

A clínica como testemunho de corporeidade diante do traumático da experiência

Renata Codeço Dias
Carlos Augusto Peixoto Junior

Renata Codeço Dias é doutoranda em Psicologia Clínica da PUC-Rio, pesquisadora bolsista do CNPq.

Carlos Augusto Peixoto Junior é professor do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da PUC-Rio, e pesquisador do CNPq.

Resumo O presente artigo avalia possíveis mudanças na formação da experiência subjetiva contemporânea, tornada irrepresentável a partir das novas configurações socioculturais. Sugerem-se algumas modificações no manejo técnico por parte do dispositivo analítico e, para tal, discute-se o acesso à dimensão criativa da experiência por meio do corpo do analista, que se apresenta como campo sensível de passagem e como um testemunho que oferece corporeidade à experiência traumática.

Palavras-chave corpo; experiência; narrativa; trauma; criação; testemunho.

Se não falas
Se não falas, vou encher o meu coração
Com o teu silêncio, e aguentá-lo.
Ficarei quieto, esperando, como a noite
Em sua vigília estrelada,
Com a cabeça pacientemente inclinada.

A manhã certamente virá,
A escuridão se dissipará, e a tua voz
Se derramará em torrentes douradas por todo o céu.

Então as tuas palavras voarão
Em canções de cada ninho dos meus pássaros,
E as tuas melodias brotarão
Em flores por todos os recantos da minha floresta.
[Rabindranath Tagore]

Narrativa e experiência traumática: o estatuto do corpo

A nova concepção de mundo que se engendra por meio da cibernética e das exigências comportamentais de vivência em um mundo globalizado (por exemplo, a adaptação constante à velocidade instantânea dos meios de comunicação, as relações virtuais e a não fixidez proporcionada pela virtualização dos espaços físicos) tem construído uma nova relação com o corpo, e produzido mudanças nas narrativas que acompanham sua constituição. A narrativa oral, fundada em um prazer de contar, antes veículo da perpetuação da memória e formadora dos vínculos geracionais através da transmissão de um saber viver, de formação de identidade e de transmissão de uma



como dizer o indizível? Como pode haver testemunho quando a dor ou o absurdo nos tornam estanques, encerrados em nossos escafandros subjetivos?

experiência essencialmente compartilhável, parece entrar em crise.

A palavra, a linguagem, como nos mostra Gagnebin em sua análise da obra de W. Benjamin¹, sofre as consequências de uma crise da tradição em que os antigos valores se rompem, crise sentida principalmente após as guerras com o fenômeno totalitarista que culminou no Holocausto. O silêncio diante do trauma, como coloca Walter Benjamin, denuncia a fraqueza da significação: não parece mais possível falar sobre a dor; torna-se inútil, e até mesmo vulgar, falar de algo tão desestruturante e assustador, tão inumano. Vivemos tempos de barbárie, dirá Benjamin² em uma passagem sobre a perda da comunicabilidade da experiência, caracterizando o contemporâneo por esta ruptura entre a palavra e a dor, entre a narrativa e o corpo, corpo este descarnado e privado de sua integridade, de suas histórias constituintes.

Essas consequências humanas dos eventos na modernidade e seus desdobramentos contemporâneos têm sido acolhidas na clínica psicanalítica desde o início do século XIX, e a principal questão da psicanálise era a de impelir o sujeito à elaboração dos traumas, à significação daquele material que teria permanecido sem sentido. Diante da perda da experiência, o *setting* analítico tornou-se o lugar possível onde a solidão e a incomunicabilidade poderiam localizar-se enquanto tais, no qual esses problemas adquiriam relevância, lugar de denúncia da escassez da palavra e do inominável. No entanto, numa época em que a crise da representabilidade do trauma radi-

calizou-se, ou ainda, num momento em que não conseguimos mais representar nossa dor, posto que ela tornou-se inominável diante dos absurdos das guerras e do assujeitamento às práticas capitalistas ferozes, o lugar do terapeuta parece ter se deslocado e também se encontraria em crise.

A noção de experiência contemporânea, catastrófica, coloca, para nós, o lugar da escuta terapêutica onde Benjamin³ localiza o lugar da testemunha. Testemunha, não por culpa ou por compaixão, mas por compreender a importância da transmissão e do compartilhamento da história, porque só assim é possível, dado o sofrimento indizível, inventar o presente. Ser testemunha de um texto, de uma vida, de histórias. À clínica, isso tudo parece reclamar uma estilística de afetação, um “querer lidar” com essas questões em suas práticas. Nesse contexto, as soluções terapêuticas que têm como principal recurso a fala e o discurso do paciente sobre si mesmo entram também em crise. Como dizer o indizível? Como pode haver testemunho quando a dor ou o absurdo nos tornam estanques, encerrados em nossos escafandros subjetivos? Por isso, à clínica faz-se um apelo ao silêncio, ao corpo, e o testemunho se inscreve na carne e insere a testemunha como campo comum de afetação.

Este campo se constitui como espaço-tempo paradoxal que é na mesma medida tragédia e salvação, possibilidade e impossibilidade. De espaço traumático, a clínica tem como dever transformá-lo em espaço de criação, de reinvenção, ao mesmo tempo que dá passagem e testemunho ao horror.

Desde a formulação, em 1951, do conceito de *objetos ou fenômenos transicionais* até a integração desse conceito em uma teoria do brincar, em 1971, Donald Winnicott localizou o campo da experiência como paradoxal, pois, ao mesmo tempo que ela exige representação, traz em si a sua impossibilidade, levando a uma demanda psicoterapêutica de cuidado, de emergência, mas que não parece encontrar escoamento nas relações terapêuticas que pretendem a significação⁴. No caso da experiência traumática, isso certamente



ocorre porque o sujeito se encontra incapacitado de atender à exigência básica que lhe é feita: “fale sobre isso”. Assim, em consequência da crise da representação, o que se evidencia para nós como principal desafio clínico é o lugar do corpo na contemporaneidade. O corpo resta como meio de acesso ao mesmo tempo que permanece inacessível à fala. A fala se torna vazia quando não encontra no contar nenhum alento, nenhum compartilhamento.

Nesse viés, a experiência que se corporifica na clínica institui o mesmo espaço que une e separa, espaço de conexão e ruptura. Espaço de ilusão, mas não de magia fantasmática ou ficção; muito pelo contrário, trata-se de um lugar em que a mentira nem sequer é possível. Lugar, portanto, onde o trauma é reparado sem perder sua seriedade, sem esquecer, onde o silêncio pode ser povoado e repleto de sentido. Esse espaço que atravessa o corpo não é um espaço discursivo, mas um espaço de uso, como nos aponta Rogério Luz (1989): espaço onde o gesto vale mais que a palavra, no qual esta advém do primeiro, e não o contrário⁵.

