

5.

Corpo e co-construção narrativa na clínica contemporânea

No âmbito da discussão sobre o manejo na clínica contemporânea, inúmeros psicanalistas vêm questionando a técnica clássica de interpretação. Neste horizonte, procurando trazer novos olhares à discussão sobre as problemáticas corporais, as abordagens que consideram a dimensão mais arcaica do psiquismo têm sido debatidas.

Quando nos referimos às chamadas “patologias do contemporâneo”, observamos como o corpo está no centro do palco analítico. Distintos dos sintomas corporais histéricos corriqueiros no contexto social freudiano, os quadros de adoecimento psicossomático, por vezes incluídos nessa categoria, nos reportam às origens da vida psíquica e às primeiras formas de comunicação.

Compreendemos que, seja em termos de palavras, seja via corpo, o paciente tem sempre algo a comunicar, endereçando ao analista seus sofrimentos. Classicamente, é por meio do discurso e de uma narrativa sobre si, constituída a partir da associação livre que a origem do sintoma poderia ser revelada. Porém, como observamos ao longo da tese, no *setting* analítico podemos nos deparar com diferentes expressividades que ultrapassam a dimensão verbal, encontrando-se num registro arcaico, corporal, pré-representacional. As dimensões corporais e sensoriais entram em jogo, na medida em que nem tudo pôde virar discurso, de forma que, como buscamos defender, há aspectos precoces, resquícios de experiências primordiais do bebê, que permanecem atuando mesmo na idade adulta.

René Roussillon (2009), ao discorrer sobre os desafios fundamentais da psicanálise, sustenta que uma das extensões possíveis do método se pauta na escuta da associatividade psíquica endereçada ao analista. A partir desta afirmação de base, ele considera que a origem da narratividade encontra-se neste endereçamento. Reforçando o entendimento de que a escuta psicanalítica das associações deve levar em conta que a associatividade não se limita apenas ao

verbal, nos lembra como no trabalho com crianças isso fica evidente. Seguindo esta preciosa indicação, podemos observar expressões não verbais em pacientes de todas as idades.

Os pacientes psicossomáticos nos convocam a reconsiderar a técnica analítica. Como chama atenção Fontes (2002), as manifestações corporais de forma geral, isto é, seus sintomas, gestos, posturas, são índices para uma investigação sobre os conflitos por meio das quais as associações podiam ser feitas tal como no jogo na análise com crianças.

Desta maneira, é plausível afirmar que existem diversos níveis de escuta e manejo do analista, que incluem poder estar atento aos diferentes momentos do paciente durante uma sessão. Esta perspectiva entende que, mesmo em sujeitos com uma organização psíquica estável, pode emergir ao longo do processo analítico estratos de vivências precoces que não puderam ser metabolizados. Nesse sentido, eles retornam via corpo, espaço fundante de apreensão e registro das experiências.

Em outras palavras, em termos de manejo clínico, podemos falar de diferentes “tempos” de escuta do analista numa sessão. Seja a escuta da associação livre, seja da dimensão sensório-corporal, entendemos que há um material clínico a ser trabalhado, falado, podendo ganhar um sentido na constituição de uma narrativa de si, que, por vezes, precisa ser co-construída na relação analista-analisante.

Esta compreensão, contudo, vai de encontro a alguns postulados de uma psicanálise dita mais clássica ou tradicional, cujo trabalho com a neurose histérica consiste na escuta do que vem livremente no discurso do paciente. A sintomatologia da histérica encontra-se inserida numa temporalidade, portando parte do princípio de que há um sentido do sintoma a ser revelado. Nesse caso, trata-se da reconstrução narrativa de uma história pregressa, visando chegar às reminiscências geradoras de sofrimento.

Em outras palavras, podemos afirmar que na origem de uma clínica da histeria, a *talking-cure* permitiu que os elementos inconscientes pudessem ser revelados. Chegando à origem do conflito psíquico, tratava-se de fazer, por meio

da associação livre, uma reconstrução histórica que poderia conduzir ao trauma gerador do quadro histérico.

Ao longo do desenvolvimento do campo psicanalítico, contudo, avanços teórico-clínicos puderam ser vislumbrados, possibilitando a constituição de uma clínica para além da pura neurose. Essa ampliação do espaço de escuta possibilitou que se levassem em conta outras formas de organização psíquica, considerando os aspectos corporais para além dos sintomas conversivos.

