-se constitutiva do inconsciente, são exigidas duas condições. Em primeiro lugar, que seja uma sensação emanando do corpo quando o bebê acha-se em estado de desejo, isto é, em busca do corpo de sua mãe para nele encontrar prazer, em busca de sua presença, para nela encontrar ternura e serenidade, por saber intuitivamente que seu pai, amado por sua mãe, proporciona-lhes uma segurança

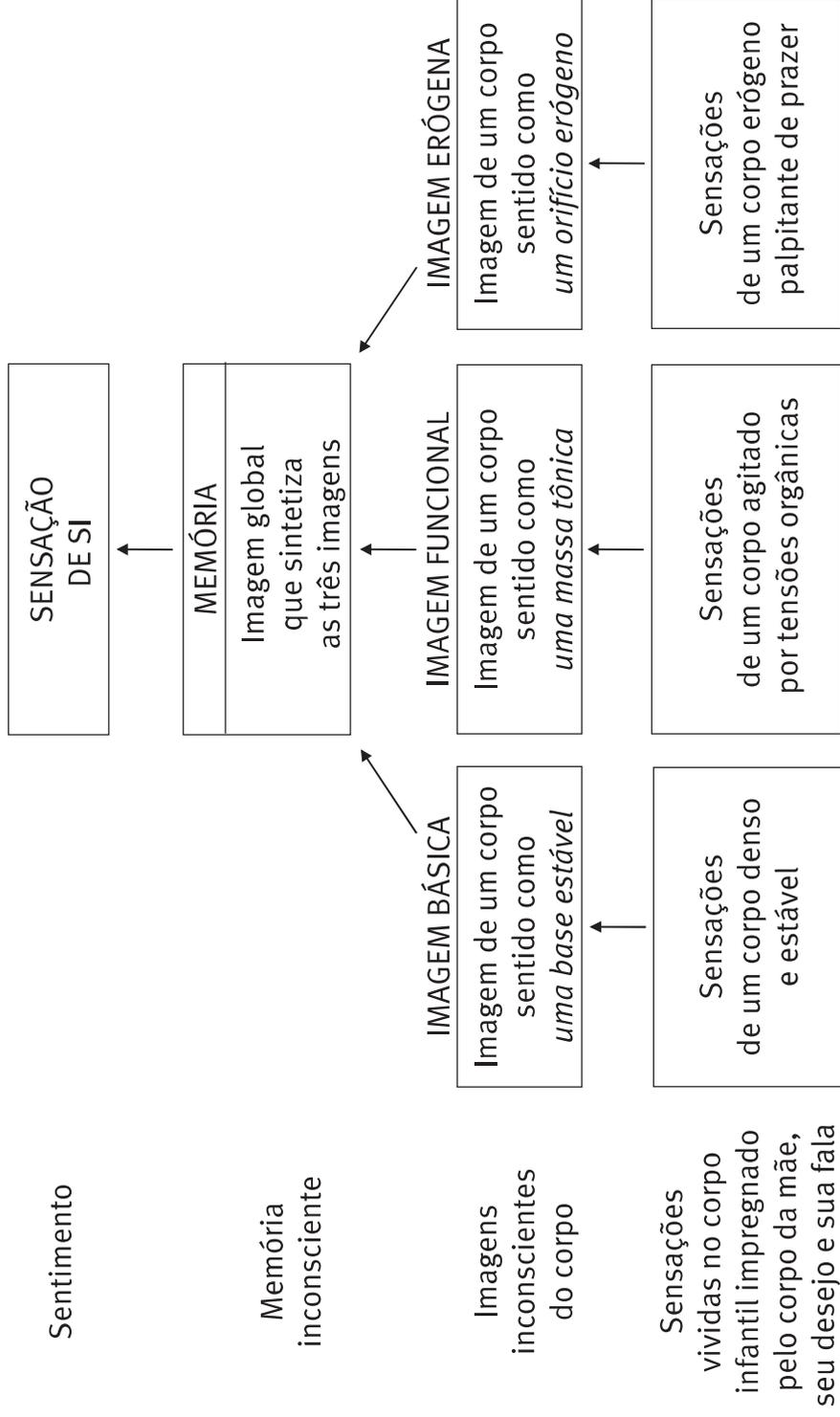


FIGURA 1

No alto do quadro, a autossensação da criancinha (experimentada por volta dos três anos) é o desfecho de todas as imagens do corpo inscritas na memória inconsciente da criança. (O quadro deve ser lido de baixo para cima.)