Pensar esta experiência primeira enquanto corporeidade por excelência e o trauma enquanto captura do corpo por estratégias de poder mortificantes pode levar a considerar que a *clíni-*

»
a experiência, como tal,
que se atualiza enquanto corporal,
é uma experiência de sentido
em si mesma

ca do discurso toma o trauma pela estrutura. Ou seja, a ruptura psicopatológica é confundida com o funcionamento do sujeito *per se*, sendo a neurose o modelo de funcionamento moderno. A partir disso, torna-se necessário reafirmar a importância de uma noção de experiência clínica baseada em um funcionamento conectado e inerente à vida, e, conseqüentemente, de um conceito de saúde diverso daquele formulado pela concepção organicista e cartesiana de ciência. A noção de experiência-corpo – como matéria-prima para as inscrições relacionais e que subjaz ao trauma justamente por estar conectada diretamente à vitalidade – não parece ser aquela proposta pelo discurso científico contemporâneo. Este se mostra por demais desencarnado, dissoциado, mesmo quando parece exaltar ou *resgatar o corpo* em psicoterapias corporais.

A experiência, como tal, que se atualiza enquanto corporal, é uma experiência de sentido em si mesma. O trauma que insere a questão do falso e do verdadeiro, do certo e do errado no nível da experiência, clivando-a, parece ter sido tomado como referência para o modelo de sujeito na contemporaneidade. Com isso, em vez de passível de mediação, a experiência torna-se interdita.

Nesse sentido, Ferenczi situa o desmentido como trauma que impede o sentido, os processos de subjetivação e a espontaneidade, fazendo com que a representação não tenha consistência psíquica⁶. É a dor que se insere como ferida aberta por meio de um apelo corporal, e é neste viés que inscreve seu silêncio e sua tragédia. Por isso, pensar a clínica da experiência, para nós, recla-

- 1 J. M. Gagnebin, *História e narração em Walter Benjamin*, p. 55.
- 2 W. Benjamin, *Magia e técnica, arte e política*, p. 115.
- 3 *O ouvinte ou a testemunha* é “aquele que não vai embora, que consegue ouvir a narração insuportável do outro, não por culpabilidade ou por compaixão, mas porque essa retomada reflexiva do passado pode nos ajudar a não repeti-lo infinitamente e ousar esboçar uma outra história e a inventar o presente”. (J. M. Gagnebin, “Memória, História, Testemunho” in S. Bresciani (org.), *Memória e (res)sentimento – indagações sobre a questão sensível*, p. 93).
- 4 “Essa área de desenvolvimento e experiência individuais parece ter sido desprezada, enquanto a atenção se focalizava na realidade psíquica, pessoal e interna, e sua relação com a realidade externa ou compartilhada. A experiência cultural não encontrou seu verdadeiro lugar na teoria utilizada pelos analistas em seu trabalho e em seu pensar.” (D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade*, p. 8).
- 5 “A distância possível entre sujeito e objeto não é um lugar de discurso, mas um lugar de uso, um espaço de inscrição de gesto, sobre uma materialidade-suporte e uma materialidade-resistência, apresentada pelo ambiente ou nele encontrada.” (R. Luz, “O espaço potencial: Winnicott”, p. 3).
- 6 C. A. Peixoto Junior. “Trauma, vida nua e estado de exceção: notas sobre clínica e política”, p. 57.



*apostar na experiência,
em uma prática do corpo em
psicanálise, portanto, requer
a busca da corporeidade na clínica*

ma um apelo a afetos corporais negligenciados em sua produção subjetiva e em sua capacidade afetiva, em cujo campo o terapeuta pode ser tomado como testemunha.

A posição de testemunha inaugura uma condição de mediação da experiência. É a experiência-corpo-terapeuta que tem como função oferecer passagem e dar continuidade à experiência, ao mesmo tempo que inaugura uma posição de alteridade. Um outro que media, cuida, espelha e molda constitui a posição terapêutica exigida pela subjetividade contemporânea que parece reclamar contorno, bordas, limites flexíveis e imanentes, construídos na relação eu-outro, dentro-fora, subjetivo-objetivo.

Delimitar os limites do corpo, portanto, é também questionar o corpo do qual estamos tratando. Que corpo é este, tão falado ou “vivenciado” (e muitas vezes por isso mesmo ignorado) nas psicoterapias corporais? A delimitação do corpo nessas psicoterapias parece apenas reforçar uma cisão, dissociando o corpo do sentido em busca de sua “fala” no âmbito da representação.

Fechar rigidamente os limites no campo representacional significaria encerrar-se em si mesmo (ou no objeto), tornando a experiência eminentemente objetiva ou subjetiva. Nessas condições, apostar na criação, numa espécie de estado limítrofe entre realidade e subjetividade, nesse espaço *entre*, implicaria sustentar a experiência corpórea em seu âmbito paradoxal, com suas reentrâncias e orifícios, onde os limites entre o interno e o externo não seriam questionados. Nesse sentido, faz-se necessário recorrermos ao

que José Gil chama de “espaço limiar”, como o espaço mesmo da experiência.

De uma maneira geral, todos os orifícios de entrada do corpo físico objetivo nos levam a um espaço indeterminado, sem contornos nem limites interiores. Em certos casos, como por exemplo nas psicoses, até mesmo os poros se tornam via de acesso ao interior. É o ato sexual, que implica penetrar e ser penetrado, é por um lado vivido pelos dois parceiros como ocupação desse espaço, e, por outro lado, como qualquer coisa que tem a ver com o que se poderia chamar de “fluxo das almas” por contato, contágio e multiplicação de intensidades. Não é só biologicamente que o desejo tem a vocação de visar ao interior do corpo: é também porque ali se transformam os espaços e se encontra a alma, ultrapassando as fronteiras do objeto.⁷

Apostar na experiência, em uma prática do corpo em psicanálise, portanto, requer a busca da corporeidade na clínica. No entanto, como já se pôde observar até aqui, não se trata nesse caso de uma prática corporal no sentido de desbloqueios de energias reprimidas. Trata-se, sim, de pensar e repensar a corporeidade enquanto embate ético-político num contexto cultural em que o trauma, a cisão da narrativa e a perda da experiência parecem reconfigurar subjetividades e, conseqüentemente, exigir da clínica novas posições frente a isso.