Nesse processo de ampliação da técnica analítica, a partir do atendimento de crianças e psicóticos por psicanalistas pós-freudianos, outros elementos puderam ser integrados à teoria. Para esclarecer melhor este desdobramento, cabe retomarmos o percurso desenvolvimento do pensamento psicanalítico, buscando compreender as diferentes formulações sobre a escuta que perpassam esta clínica.

5.1

A escuta psicanalítica: um movimento em três tempos

O psicanalista argentino Fernando Urribarri (2012), sensível às exigências apresentadas na clínica, considera que ao longo da evolução do pensamento psicanalítico diferentes manejos foram problematizados, provocando avanços teóricos, por um lado, mas alguns obstáculos por outro.

Como uma maneira de problematizar o cenário psicanalítico contemporâneo à luz das diferentes visões que constituíram este campo, o autor apresenta três etapas históricas da evolução do trabalho do analista. São modelos ou movimentos que, segundo esclarece, não devem ser tomados como teorias ou como obras específicas, abarcando aspectos tanto institucionais, como discursos ou visões partilhadas por uma comunidade científica em torno de uma prática clínica.

O primeiro deste modelo, como vimos, é o freudiano, retratando o período fundador da psicanálise. Neste, o trabalho clínico, pautado na descoberta do

inconsciente e do conflito intrapsíquico subjacente, tem nas psiconeuroses um paradigma. Fundado na compreensão de que há uma associatividade do funcionamento psíquico, este modelo tem por base o conceito da representação.

Cabe lembrar que no processo de consolidação de sua teoria, Freud nunca deixou de considerar a sexualidade em sua dimensão econômica. Ligada a um trabalho psíquico de elaboração, a sexualidade emerge apoiada nas necessidades básicas corporais. Ao desviar-se da função instintual, o ser humano passa a visar não apenas a saciedade fisiológica, mas a satisfação pulsional como forma de manutenção da homeostase pulsional. Nesse sentido, a economia do prazer/desprazer está inserida num primeiro momento na articulação de um corpo representado que, ao se desviar do funcionamento puramente biológico, se constitui como um corpo erótico.

Em termos clínicos, o trabalho analítico parte da compreensão de que o inconsciente, como espaço psíquico fundamental, comporta fantasias sexuais a serem reveladas por meio da associação livre. A partir da compreensão de que há uma realidade psíquica que precisa ser considerada a interpretação é a ferramenta de trabalho que possibilita uma reconstrução narrativa que conduza à origem do fenômeno neurótico.

Neste período, o processo analítico se funda na articulação de um tripé: neurose infantil-psiconeurose de transferência-neurose de transferência, de forma que este é um modelo centrado na pulsão e nos aspectos intrapsíquicos. O analista, sustentando uma posição assimétrica em relação ao paciente, dedica-se a decifrar o que está “escondido” por trás do sintoma e permanece atento à gestão da transferência, mantendo-se distante, anônimo e cultivando um silêncio por vezes artificial (URRIBARRI, 2012).

O silêncio e ações comedidas procuram assegurar que os aspectos inconscientes do analista não atrapalhem a narrativa do paciente. Contudo, acreditamos que essa pretensa neutralidade acaba não permitindo que elementos exteriores à linguagem verbal possam virar material de análise. O analista encontra-se em compasso de espera para que o inaudível do corpo possa virar palavra. A interpretação é calcada no discurso do paciente, nas associações que

emergem a partir de uma lembrança, inserida na temporalidade, reeditando a narrativa que o sujeito faz sobre seu sofrimento.

Podemos dizer que a valorização da narrativa verbal, tendo como pano de fundo a admissão quase exclusiva das representações, limita a clínica ao trabalho interpretativo. Os limites deste manejo centrado na representação residem em aspectos pré-discursivos, como registro de experiências arcaicas num momento dependência absoluta do bebê com a mãe, ausentando-se do campo analítico e restringindo a prática clínica ao que é possível de ser trabalhado por meio do discurso do paciente.

Freud, ao final de sua obra, questiona esse modelo, à luz das reformulações teóricas promovidas pela segunda teoria pulsional e os impasses clínicos apresentados pelos aspectos irrepresentáveis que emergem na clínica em termos de repetição, atuações e transbordamentos pulsionais. Ao ressaltar que o processo analítico consiste num trabalho de duas pessoas, o autor assinala que há um nível de construção do analista, buscando completar o fio condutor que leva à origem do sintoma, (FREUD, 1937). Este seria um trabalho preliminar que permite ao analista abordar fragmentos de histórias primitivas.