Comentário à Figura 1

Nesta figura, temos quatro níveis: o subsolo das *sensações*, o térreo das *imagens*, o primeiro andar da *memória* e o andar de cima, o do *sentimento*. As sensações do corpo infantil gravam suas imagens inconscientes e essas imagens, tornadas permanentes, constituem a memória geradora do sentimento de si, sentimento experimentado pela primeira vez aos três anos de idade.

afetiva. A mãe, por sua vez, também deve ser estimulada pelo desejo de partilhar um momento de sensualidade, de afeição e de troca simbólica com seu filho. Se for impelida por esse desejo, se estiver convencida de que seu companheiro a ama enquanto mãe e sobretudo enquanto mulher, seguramente sua presença se instalará no espírito da criança. A mãe desejada e desejante torna-se, assim, uma mãe interiorizada. O que significa “mãe interiorizada” senão uma mãe que influencia, com sua presença, cada expressão de seu filho, a ponto de poder ausentar-se momentaneamente sem lhe fazer falta? E como ela consegue isso? Antecipando as expectativas de seu recém-nascido e dando sentido a todas as produções que ele lhe dirige – sorrisos, olhares, movimentos corporais, choros, gritos, fezes ou arrotos. Dar sentido significa que ela acolhe cada uma das produções de seu bebê como mensagens de amor, de rejeição, de desejo ou de angústia. É esta a qualidade da troca mãe-filho que deve prevalecer para que as sensações vividas pelo petiz inscrevam-se em seu inconsciente!

A segunda condição para que uma sensação forje uma imagem duradoura é a repetição. Com efeito, para que uma sensação deixe sua marca, é preciso que seja frequentemente sentida, repetitivamente percebida e, a cada vez, associada à presença carinhosa, desejante e simbólica dos pais. É apenas assim que uma sensação repetitivamente sentida e emanando de um corpo marcado pela presença da mãe terá suficiente intensidade para gravar no inconsciente uma imagem vivaz, capaz de influenciar para sempre o destino do sujeito.

A imagem inconsciente do corpo é a imagem de um ritmo

Dito isto, torna-se fácil admitir que uma sensação que corresponde a essas condições é mais que uma simples sensação, é uma emoção. Até aqui, fui obrigado a empregar o termo “sensação”, mas, na realidade, é de uma emoção que se trata, a emoção de um encontro. Por conseguinte, não diremos mais que a imagem inconsciente do corpo é a imagem de uma sensação, mas a imagem de uma emoção. Ora, impõe-se nova precisão: qual pode ser o conteúdo da imagem de uma emoção? Quero dizer, o que é que figura nele? Supondo que a imagem seja como um medalhão, que motivo pode aparecer ali? Uma efígie, uma cena? Para responder, preciso antes definir brevemente a emoção como uma tensão, a tensão criada entre duas sensibilidades que se enlaçam, ondulam e se ajustam à maneira de um casal de dançarinos evoluindo ao ritmo da música. A emoção é a mais íntima tensão do encontro carnal, desejante e simbólico entre a criança e a mãe. Ora, o que interessa e permanecerá inscrito em imagens são as variações ritmadas dessa tensão, a cadência da troca sensorial e sensual entre duas presenças que frequentemente concordam e às vezes discordam. O que constitui imagem e permanecerá inscrito na memória inconsciente da criança não é a carícia real da mãe, não é sentir-se acariciada nem sentir em si mesma o prazer de sua mãe em acariciá-la, não, o que se inscreve e perdura no inconsciente é a percepção dos tempos fortes e tempos fracos da intensidade de seu contato carnal.

Compreendemos agora por que o conteúdo do medalhão não pode ser nem figurativo nem narrativo. A imagem da emoção não é em absoluto uma figura. Ao contrário, de-

vemos fazer um esforço para renunciar a representá-la sob uma forma visual. A imagem da emoção não é visual, mas essencialmente rítmica; ela é o traço de um ritmo, a marca em relevo das variações ritmadas da intensidade emocional. Enfim, eis o que eu queria transmitir-lhes: *a imagem inconsciente do corpo é, antes de tudo, a imagem de uma emoção partilhada, a imagem do ritmo da interação carinhosa, desejante e simbólica entre uma criança e sua mãe.* Com a Figura 2, tentei ilustrar, ainda que aproximadamente, o ritmo de uma emoção partilhada.