Limites da experiência e experiência limítrofe: novos embates para a clínica contemporânea

A clínica dos chamados pacientes limítrofes, psicopatologia eminentemente contemporânea, coloca o analista não apenas diante de embates técnicos, mas também o confronto com questões de ordem ética e política. Devido às perdas dos contornos e fronteiras socioeconômicas e com a virtualização das instituições, as constituições subjetivas parecem se passar em meios voláteis, indefinidos, assim como a forma de adoecer parece estar

relacionada às experiências de esgarçamento de limites do eu, das identidades, das configurações relacionais.

Momento de crise como dito anteriormente, a contemporaneidade caracteriza-se pela radicalização do não limite, da facilidade da informação, onde as formas de ser anteriormente estruturadas não mais se coadunam com a rapidez e a instantaneidade das exigências cotidianas. Esse novo engendramento traz em si uma sensação de vazio de sentido que já foi banalizado, e o sentido se abre radicalmente. Se essa abertura traz a possibilidade de criação e reconfiguração, também traz consigo um adoecimento aparentemente amorfo, não delimitado, e um vazio não dito, uma existência totalmente dissociada de sua corporeidade e que não se percebe como tal.

Podemos dizer então que, se a angústia do conflito era a grande questão moderna, a contemporaneidade traz como problema o não sentido, o inominável, configurando novas manifestações de adoecimento mais relacionadas à impossibilidade de vínculos significativos para o sujeito do que a indignações e queixas a respeito desses vínculos. Formas de adoecimento como o pânico, os transtornos alimentares, os estados *borderline* ou as mais diversas modalidades de falência corporal – as quais parecem traduzir a dificuldade de acompanhar o ritmo e a instantaneidade do contemporâneo em doenças mutantes e abocanhadas pela indústria farmacêutica – constituem experiências no limite do representável, vividas por pacientes que parecem não se enquadrar nas exigências técnicas tradicionais. Diante da exigência da fala, elas não respeitam o enquadre analítico mais comum e invadem com seu sofrimento os limites estabelecidos pela psicanálise clássica.

Esses movimentos subjetivos parecem trazer a marca da clivagem ou da dissolução do eu, o qual se enrijece em um vazio que não pode ser percebido enquanto tal. Dentre eles destacamos a “esquizoidia”, tal como definida por D. Winni-

7 J. Gil, *Metamorfoses do corpo*, p. 44.

8 Sobre essa questão, ver D. W. Winnicott, *Explorações psicanalíticas*, p. 112.

podemos dizer então que,
se a angústia do conflito
era a grande questão moderna,
a contemporaneidade traz
como problema o não sentido,
o inominável

cott⁸, como a categoria que melhor exemplifica esses movimentos. Winnicott, analista sensível às questões do trauma e às novas configurações subjetivas, identificou a esquizoidia como uma reação a mudanças velozes de um ambiente que se apresenta confuso, excessivamente indefinido, caótico. O bebê, em sua formação subjetiva, não suportando o excesso ou a falta ambiental, construiria uma barreira (*falso self*) para defender-se de “angústias impensáveis”. Situadas no campo da impossibilidade da comunicação, as questões trazidas por Winnicott no contato com seus pacientes esquizoides nos parecem um exemplo de que a perda da comunicabilidade da experiência traz impossibilidades também na constituição subjetiva, advindas de experiências-limite.

Diante do trauma, o bebê pode ser impedido de relacionar-se com algo externo, constituindo um “encapsulamento do eu” a fim de preservar algo de sua existência, encontrando sentido no não sentido. Dentre outras reações possíveis à inadaptabilidade do ambiente ao bebê, a esquizoidia aparece como um possível paradigma do sofrimento contemporâneo, dada a presença de uma experiência dissociada da comunicabilidade, que encontra em fantasias e objetos internos o seu refúgio, do qual sai apenas para manter relações precárias com o outro, sentidas como falsas. Assim, tocado por essas dificuldades, Winnicott levanta questões sobre como acessar essa experiência criativa encapsulada, na qual o sentido e a vida escoaram para dentro de uma subjetividade ensimesmada que precisaria novamente se abrir para o mundo.



*é no “corpo sensível”
que a imanência, a vida,
se faz material de criação terapêutica,
criação de vida e invenção
de subjetivação*

96

PERCURSO 44 : junho de 2010

Do ponto de vista winnicottiano, tal experiência é aquela que advém do contato direto, do gesto espontâneo, atingindo a modulação da subjetividade em sua dimensão de constituição, de formação. O contato com o ambiente, a forma como este envolve o sujeito (*holding*) possibilita a construção de uma dimensão de corporeidade necessária à constituição da experiência, eminentemente limite, no limite da palavra e na ausência desta. É essa experiência que, na época em que a psicanálise se debruça sobre as consequências do traumático, parece perder-se como característica da subjetividade moderna, e que se radicaliza na indefinição e na fragilização dos limites no contemporâneo.

A fim de abordar a constituição de uma corporeidade da experiência, a partir da qual seria possível repensar a clínica, trazemos a noção de “corpo sensível”, tal como definida por José Gil ao abordar a heteronímia de Fernando Pessoa⁹. Para ele, trata-se de considerar uma dimensão da corporeidade em que há uma abertura para uma espécie de dissolução da percepção que desestabiliza o mundo percebido da experiência. Esta noção de experiência, em si mesma corporal, pressupõe um estado de indissolução do eu, espaço-limite de criação. O “corpo sensível” a que o autor se refere se constrói num plano de afetos de vitalidade, apreendidos como pequenas percepções (noção criada por Leibniz)¹⁰. Gil nos mostra, retomando esta noção, que estar atento às pequenas percepções leva à dissolução da espessura ilusória de continuidade do eu, abrindo lugar para a presença de afetos descosidos, paradoxais, onde se experimenta uma multiplicidade

de sensações. Isso leva “a sentir de outra maneira, sentir de todas as maneiras, devir outro”¹¹.

Uma clínica das pequenas percepções, fundada nessa concepção de corpo sensível, apesar de se dar no espaço-limítrofe, se distinguiria da patologia dos estados-limite por não implicar um “tornar-se outro”, mas um “devir outro”. Não no sentido de uma alienação no outro, mas de uma abertura para se deixar atravessar por intensidades, sintonizando com as expressões de vitalidade: ritmos, intensidade do movimento, tonalidades da voz. Essa noção aponta na direção de algo que se passa fora de um espaço de representação, para além da interpretação. Isso se apreende como *pequenas percepções*, como agulhões de inquietude que nos tocam subliminarmente e para os quais geralmente não somos sensíveis.