Seguindo as indicações freudianas apontadas nos trabalhos posteriores à segunda teoria pulsional, o segundo modelo é constituído por autores pós-freudiano, que introduzem o componente intersubjetivo na cena analítica. O estudo das relações de objeto é colocado em destaque – como verificamos nos trabalhos de Lacan, Melanie Klein, Balint, entre outros – assim como a discussão sobre o lugar da contratransferência no trabalho clínico, tema desenvolvido, em sua maioria, pelos autores da escola inglesa de psicanálise.

Abrindo espaço para o tratamento analítico com crianças e pacientes psicóticos, o modelo pós-freudiano promoveu uma expansão do campo clínico, buscando destacar na experiência analítica o lugar do outro na constituição subjetiva. Nesse sentido, abre-se um valioso espaço para o estudo das relações precoces e do funcionamento psíquico pré-verbal:

“No processo analítico privilegia-se a dimensão arcaica da relação de objeto transferencial e a comunicação primitiva em nível infraverbal. Destacam-se, do ponto de vista etiológico, os traumas precoces [...] as ansiedades precoces [...] e os mecanismos de defesa primitivos. A análise tenta resolver as fixações pré-genitais, e até mesmo a base ou núcleo psicótico que se postula como subjacente, nos diferentes quadros clínicos, incluindo neuróticos” (URRIBARRI, 2012: 53).

Parece-nos que a riqueza de tal perspectiva aponta para uma plasticidade psíquica, pois estes núcleos “psicóticos” citados pelo autor se referem a aspectos mais arcaicos e fragmentados do psiquismo. Acreditamos que esta compreensão oferece uma alternativa à visão que privilegia a compreensão dos quadros clínicos em termos de estruturas fixas de funcionamento psíquico.

Nesse modelo, observamos a prevalência de termos como organização ou funcionamento psíquico proveniente dos pensadores da tradição inglesa de psicanálise, o que denota a compreensão que no *setting* analítico diferentes extratos ou níveis de vivência podem coabitar.

Segundo esta perspectiva, a relação analista-analisando é algo de específico daquele encontro analítico que se desenvolve durante cada sessão, transformando os acontecimentos da transferência (como repetição ou fantasmatização) através da interpretação do analista do que o paciente diz no aqui e agora. Este movimento implica um trabalho psíquico para o analista que acolhe e transforma as angústias arcaicas do paciente em palavras.

A compreensão de que o psiquismo tem um funcionamento dinâmico que oscila entre diferentes formas de defesa é o legado desta perspectiva, na medida em que há, ao longo da vida, vivências que mobilizam os diferentes estratos da vida psíquica. A noção de posição, tomada de Melanie Klein e compreendida como uma constelação psíquica que reagrupa uma série de mecanismos de defesa (ROUSSILLON & CICCONE, 2014), permite-nos pensar clinicamente nos diferentes momentos com os quais nos deparamos no *setting* analítico, de maneira que independente da organização psíquica predominante, há no psiquismo estratos de experiências arcaicas que podem vir à tona enquanto afetos e vivências corpóreas que necessitam de decodificação em palavras para que possam ser integradas.

Os seguidores dessa concepção defendem a posição do analista como “continente”, em referência à função materna, isto é, como escudo protetor. Sua presença viva é capaz de comedir as intensidades afetivas que invadem o bebê, transformando-as, a nosso ver, numa narrativa co-construída, que possibilita a elaboração psíquica.

A partir desta ampliação da escuta para aspectos além da narrativa verbal é possível postular uma comunicação anterior à aquisição da palavra, que valoriza o lugar do outro como aquele que propicia que a dimensão arcaica possa vir a fazer parte de uma cadeia associativa.

Entretanto, no modelo pós-freudiano, que privilegia a interpretação pautada no que é captado contratransferencialmente, a dimensão da temporalidade, necessária para a construção de uma narrativa sobre si, pode ser prejudicada. Como nos chama atenção o Urribarri (op. cit), a interpretação da transferência no aqui-agora, com a contratransferência “guiando” a compreensão do analista, acaba propiciando um reducionismo da técnica. Com uma radicalização da ideia de comunicação de inconsciente para inconsciente, a contratransferência totalizante praticamente substitui a atenção flutuante e torna a interpretação imediata, não levando em consideração o tempo da resignificação, importante no trabalho psíquico do analisando.

A interpretação excessiva de fantasias inconscientes, ao invés de levar a uma compreensão psíquica, acaba sendo geradora de angústia e sentimento de incompreensão. Neste manejo clínico, o analista decodifica o que provém do paciente a partir do próprio dialeto, ao invés de permitir um desenvolvimento narrativo e transformador, aberto e imprevisível (FERRO, 1998).