Como um psicanalista que trabalha com o conceito de imagem inconsciente do corpo escuta seu paciente? Dois exemplos clínicos

Eu lhes dizia que a imagem inconsciente do corpo, em vez de uma linguagem das sensações, é uma linguagem das emoções, emoções que o analista deve conhecer para se comunicar com a criança. Agora, pretendo fundamentar melhor minha proposição e afirmar que a imagem inconsciente do corpo é uma linguagem, sim, mas uma linguagem de ritmos; e que falar essa linguagem significa antes de tudo, para o terapeuta, entrar em ressonância com a vibração básica, funcional e erógena dominante em seu paciente – ainda que seja uma vibração inerente a um estado de regressão e sofrimento. Mas o que significa “entrar em ressonância”? Como um psicanalista que trabalha com o conceito de imagem inconsciente do corpo escuta seu paciente? Para responder comentarei dois casos clínicos, um extraído da prática de Françoise Dolto, o outro oriundo de minha própria experiência.

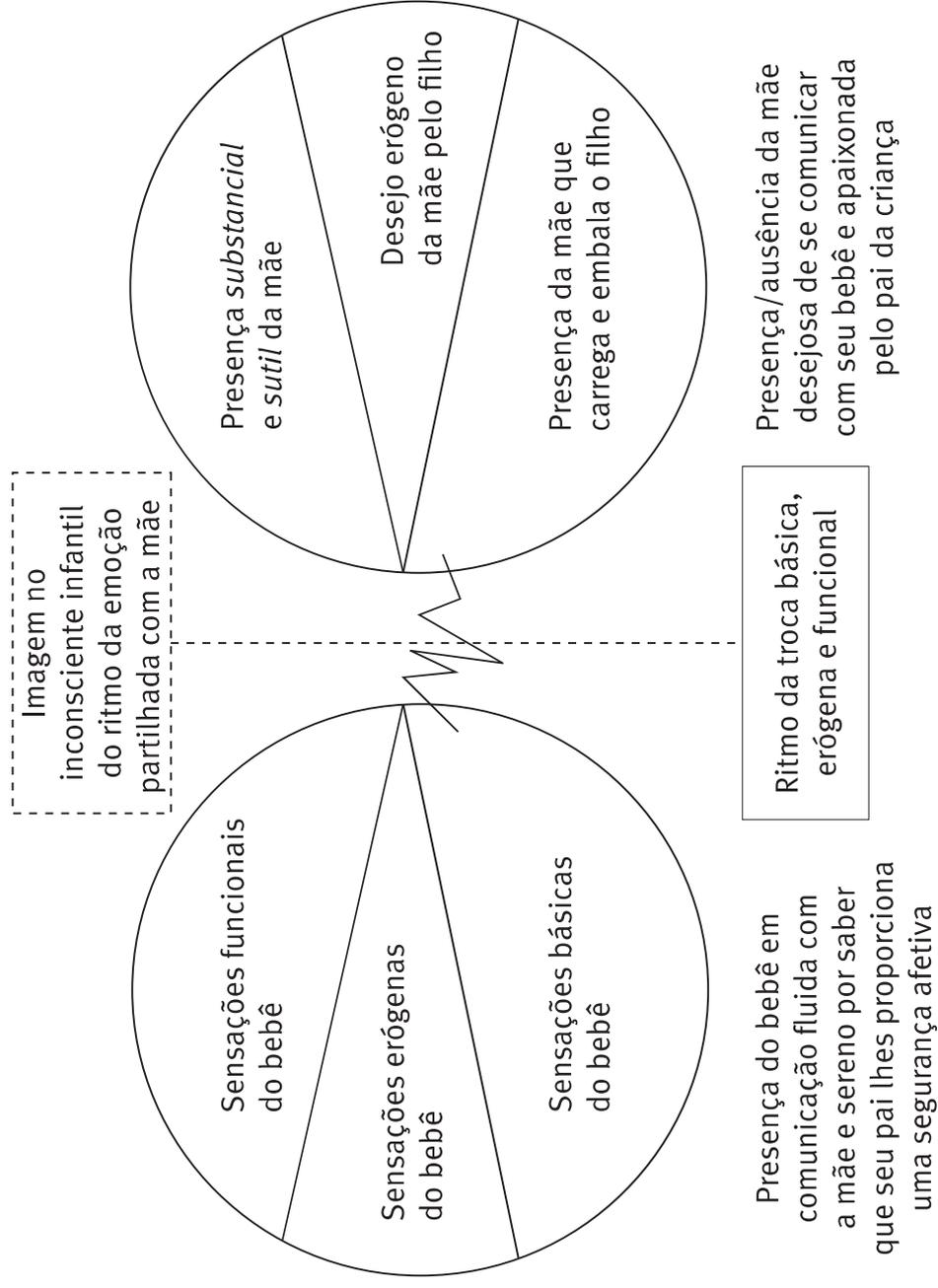


FIGURA 2

A imagem do corpo inscrita no inconsciente da criança é a imagem do ritmo da emoção partilhada com a mãe