O trabalho clínico com pacientes difíceis parece requerer uma noção de experiência em que seja possível explorar, por meio das sintonias de afeto e suas ressonâncias, a possibilidade de transitar entre o visível e o invisível: fazer da clínica uma arte, uma experiência estética de percepções infinitesimais, a qual se deixa transformar ao mesmo tempo que torna essa transformação uma experiência. Habitar o limite, este parece ser o desafio da clínica contemporânea; o que coloca a clínica como lugar de testemunho, de passagem, de emergência e constante reorganização do “corpo sensível”.

É no “corpo sensível” que a imanência, a vida, se faz material de criação terapêutica, criação de vida e invenção de subjetivação; trata-se de um espaço-tempo do qual emana a potência de agir e devir. Nesse nível, a experiência é compreendida não propriamente como uma negação da presença do outro, mas como uma possibilidade de inclusão deste enquanto diferença, enquanto possibilidade de flexibilização, remontagem, modulação de formas de subjetivação que fazem do corpo algo humano, que dá passagem ao sentido enquanto experiência mesma, permitindo a transmutação desta nas suas diversas formas de linguagem, de compreensão, de ser.

A experiência, portanto, se constitui na relação com o outro. Segundo Daniel Stern, o bebê é



convocado a se tornar humano pelas variações de intensidades afetivas da alteridade do meio que o constitui. É a relação que compõe o processo auto-organizador dos Sentos de Eu Emergente e Nuclear, sendo o primeiro regido especialmente pela dimensão dos afetos de vitalidade – que são as variações e tonalidades intensivas inerentes a todos os atos humanos. Os afetos de vitalidade não são representações nem têm conteúdo: eles são formas sensoriais expressivas dos estados vitais de um ser e estão presentes em todos os estados afetivos categóricos, tais como *alegria, tristeza, raiva, terror, desânimo, medo* e outros¹².

Stern observa que bebês muito pequenos (em torno de três semanas de vida) são capazes de realizar uma transposição modal cruzada de informações sensoriais que permite estabelecer correspondência entre diferentes registros perceptivos. Essa capacidade, que está na origem das experiências de sinestesia, é também o que permite ao bebê e à mãe experimentarem uma sintonia afetiva, através de cruzamentos amodais dos afetos de vitalidade, apreendidos de forma instantânea e epidérmica através do tônus muscular, das tonalidades da voz, dos ritmos dos movimentos corporais. Os afetos de vitalidade dizem respeito à variância de modos de estar e de ser. Na repetição das relações vão emergindo, simultaneamente à variação, algumas formas que

9 J. Gil, *Fernando Pessoa: a metafísica das sensações*, p. 52.

10 “[...] Essas pequenas percepções, devido às suas conseqüências, são por conseguinte mais eficazes do que se pensa. São elas que formam esse não sei quê, esses gostos, essas imagens das qualidades dos sentidos, claras na reunião mas confusas nas partes individuais, essas impressões que os corpos circundantes produzem em nós, que envolvem o infinito, essa ligação que cada ser possui com todo o resto do universo.” (G. W. Leibniz, *Novos ensaios sobre o entendimento humano*, p. 8).

11 “Sobretudo no primeiro momento da sua apreensão, as pequenas percepções surgem graças a uma experiência de choque (a advertência) que reenvia para a existência atual de algo.” (J. Gil, *A imagem nua e as pequenas percepções. Estética e metafenomenologia*, p. 109).

12 “O senso de eu nuclear está sempre em fluxo. Está sendo construído, mantido, corroído, reconstituído e dissolvido, e todas essas coisas acontecem simultaneamente. O senso de eu em qualquer momento, então, é a rede dos muitos processos dinâmicos formadores e dissolventes. É a experiência de um equilíbrio.” (D. Stern, *O mundo inter-pessoal do bebê*, p. 179).

o trauma expõe a ferida
causada pela dissociação
entre vida e corpo

se mostram mais constantes, constituindo-se, a partir delas, o que Stern nomeia de “ilhas de consistência”. Ou seja, algumas paisagens subjetivas que se tornam permanentes e se delineiam como matrizes do senso de eu nuclear.

Se considerarmos como experiência essa “massa primitiva” criadora, tal como vista por Stern, temos que considerar também a experiência como virtualmente imanente. Por isso, a experiência é sempre corporal mesmo quando não atualizada, e está sempre em processo de atualização incessante de marcas de impressões sensíveis, fazendo emergir novas formas. É essa noção de experiência que torna possível o acesso a uma dimensão originária de construção da subjetividade, a qual permite que as relações precoces produzam novas configurações e modificações em um nível pré-linguístico. Considerando a importância de uma maior atenção a modulações de sons e afetos na clínica, acreditamos que discussão deste nível da experiência possa contribuir para a elaboração de uma prática sensível. Prática esta que dê passagem à questão traumática para a configuração de uma experiência de corporeidade indissociável de sua dimensão criativa.

Se a constituição das subjetividades na atualidade depara com a radicalização da ruptura entre narrativa e vida, entre experiência e corpo, é justamente neste ponto – em que ela expõe a questão dos limites, da presença e/ou ausência deles – que ela se torna um tema fundamental nas discussões da clínica contemporânea. O trauma expõe a ferida causada pela dissociação entre vida e corpo, corpo nu e morto do saber médico,



*far-se-ia necessário, então,
um manejo das modulações
e intensidades corporais, pré-verbais,
o que exigiria do analista uma
disposição de corporeidade
diferenciada*

do discurso e, também, muitas vezes, do próprio analista.