Comentário à Figura 2

No início, havíamos definido as imagens inconscientes do corpo como imagens de sensações, depois mudamos, dizendo que eram as imagens das emoções, e agora, com o esquema da Figura 2, dizemos que *a imagem inconsciente do corpo é a inscrição de um ritmo*, do ritmo da troca funcional, erógena e básica entre o filho e a mãe. Por exemplo, o ritmo básico num recém-nascido seria aquele que se instala no inconsciente da criança quando ela sente tanto seu corpinho quente envolto pelos braços maternos quanto a sensação de desamparo quando a mãe a coloca em seu berço. É esse ritmo alternado de sensações boas e desagradáveis que permanecerá inscrito no inconsciente infantil sob a forma de imagem inconsciente do corpo.

“A menina com boca de mão”

O primeiro caso que vou lhes apresentar é o da *Menininha com boca de mão*. Ele ilustra brilhantemente a maneira como um analista fala a língua da imagem inconsciente do corpo. Trata-se de uma garotinha de cinco anos, esquizofrênica, sofrendo de uma grave fobia do tocar. Quando lhe servem seu prato preferido, ela pega a comida diretamente com a boca, sem utilizar as mãos, e engole tudo de uma vez só. Imaginem essa garotinha, a cabeça no prato, debruçada sobre a mesa com suas mãozinhas fechadas, recolhidas no buraco das axilas. Durante uma sessão com Françoise Dolto, a pequena paciente, sentada à mesa de recreação, repete a mesma atitude estranha para capturar com a boca a massa de modelar. É quando Dolto estende-lhe uma bolinha de massa dizendo-lhe: “Pode pegá-la com sua boca de mão.” Imediatamente a menina ousa fazer o gesto que não conseguia realizar fazia meses: estende seu braço, pega com a mão a massa de modelar e a leva à boca.

O efeito dessa fala foi extraordinário, porque Dolto soube falar a língua da imagem do corpo doente de sua pequena paciente. Se ela tivesse dito à criança: “Tente pegar a massinha com as mãos” ou “Pegue, faça um boneco”, essas palavras não teriam tido nenhum efeito. Ao passo que, com a frase “Você pode pegar com sua boca de mão”, a analista conseguiu elevar a boca à dignidade da mão. Em vez de deplorar a regressão, Dolto a valoriza. Quando diz à criança: “... sua boca de mão”, fala a língua dominante, a língua de suas sensações dominantes, a língua da tensão mais forte, a língua do ritmo preponderante, isto é, do ritmo da oralidade. Ao dizer “... sua boca de mão”, ela reconhece o poder da boca sobre a mão, da oralidade

regressiva sobre a motricidade deficiente. E, ao fazê-lo, reconhece simplesmente a criança tal como é, ali onde é, retraída em seu refúgio oral; doente, decerto, mas em segurança. Dolto consegue fazer a criança reagir porque compreendeu que a imagem regressiva e apaziguadora era a imagem oral. É justamente porque reconhece a criança em seu refúgio oral que esta pode se libertar e dar o salto da boca de mão, da fase oral, para a fase motora-anal. Com algumas palavras simples, de uma simplicidade poética, Dolto pronuncia, na sessão, a fala que não fora dita no momento em que a criança teria precisado ouvi-la. Teria tido então forças para deixar a fase oral e conquistar a fase motora típica de sua idade. Ao convidá-la para “pegar com sua boca de mão”, é como se Dolto, em ressonância com o imaginário doente da criança, lhe dissesse: “Não tema nada, você regrediu à fase oral e fez bem, uma vez que é utilizando sua boca que você se sente tranquilizada num corpo em segurança que lhe dá a sensação de ser você mesma. Agora que você sabe que alguém compreendeu o quanto era necessário para você utilizar sua boca para substituir suas mãos, você se sente suficientemente forte para abandonar seu estado regressivo e passar à fase seguinte.” Se, à guisa de resposta, pudéssemos agora fazer falar a garotinha, já livre de seu sintoma, ela nos diria o seguinte: “Essas palavras dizem o que sinto e que não sabia que sentia. Tenho finalmente direito a ter o corpo que tenho! Agora sinto-me reconhecida, sinto-me melhor, mais serena, sinto-me eu mesma. Existo doravante numa continuidade de ser, com um antes – a fase oral –, um presente – a fase motora – e um futuro que me espera. Se hoje sinto-me em segurança, é porque acabo de compreender que o tempo não para no passado, que posso crescer e me tornar outra sem, por

isso, deixar de ser aquela que eu era.” Eis o que nos diria uma criança feliz por ter sido reconhecida.

“O bebê que cuidava da mãe”

Agora gostaria de lhes apresentar o caso de Clara. Um dia recebo uma bebezinha de dez meses trazida pela mãe. É bem pálida, franzina, sem tônus, anda comendo pouco e quase não dorme – apenas três horas por dia. Sua mãe me conta que já consultou vários pediatras, inutilmente. Esclarece que antes o bebê chorava muito mais que agora, quando, em vez de chorar, não dorme mais, mantendo os olhos abertos e tristes. Durante esse primeiro encontro, a garotinha está inerte, inexpressiva, o corpo largado no colo materno. Ao fim de um momento, dirijo-me à mãe e lhe pergunto se ela própria dorme à noite:

– Mas durmo pouco, doutor! Como dormir se Clara não dorme?

Insisto:

– Mas o pouco tempo que a senhora dorme, a senhora dorme bem?

A mãe hesita, depois responde:

– Na verdade, acontece uma coisa pavorosa comigo. É que tenho um pesadelo horrível quando durmo: vejo, de pé à minha frente, minha irmã chorando e falando comigo. É como uma visão.

– Como assim?

– É a minha irmã mais velha que se suicidou há um ano e meio em condições dramáticas. E essa visão me aparece todas as noites desde o nascimento da pequena.

É quando ela se desfaz em lágrimas.

Nesse instante, vendo a mãe em lágrimas, volto-me para a criança e, com toda a convicção de ser plenamente ouvido, digo-lhe:

—Você sabe, Clara, compreendi por que você não dorme. Você não dorme porque sente sua mãe em perigo e quer protegê-la. Mas agora que sei por que ela chora, prometo que vou cuidar disso. Sou eu que vou me ocupar do sofrimento de sua mãe. Agora confie em mim e durma tranquila!

Pois bem, quando lhe falei assim, a criança virou a cabeça para mim e me dirigiu um olhar tocante de inteligência. Não tinha mais os olhos emaciados e sem brilho do início da sessão. A pequena Clara então se reergueu como se seu corpo houvesse revivido, encolheu-se contra sua mãe e apoiou a cabeça em seu braço num gesto de consolo e serenidade.

Três dias mais tarde, quando as revi, a menininha não era mais a mesma e a mãe também mudara. O que acontecera? Minhas palavras consolaram a criança porque, ao lhe garantir que ia cuidar de sua mãe, desonerei-a da tarefa impossível de ter ela mesma que fazê-lo. Enquanto a garotinha do caso Dolto regressara da fase anal para a fase oral para encontrar uma imagem básica oral segura, Clara, por sua vez, perdera sua base, não tinha mais suporte materno. A mãe, absorta em seu sofrimento, não a carregava mais. Clara não regressara a uma fase anterior, muito pelo contrário, projetara-se demasiadamente à frente para a sua idade e se superava além de suas forças para proteger a mãe, não apenas por amor, mas por instinto de sobrevivência: ela precisava encontrar braços firmes que a carregassem. Clara estava esgotada com o esforço sobre-humano de uma véspera interminável.

Eu diria que, no caso da *Menininha com boca de mão*, Dolto faz uma interpretação que reconhece a criança em seu re-
traiamento regressivo, ali onde ela está em segurança: “Você
faz bem em regredir e junto-me a você onde você está.” E é
justamente porque o analista a reconhece que a criança tem
forças para deixar sua fase regressiva oral, conquistar a fase
motora e finalmente descobrir o uso das mãos. Em contrapar-
tida, no caso do *Bebê que cuidava da mãe*, minha interpretação
induziu um movimento inverso. Clara antecipava a fase se-
guinte, isto é, a fase motora-anal, quando a criança mantém-se
sozinha de pé. Desesperada e querendo ser a mãe de sua
mãe, ela tinha ido longe demais para um bebê. Ao lhe falar
na língua da imagem inconsciente do corpo: “Vou cuidar da
sua mãe, durma tranquila”, restituí-lhe uma base e lhe sugeri:
“Volte a si, descubra sua inocência de bebê. Descanse!”