Desde “Thalassa – ensaio sobre a teoria da genitalidade”¹³, Ferenczi já considerava a necessidade das “relações de erogeneização” a fim de integrar as zonas de sensação dos órgãos e permitir um modo de organização capaz de ações efetivas em direção aos objetos do mundo. Essa organização, no entanto, nunca se completa ou se enrijece, e se processa à medida que a articulação do bebê com o seu mundo ambiente se torna mais complexa. Desse modo, os traços mnêmicos se associam em representações psíquicas, assim como as marcas das intensidades corporais, recombinao os modos parciais em modos mais complexos sem, no entanto, esgotar o potencial virtual, criativo da experiência que sempre se mantém em devir. Ferenczi aponta também, no caso da criança mal acolhida ao nascer, que o trauma poderia dificultar a construção de uma rede organizada em direção à construção de seus limites interno-externo. Do ponto de vista ferencziano, a pulsão de morte, na medida em que não se criam redes associativas de significação, se fixaria na repetição de satisfações autoeróticas parciais, levando a uma tendência ao adoecimento físico, ou à manifestação de formas sintomáticas radicais que não se fazem acessíveis à cura pela palavra¹⁴. Para essa organização, faz-se necessário uma presença que sustente, dê passagem, e de-limite, constituindo-se enquanto corporeidade para que possam emergir os planos de sentido. O trauma da criança mal acolhida acontece, portanto, quando o mundo não se constitui como limite e alteridade, e sua

vida encontra-se cindida, na insistência de não insistir, com a instalação da negação da corporeidade da experiência. A separação, aqui, não é constituinte, mas inaugura a ruptura do ser com a própria vida, e a negação de sua experiência enquanto imanência e inexorabilidade. A constituição da objetividade, nesse caso, não é propriamente derivada da experiência, mas de sua negação. Os objetos tornam-se fantasmas, e o outro apenas uma sombra, às vezes persecutória, às vezes como um espelho que nada reflete. A fala vazia e muitas vezes ininterrupta, ou o silêncio que a ela equivale, coloca a clínica contemporânea diante de um corpo mudo ou de uma fala desencarnada. Coloca-a também diante de um sujeito clivado, como nos indica Ferenczi, onde nada do inconsciente parece querer ou poder retornar.

Além de apresentarmos o problema, gostaríamos também de afirmar a importância da discussão a respeito do corpo do analista como testemunho, considerando alguns aspectos da transferência corporal e da posição de sua corporeidade diante desses pacientes difíceis no que se refere a uma clínica do sensível¹⁵. Partimos da hipótese de que o manejo clínico com esses pacientes, tendo em conta a problemática do trauma no contemporâneo, exigiria do analista uma relação a ser construída com seu próprio corpo e, conseqüentemente, com a corporeidade na cena analítica. Far-se-ia necessário, então, um manejo das modulações e intensidades corporais, pré-verbais, o que exigiria do analista uma disposição de corporeidade diferenciada, e uma nova compreensão dos fenômenos transferenciais quando lidamos com fenômenos de cunho regressivo.

A clínica como *testemunho* de corporeidade e criação

Pensar a experiência subjetiva como mediada pelo sistema representacional possibilitou à clínica psicanalítica moderna tornar-se o campo de um conflito, de uma luta entre elementos dicotômicos, e permitiu a institucionalização dessa



técnica como algo útil ao sujeito moderno. Nesse contexto, o aparelho psíquico encenava as organizações e funcionamentos de toda uma concepção político-filosófica de viver, sentir, amar, adoecer. O papel do terapeuta remetia ao campo simbólico da linguagem como meio e método de intervenção, onde se tornava possível a repetição e a possibilidade de outras significações. No entanto, a fenda entre sujeito e objeto provocada pelos traumas, que já então aparecia como problema, parece ter se radicalizado no que diz respeito à experiência subjetiva pós-moderna. A radicalidade dessa separação fez com que a simbolização, antes difícil, se tornasse praticamente impossível, e o corpo, que aparecia como lugar do sintoma psíquico, se torna sintoma dessa impossibilidade, do inominável, da radicalidade da dissociação e da separação dicotômica.

Diante dessa impossibilidade de representação, tornou-se necessária a procura de um outro papel para o psicanalista. A demanda “fale sobre isso”, característica do método de associação livre, mostrou-se insuficiente quando o corpo apareceu em sua “vida nua”. Se antes o adoecimento era causado pelo fantasiar, o que já marcava na vivência subjetiva moderna a busca por uma “vida representável”, agora parece que a dúvida afirma-se em sua radicalidade e torna-se “crença no nada”, experiência marcada pela futilidade, pela vivência do não sentido como vazio e perda irreparável.

Diante da “perda da experiência” compartilhada, posta em jogo pela noção benjaminiana de barbárie, pensar a questão da experiência no âmbito da clínica levanta um problema fundamentalmente ético. A clínica torna-se o lugar por excelência onde esta mudança aparece de forma evidente, colocando aquele que ouve e parti-

diante da “perda da experiência”
compartilhada, pensar a questão
da experiência no âmbito da clínica
levanta um problema
fundamentalmente ético

cipa da catástrofe e de seus resultados em uma posição eminentemente histórica. O terapeuta, o analista, torna-se testemunha capaz de oferecer passagem a uma experiência que, caso não se afirme enquanto tal, corre o risco de encerrar-se em si mesma.

Luis Cláudio Figueiredo¹⁶ pensa a modernidade – marcada por dualismos e dicotomias do tipo ordem / caos, cultura / natureza, forças / sentido, corpo / mente – como campo de surgimento da clínica contemporânea e de constituição do “sujeito reflexivo”, assim como das exigências de autorreferência subjetiva e das “falas de si”. Do seu ponto de vista, a exigência moderna de “dar sentido” produz um não sentido, um inominável que se constitui como trauma. Tal subjetividade estaria exposta ao traumático, definido pelas “paixões da alma” e pelo campo afetivo. Nestes termos, o afeto constitui-se como pertencente à ordem do traumático. No campo dos afetos, inimigo das certezas, não apreendido pelo entendimento, o traumático marca a passividade do sujeito diante do irrepresentável e a precariedade de seus recursos para sobreviver neste domínio.

Por outro lado, esse traumático campo das paixões impõe ao sujeito moderno uma retomada do projeto classificatório, ordenador, mobilizando nele “os mais poderosos expedientes de separação, de dissociação em que de um lado o corpo e de outro a mente devem ser fortalecidos e conhecidos em sua máxima pureza”¹⁷. Ainda segundo Figueiredo, enquanto a psicologia e a medicina se dispuseram prontamente a se colocar a serviço do projeto moderno de saber-poder, a psicanálise

13 S. Ferenczi, “Thalassa, ensaio sobre a Teoria da Genitalidade (1924)”.

14 S. Ferenczi, *op. cit.*, p. 266.

15 Sobre essa questão, ver livro de D. Kupermann, *Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica*.

16 L. C. Figueiredo, *Psicanálise: elementos para uma clínica contemporânea*, p. 2.

17 “No trauma, a vontade do sujeito é submetida à sua sensibilidade, aos seus afetos; se a linguagem dos afetos padece sempre de univocidade, para se falar do trauma não há rigorosamente linguagem alguma disponível” (L. C. Figueiredo, *op. cit.*, p. 15).



testemunhamos um “excesso de excitabilidade” que desencadeia problemas de aumento de agressividade até o máximo de violência

teria trilhado “ao menos parcialmente, um outro caminho”. Esse caminho, poderíamos dizer, seria o campo de expressão do sintoma contemporâneo, campo de “análise” de seus principais problemas. Como lugar afetivo, a angústia da ausência de representação se insere como contexto traumático e reclama cura, reclama passagem sob impulso da vida.