Como me ocorreram essas palavras? No exato instante
em que vi aquela mãe desfazer-se em lágrimas, compreendi
que o sofrimento do bebê era por querer carregar na ponta
do braço uma mãe frágil, por ter de ser a mãe de sua mãe.
Mas a minha compreensão não foi o desfecho de uma re-
flexão, muito pelo contrário, ela se impôs num lampejo. Até
aquele momento preciso, eu não captara a causa da tristeza
e da insônia da garotinha. Precisei ouvir os soluços da mãe e
vê-la sofrer para que, espontaneamente, eu me voltasse para
a criança, me concentrasse e sentisse as tensões dolorosas que
o bebê devia suportar sem se dar conta disso. E o que senti?
Senti que a pequena Clara vivia inconscientemente seu corpo
como um corpo paralisado, todo crispado e retesado para
frente, querendo encontrar ansiosamente os braços da mãe
que não a carregavam mais. Cheguei a imaginar que aquele

corpo bizarro era um corpo com as costas arrancadas, como se, perdendo os braços esteios da mãe, tivesse perdido suas costas, costas que, em geral, permaneciam modeladas pelo regaço dos braços maternos. Na verdade, o corpo que imaginei era o oposto do corpo átono de uma criança triste; era o corpo hipertônico de uma criança eletrizada que queria desesperadamente realizar um esforço além de si. Diante de mim, eu via um bebê abatido, mas, na minha escuta imaginária, eu via a figura de uma criança com o corpo hipertenso, toda esticada para a frente. Isso mostra como o corpo inconsciente, nascido na escuta de um psicanalista, é radicalmente diferente do corpo da criança tal como aparece na sessão.

O psicanalista fala a língua da imagem inconsciente do corpo de seu paciente

Agora gostaria de responder com maior concisão ainda à pergunta que perpassa todo este capítulo: como o psicanalista entra em ressonância com seu paciente e encontra as palavras necessárias para consolá-lo de seu sofrimento? Quero dizer: o que se passa na cabeça de um psicanalista para que lhe surjam as palavras que seu paciente espera? Esquemáticamente, decomponho em cinco tempos o processo mental, extremamente rápido, que mobiliza o espírito do analista entre o momento preciso em que este é fisdado por uma manifestação do paciente – no caso de Clara, o choro da mãe – e o momento em que ele enuncia as palavras que consolam. Distingo assim cinco tempos que se sucedem no espaço de um segundo: um tempo de *observação*, um tempo

de *visualização*, um tempo de *sensação*, um outro de *vibração rítmica* e, por fim, um tempo de *interpretação*.

1. Em primeiro lugar, o psicanalista *observa* e interpreta as manifestações de seu paciente, criança ou adulto, como sendo expressões das imagens inconscientes do corpo infantil.

2. Em seguida, o analista sente-se capturado, aspirado por uma palavra ou gesto do paciente e, quase à sua revelia, *visualiza* o corpo inconsciente de sensações patogênicas que fazem o analisando sofrer. O psicanalista vê então surgir em seu espírito a representação de um corpo bizarro, tal como se desenharia a partir das sensações vividas por um bebezinho; um corpo torcido à maneira daqueles pintados por Hieronymus Bosch ou Francis Bacon. Esse corpo imagético pode assumir o aspecto de um estranho aglomerado de órgãos: no lugar da mão figura uma boca, no lugar do baixo-ventre perfila-se uma cabeça e, como se não bastasse, a cabeça de uma mãe; em cima de um rosto, brilha o buraco de olhos arrancados; ou ainda, no exemplo de Clara, desenha-se um corpo retesado, desprovido de suas costas, os braços estendidos em busca de um objeto inacessível, um corpo de bebê sem âncora, boiando no espaço.

3. É nesse momento, terceiro tempo, que o terapeuta identifica-se com esse corpo imagético que aparece em seu espírito. Identificar-se significa aqui que ele sente não o que sente a criança bem real da sessão, mas o que sentiria uma criatura cujo corpo fosse esse corpo estranho imaginado pelo analista. Se voltamos ao exemplo de Clara, não me identifiquei com o bebê átono que se acha à minha frente, mas com a criança hipertônica, de olhos arregalados, que visualizo. Insisto. Não vivencio os sentimentos experimentados pelo

bebê da sessão, *sinto* as tensões que supostamente animam o corpo que imagino. Em suma, identifico-me com o ser que imagino e não com o ser que vejo.

4. Marcado pela imagem desse corpo estranho, de anatomia bizarra e atravessado pela sensação das tensões que nele reinam, *vibro* ao ritmo dessas tensões até me encaixar no ritmo erógeno que cadencia o corpo bem real do meu pequeno paciente.

5. Dessa forma, marcado pela visão desse corpo imaginário e eletrizado pela intensidade de minha sensação, decido transmitir ao paciente o que sinto e que lhe concerne, uma vez que minha sensação não é outra coisa senão seu próprio inconsciente vibrando em mim. É essa comunicação que denomino interpretação. Eu *interpreto* no momento que estimo mais oportuno e usando palavras simples, tocantes, mas, sobretudo, palavras que o conduzirão a voltar-se sobre si mesmo. Assim, o psicanalista fala com convicção a língua da imagem inconsciente do corpo de seu analisando.

Proponho-lhes descobrir esses cinco tempos na Figura 3, na qual desenhei a cabeça de um analista que revela ao paciente – criança ou adulto – a imagem inconsciente do corpo na origem de seus sintomas.



Leonardo da Vinci tinha uma palavra para dizer que cada ser tem uma maneira muito particular de se mover, agir, sentir ou falar. Esta palavra é “serpentear”. Para Leonardo, a finalidade da arte é justamente apreender essa ondulação íntima de um ser e torná-la perceptível na obra plástica.