A contemporaneidade, na radicalidade da crise representacional, com a “morte de Deus” e o enfraquecimento da referência à lei, coloca em jogo um funcionamento que escapa a qualquer conexão, em que a alteridade parece ser totalmente recusada. Surgem casos de difícil compreensão segundo a técnica clássica, e que parecem questionar os seus dispositivos. Irrompe uma lógica subjetivada, com seu excesso falto, com suas falhas vazias, em que a adaptação (e não a inadaptação como antes) parece ser o maior problema.

A clínica psicanalítica torna-se lugar da multiplicidade indisciplinada, trauma, cisão, dissociação e desintegração, equilíbrio instável, lugar dos ataques e do incontrolável, sintomas atualizados em “pacientes limítrofes” e “crianças sem limite”, mas que retratam fielmente o funcionamento cultural contemporâneo.

Alguns autores contemporâneos apontam para os impasses clínico-políticos no manejo dessas novas formas de adoecimento¹⁸. A subjetividade não estaria mais “centrada na conflitualidade”, e as análises da clínica na contemporaneidade se debruçam sobre o novo aspecto assumido pela sintomatologia: o de centramento no corpo. Há,

como nos diz Joel Birman¹⁹, uma *transformação antropológica* em que ao modelo conflituado da subjetividade polarizada em pulsão e interdição, instintos e a lei, substituem-se a procura por psicoterapias baseadas em queixas corporais, e uma valorização por parte dos clínicos “psi” de uma ênfase positiva em relação ao corpo e às sensações. Surgem sintomas eminentemente corporais, e faz-se um grande esforço de pensamento para teorizar o corpo, para construir um campo de abordagem para o mal-estar corporal contemporâneo. A esse “excesso corporal”, segue-se uma sensação de falência simbólica para lidar com essa “intensidade corporal”. É como se, nos dizeres de Birman, em vez de um *acting-out*, fizéssemos uma “passagem ao ato” no corpo, o que nos levaria do adoecimento histórico – característico de um adoecimento corporal presente na clínica moderna – para uma “descarga direta sobre o corpo”, em que nenhum tipo de mediação simbólica é empregada. Não havendo nada que represente o mal-estar que o medie, o corpo aparece como revés sintomático do inominável.

Testemunhamos um “excesso de excitabilidade”²⁰ que desencadeia problemas de aumento de agressividade até o máximo de violência, onde preponderam a delinquência e a criminalidade de um lado, e a compulsão em forma de toxicomanias ou comportamentos consumistas, alimentares etc. de outro, utilizados para refrear esse excesso. Essa experiência de “perda de domínio de si” nada tem a ver com aquela dos primórdios da clínica psicanalítica freudiana. Ela é algo como uma experiência de despossessão, como que o revés do domínio do reprimido, do contido, do controle excessivo da experiência freudiana. Em todas as descrições psicopatológicas, o que parece haver de comum é a falência do sistema de pensamento, uma “falência da ordem do pensamento que tem como correlato o empobrecimento da linguagem”²¹. Há, portanto, uma espécie de perda do caráter simbólico da linguagem, de seu caráter metafórico, conferindo a grande parte das patologias contemporâneas elementos comuns de “especialização da experiência” e de “perda do potencial temporal”, condenando-nos

a um eterno instante, em um corpo de sensações e ações, sem projetos ou utopias. Impossibilitados de antecipar os acontecimentos, estaríamos expostos a um trauma continuado, de experiências traumáticas cumulativas²².

Diante desse contexto, a posição do analista sofre uma imposição ética ligada à sua posição frente ao trauma e à sua própria condição de alteridade. Além disso, esse problema ético torna-se também estético, na medida em que cabe a ele criar os meios para que os processos criativos da vida sejam mobilizados de forma a possibilitar uma experiência sensível, partilhada.

Se, tradicionalmente, a clínica psicanalítica parte do problema do trauma a partir da exigência de representação e do aprisionamento da vida em sua visão fantasmática, irreal, o momento clínico contemporâneo parece trazer uma questão de posicionamento filosófico, ético, estético e histórico.

As exigências do “princípio de realidade”, ou a vida em sua realidade, seriam, para a psicanálise e para o pensamento moderno, traumáticas. Diante do trauma, a posição do analista seria permitir um

as exigências do “princípio de realidade”, ou a vida em sua realidade, seriam, para a psicanálise e para o pensamento moderno, traumáticas

alívio dos instintos reprimidos, proporcionando um lugar para que os afetos possam se organizar.

Ao recorrer à noção de criação na clínica – exigência estética que se desdobra na posição do analista como testemunha –, podemos pensar em uma alternativa diante dos engendramentos culturais anteriores. No que concerne à experiência subjetiva, vivemos um momento cultural em que os valores eram garantidos por instituições, fundado na obediência e na disciplina, ao qual se seguiu um período de rebeldia em que aqueles valores e instituições eram contestados.

Com a alienação cada vez mais selvagem dos meios de produção, com a queda das instituições (e a falência da Lei que as sustentava e defendia), a experiência deixou de estar fundada em valores eternos e universais. A Verdade desmembrou-se em múltiplas perspectivas que deslocaram os lugares da autoria e da garantia. Com isso, a “falta”, o não saber, e a (im)possibilidade da representação evidenciaram sua insustentabilidade e sua insuficiência implícitas. Diante de tal quadro, não existe mais a possibilidade de retorno a um estado anterior de coisas: a modificação das relações já está dada de forma global, e as novas gerações já estão inseridas em outras situações contingenciais. Nesse sentido, a criação como tarefa contemporânea implica uma revisão da tradição que afirma as mudanças, e é nisso que a clínica pode exercer papel importante. Os dispositivos clínicos oferecem a possibilidade de acesso à criação no nível da experiência, permitindo a reconfiguração de subjetividades em seu nível básico, relacional, onde o desarranjo

18 Como vemos na introdução do livro *Polifonias, clínica política e criação*, de diversos autores: “A inspiração inicial para as reflexões aqui tecidas partiu da constatação de que, na contemporaneidade, o exercício da clínica encontra impasses inéditos na lida com as várias formas de funcionamento subjetivo. A crise dos dispositivos “psi” é correlata ao surgimento de sintomatologias que desafiam as técnicas tradicionais de tratamento. Quadros cada vez mais presentes na vida social, como compulsões, o pânico e a depressão, põem em xeque o modelo clínico fundado no escrutínio da interioridade do sujeito.” (A. Maciel Jr. e Kupermann, D. in A. Maciel Jr.; D. Kupermann; S. Tedesco (org.) *Polifonias: clínica, política e criação*, p. 7).

19 J. Birman, “Uma transformação antropológica do sujeito”, in C. Haroche (org.), *A condição sensível*, p. 13.

20 J. Birman, “Diagnósticos da contemporaneidade”, in A. Maciel Jr; D. Kupermann; S. Tedesco (org.) *Polifonias: clínica, política e criação*, p. 102.

21 J. Birman, *op. cit.*, p. 105.

22 “A experiência da dor é uma experiência solipsista, é a experiência de um indivíduo fechado sobre si próprio, não aberto ao outro e à alteridade. A subjetividade contemporânea se caracteriza por estar centrada no mal-estar da dor sem alteridade, enquanto a experiência moderna, época da grande expansão da psicanálise, de Freud a Lacan, foi o momento que interpelávamos e, ao mesmo tempo, que nos interpelava. Então, o que caracteriza, do ponto de vista ético, a subjetividade contemporânea é a crise da concepção da alteridade, de abertura para o outro, da saída do polo da dor para o polo do sofrimento.” (J. Birman, *op. cit.*, p. 106).



*o corpo do analista estaria
também ausente: diante
da impossibilidade de comunicação,
a experiência da catástrofe silenciosa
ou fecha-se em si mesma*

traumático desorganizou estruturas. Por isso, a clínica contemporânea parece reclamar o retorno às primeiras relações, à compreensão e ao manejo da constituição subjetiva. Em uma perspectiva nietzschiana, quando a cultura parece ter esvaziado as “verdades universais” das quais era constituída, a saída parece ser o retorno ao que insiste em nós: a Vida e o início dela, na tarefa de recomeçar.

Recorrendo às metáforas do camelo, do leão e da criança, Nietzsche²³ retrata a passagem da situação do homem como um camelo, que aceitava e carregava todos os valores, para a posição de leão, que se revolta contra esses mesmos valores. Todavia, o leão não deve ter a última palavra: ele deve dar lugar à criança, capaz de esquecer, de recomeçar, de dizer sim ao jogo espontâneo da criação e da vida. Resumo da mensagem do autor, esta parece ser também a posição possível, convocada pelo contemporâneo: dizer sim à vida, ao Instante, que é a nossa participação na eternidade, no Eterno Retorno. Se não somos felizes agora, dificilmente o seremos noutra altura ou noutra lugar²⁴.

A saída da crise quanto à representabilidade da experiência está presente também na psicanálise, desde o princípio. Como nos mostra Daniel Kupermann²⁵, nas últimas formulações acerca do funcionamento psíquico, Freud explicita, a partir do conceito de narcisismo, a questão da criação como reinvenção de certa experiência subjetiva. A pulsão, como força de desterritorialização a exigir permanentemente trabalho psíquico, adoce caso a expressão criativa não seja

encontrada; ensimesmada no circuito fechado do “eu”, sua intensidade tornar-se-ia insuportável e seria apropriada pela instância psíquica do superego, levando ao adoecimento. Assim, o ethos civilizatório não se sustentaria necessariamente na repressão dos impulsos, mas no impedimento da criação de modos de vida singulares, cabendo à clínica promover processos criativos na subjetividade.

A dimensão afetiva é vista, em algumas interpretações da psicanálise freudiana e em práticas psicanalíticas atuais, como traumática, como afirmação da perda e não da vida. Dessa forma, identifica-se claramente como a concepção de trauma tem sustentado uma atitude e uma estética terapêuticas baseadas na crença na experiência humana enquanto “estado de desamparo”. Tal concepção remeteria o sujeito a um estado de desamparo constitucional, original, como condição de criação: ou seja, a experiência analítica seria inevitavelmente traumatizante²⁶. A posição do analista, nesse caso, teria como consequência a perpetuação de um estado de intransmissibilidade da experiência, de negação da vida.

Como resultado, o corpo do analista estaria também ausente: diante da impossibilidade de comunicação, a experiência da catástrofe silenciosa ou fecha-se em si mesma. A “transferência”, conceito que visa dar conta da relação afetiva analisando-analista, teria como objetivo ajudar a suportar o peso da vida individual, do desamparo, da separação dos sujeitos dos objetos e da natureza.

A responsabilização do sujeito, portanto, retira o analista de sua posição ética, estética e histórica enquanto afirmação de alteridade. A criação, não advindo da experiência, não seria potencializada e perder-se-ia. Diante do trágico, o analista poderia apenas observar, sem qualquer implicação e com um semblante de tristeza, o desenrolar do evento traumático, do absurdo, do acontecimento terrível que o analisando tornaria presente.

Como consequência da exigência ética, da percepção de que o abandono tornou-se terrível para os corpos de alguns analistas, viu-se o surti-



mento de outra perspectiva e posicionamento clínicos, configurando o que se poderia chamar de clínica do sensível²⁷. Efeito do encontro, a produção de sentido passa pela afirmação da experiência enquanto eminentemente compartilhada e é, em si, produtora de novos meios de subjetivação²⁸.

A superação das dicotomias torna-se ato terapêutico, e a criação a partir da experiência remete à criança, ao brincar, às primeiras relações e à espontaneidade, isto, evidentemente, tendo em conta as principais contribuições de autores como Ferenczi e Winnicott, dentre outros. Sobre o segundo, na linha de nossa discussão, destacamos uma passagem de Deleuze, em que ele explicita, para nós, o desafio e a demanda da clínica contemporânea, representada pelas novas sintomatologias.