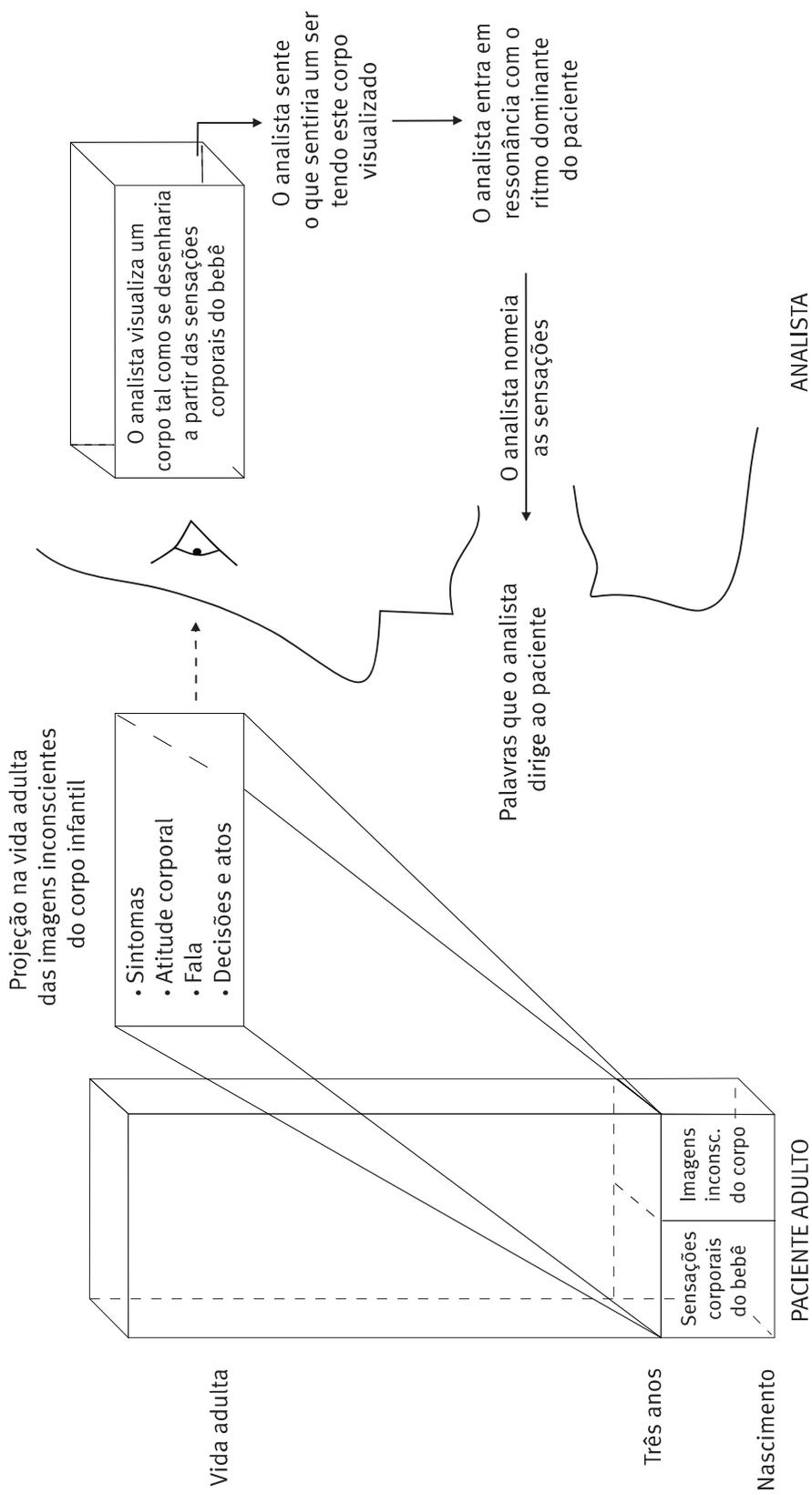


FIGURA 3

O psicanalista fala a língua da imagem inconsciente do corpo de seu analisando

Comentário à Figura 3

Em primeiro lugar, o psicanalista *observa* e compreende as manifestações de seu paciente como sendo as projeções, na vida adulta, das imagens inconscientes do corpo infantil. Em seguida, o analista *visualiza* o que seria esse corpo infantil das primeiras sensações, depois *sente* essas sensações, *vibra* a seu ritmo e, por fim, *interpreta*. Esses cinco tempos conjugados (observação, visualização, identificação com as sensações, vibração e interpretação) especificam o essencial da escuta analítica. Assim, quando perguntamos qual a diferença entre a psicanálise e a psicoterapia, uma resposta possível seria afirmar que a especificidade do psicanalista é escutar seu paciente realizando esse processo mental articulado em cinco tempos.

Inspirado por esse ideal do artista, eu diria que a ambição do psicanalista é também surpreender o serpentear singular de seu analisando, dar-lhe uma forma imaginária e vibrar ao ritmo de suas intensidades erógenas. Se o psicanalista conseguir perceber dentro de si mesmo o movimento interior do outro, então as palavras que terá a dizer sairão espontaneamente. Essa maneira de capturar o inconsciente do analisando, não mais de fora, mas de dentro, do interior do outro ou do interior de si, é um ato analítico submetido a diversos imperativos. Em primeiro lugar, é preciso compreender que esse mergulho no inconsciente do outro não se realiza todos os dias e com todos os pacientes; em seguida, que supõe um esforço intenso e difícil, pois essa “captação do inconsciente do paciente com seu próprio inconsciente” – segundo a expressão de Freud – só é possível se o analista permanecer dissociado entre uma parte de si mesmo que se engaja plenamente e outra, lúcida, que observa. Essa dissociação do terapeuta exige grande contenção de espírito e uma energia considerável. Finalmente, ainda que esse mergulho eminentemente intuitivo não seja o resultado de uma elaboração intelectual, é indiscutível que não poderia produzir-se sem um longo e regular convívio com a teoria. Captar o inconsciente do paciente num lampejo interior e traduzi-lo em palavras acessíveis é apenas o ápice de uma pirâmide cuja base é uma sólida base teórica. Entretanto, para além do saber conceitual, do talento clínico e de um conhecimento aprofundado dos sintomas e da história do paciente, o psicanalista deve ainda e sobretudo poder lidar com seu inconsciente, ou melhor, com sua própria imagem inconsciente do corpo, como se esta fosse um instrumento

versátil e ágil, sempre apta a se moldar segundo as fugazes manifestações do inconsciente de seu paciente.



Preciso agora concluir. Após a leitura deste capítulo, seria possível julgar que o psicanalista vive no culto do passado e das lembranças da primeira infância. Nada disso – o que importa num tratamento analítico não é a rememoração, mas a revivescência. Quando escuto meu analisando, provavelmente espero que o passado surja, mas quando ele surge através de uma emoção, ele se torna o instante presente mais inédito possível. Quando o passado se reatualiza, não é mais passado, é uma nova produção. O inverso também é verdadeiro. Quando inovamos, quando realizamos um ato criativo, isto é, quando modificamos nosso meio ambiente e modificamos a nós mesmos, tenhamos certeza, é nosso passado que volta e nossas raízes mais profundas que afloram.