Volto rapidamente ao exemplo da psicanálise. Em que uma psicanalista tão original quanto Melanie Klein permanece todavia no sistema psicanalítico? Ela mesma o diz muito bem: os objetos parciais dos quais nos fala, com suas explosões, seus fluxos etc. são da ordem do fantasma. Existe aí um contrato: dê-me seus estados vívidos, e eu lhe darei fantasmas. E o contrato implica

23 F. Nietzsche, *Assim falava Zaratustra*.

24 Como nesta bela passagem de *Assim falou Zaratustra*: “Se, alguma vez, desdobrei por cima de mim céus tranquilos e, com as minhas próprias asas, voei para os meus próprios céus; se, a brincar, nadei para profundas lonjuras de luz e se a minha liberdade adquiriu sabedoria de pássaro – mas a sabedoria da ave reza assim: ‘Olha! Não há em cima, nem em baixo! Atira-te para um lado e para outro, para frente, para trás, ó ente ligeiro! Canta! Não fales mais! Não são todas as palavras feitas para criaturas pesadas? Não mentem todas as palavras a quem seja leve? Canta! Não fales mais!’ Oh! como não haveria eu de aspirar com ardor à eternidade e ao anel nupcial dos anéis... ao anel do Retorno? [...] Ainda nunca encontrei a mulher de quem gostasse de ter filhos, a não ser essa mulher que eu amo: pois eu amo-te, ó Eternidade! Pois eu amo-te, ó Eternidade!” (Nietzsche, *op. cit.*, p. 15).

25 D. Kupermann, in A. Maciel Jr.; D. Kupermann; S. Tedesco (org.) *Po-lifonias: clínica, política e criação*, p. 77.

26 D. Kupermann, *op. cit.*, p. 78.

27 D. Kupermann, *op. cit.*, p. 78.

28 “Parafrazeando Winnicott, se ‘não é possível um bebê existir sozinho’, também não é possível criar no isolamento; o analisando, assim como o analista, não existe fora da perspectiva de uma experiência de jogo, na qual se pode resistir à submissão por meio do encontro dos afetos e da criação de gestos espontâneos do viver” (D. Kupermann, *op. cit.*, 2005, p. 85).

29 G. Deleuze, “Pensamento nômade”, p. 59-60.

»
*a dimensão estética,
porventura, inscreve-se
nos vieses de uma criação clínica*

uma troca, de dinheiro e de palavras. A este respeito, um psicanalista como Winnicott se mantém realmente no limite da psicanálise, porque tem o sentimento que este procedimento não convém mais num certo momento. Há um momento que não se trata mais de traduzir, de interpretar, traduzir em fantasmas, interpretar em significados e significantes, não, não é isto. Há um momento em que se é necessário partilhar, é necessário colocar-se em sintonia com o paciente, é preciso ir até ele, partilhar em seu estado. Trata-se de uma espécie de simpatia, de empatia, ou de identificação? Mesmo assim, isto é certamente mais complicado. O que nós sentimos é antes uma necessidade de uma relação que não seria nem legal, nem contratual, nem institucional.²⁹

Demanda política, ético-estética, de reiventação constante de acordo com as exigências do momento em que vivemos, de transvaloração cultural segundo a análise nietzschiana. O declínio e a perda devem ascender à estética da criança enquanto potência de vida e criação, enquanto constituição a partir da relação afetiva corporal, tornada real na corporeidade mesma da relação analista-paciente. A dimensão estética, porventura, inscreve-se nos vieses de uma criação clínica que passa por uma transvaloração da própria noção de experiência subjetiva do analista, e por uma ética-estética de relação com a própria afirmação de sua corporeidade.

Referências bibliográficas

- Benjamin W. (1985). *Obras escolhidas: magia e técnica, arte e política*. São Paulo: Brasiliense.
- Birman J. (2005). Diagnósticos da contemporaneidade. In: Maciel Jr. A.; Kupermann D.; Tedesco S. (orgs.). *Polifonias: clínica, política e criação*. Rio de Janeiro: Contracapa.
- _____. (2008). Uma transformação antropológica do sujeito. In: Haroche C. (org.). *A condição sensível*. Rio de Janeiro, Contracapa, v. 4.
- Deleuze G. (1985). Pensamento nômade. In: Marton S., *Nietzsche hoje?* São Paulo: Brasiliense.
- Ferenczi S. (1993). Thalassa, ensaio sobre a Teoria da Genitalidade (1924). In: *Psicanálise III*, São Paulo: Martins Fontes.
- Figueiredo L.C. (2003). *Psicanálise: elementos para uma clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta.
- Gagnebin J. M. (1999). *História e narração em Walter Benjamin*. São Paulo: Perspectiva.
- _____. (2004). Memória, história, testemunho. In: Bresciani S. (org.), *Memória e (re)sentimento – indagações sobre a questão sensível*. Campinas: UNICAMP.
- Gil J. (1996). *A imagem nua e as pequenas percepções. Estética e metafenomenologia*. Lisboa: Relógio d'Água.
- _____. (1997). *Metamorfoses do corpo*. Lisboa: Antropos.
- _____. (1999). *Fernando Pessoa: a metafísica das sensações*. Lisboa: Relógio d'Água.
- Leibniz G.W. (1992). *Novos ensaios sobre o entendimento humano*. São Paulo: Nova Cultura.
- Luz R. (1989). O espaço potencial: Winnicott, *Percurso*, n. 2, São Paulo.
- Maciel Jr. A.; Kupermann D.; Tedesco S. (orgs.) (2005). *Polifonias: clínica, política e criação*. Rio de Janeiro, Contracapa/Universidade Federal Fluminense.
- Kupermann D. (2008). *Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.
- Leibniz G.W. (1992). *Novos ensaios sobre o entendimento humano*. São Paulo, Nova Cultura, 1992.
- Nietzsche F. (1999). *Assim falava Zaratustra*. Lisboa/Madrid: RBA.
- Peixoto Junior C.A. (2006). Trauma, vida nua e estado de exceção: notas sobre clínica e política, *Interações*, vol. 11, n. 21, São Paulo.
- Stern D. (1992). *O mundo interpessoal do bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott D.W. (1994). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- _____. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

Psychoanalytic practice as a proof of the consistence of bodily

Abstract The paper evaluates certain changes in the subjective contemporary experience that became irrepresentable because of new socio-cultural configurations. It suggests some changes in psychoanalytic technique that seem necessary due to these new factors, particularly those concerning the body of the analyst. This body, the authors feel, offers a way into the creative dimension of experience, because it constitutes a “field of passage” and a sort of palpable witness for the traumatic aspects of the patient’s experience.

Keywords body; experience; narrative; trauma; creation; testimony.

Texto recebido: 04/2010

Aprovado: 05/2010