Finalmente, visando ultrapassar esse inconveniente, surgem autores interessados em superar os dogmatismos dos modelos anteriores. Procurando promover um campo intermediário propiciador de uma liberdade de pensamento e um espaço de intercâmbio entre as diversas concepções, emerge o movimento que busca constituir uma psicanálise mais contemporânea e atenta aos impasses clínicos que se apresentam no consultório. Tal processo pode ser entendido em termos de duas correntes principais: a dos pensadores que procuram desenvolver um novo modelo e a dos autores que visam atualizar o modelo pós-freudiano.

No que concerne aos autores que atualizam o modelo pós-freudiano, observamos como Vincenzo Bonamino, Antonino Ferro e Albert Ciccone resgatam esta vertente retomando a importância da escuta de elementos arcaicos, pré-verbais do sujeito que se apresentam na clínica em termos de afetos e sintomas corpóreos a serem “escutados” e traduzidos em palavras.

No grupo dos autores que propõem novos modelos, podemos incluir André Green com suas concepções sobre o trabalho do negativo e dos casos-limite, Christophe Dejours buscando discutir a particularidade do sintoma psicossomático, assim como Bernad Golse, que visa postular um psiquismo a partir dos primórdios da vida psíquica e René Roussillon, que discute os casos para além das neuroses, centrado na reflexão sobre as problemáticas narcísico-identitárias. Joyce McDougall e Piera Aulagnier pela originalidade de suas concepções podem ser incluídas neste último grupo, apesar de não terem a ambição de criar novos modelos teóricos.

Winnicott, como um dos autores que mais influenciaram essa renovação e um resgate do modelo pós-freudiano no campo analítico, em seus trabalhos, sempre buscou dar ênfase a uma potencialidade criativa e de “cura” presente em todo sujeito. Ao postular a noção de preocupação primária, o autor reafirma a importância de um outro disponível que, com sua presença continuada e não invasiva, propicia a integração de elementos arcaicos que não puderam ser metabolizados ou inseridos no registro verbal, mas cujos sintomas corporais não deixam de ser tentativas de sobrevivência psíquica (MCDOUGALL, 2000)

Este autor inova ao propor três áreas da experiência humana: a interior, a exterior e a área intermediária da experimentação (WINNICOTT, 1975). O espaço intermediário, transicional, entre o eu e o outro, cria uma área potencial de troca, de jogo conjunto, um campo de experimentação constitutivo do *self* pessoal. Trata-se de um lugar virtual, preenchido por um brincar criativo (BEZERRA JR, 2007) que possibilita a complexificação da experiência pessoal. No cerne desta compreensão está a capacidade do ambiente de poder atender às necessidades básicas do bebê, para que ele possa acender à vida psíquica, possibilitando a integração da unidade psique-soma.

A existência humana, como um processo contínuo de comunicação entre sujeito e ambiente, numa relação entre dois polos interdependentes, ultrapassa para o autor o antagonismo interno/externo. A constituição psíquica e o trabalho de elaboração subjetiva se desenvolvem no espaço do “entre”, nem intrapsíquico, nem apenas pelo outro, mas na complementaridade entre os dois. Parafraseando o autor, podemos dizer que a subjetividade emerge de um encontro sensório-emocional “suficientemente bom” entre a mãe e o bebê.

Na perspectiva winnicottiana, a dimensão intersubjetiva ganha uma complexidade, pois o bebê, em sua vulnerabilidade inicial e dependência do objeto, necessita que outro funcione como ambiente maternante capaz de garantir a maturação de um ser psicossomático (BEZERRA JR, 2007). Em termos da clínica proposta pelo autor britânico, como nos esclarece Bezerra Jr (op.cit: 41):

“O papel do analista seria o de criar um campo de interação empática com o paciente, um ambiente de comunicação não necessariamente verbal, eficaz na produção de uma experiência de confiança e do sentimento de “sentir-se real”, indispensáveis para que o *self* possa prescindir de mecanismos defensivos mais primitivos e retomar um funcionamento mais espontâneo”.

A partir desse olhar, é possível agregar à clínica uma escuta atenta, não só interpretativa, mas acolhedora, que considere não apenas o intrapsíquico e os processos internos do sujeito, como também as relações mais primordiais deste, sua vivência de bebê em relação à mãe. Trata-se de uma perspectiva teórico-clínica que demanda do analista uma outra disponibilidade. Esta ampliação, a nosso ver, favorece a constituição de um ambiente suficientemente bom para que uma narrativa compartilhada possa emergir no campo analítico.

No interior da teia argumentativa que estamos construindo, esses modelos contribuem para postularmos a existência de um trabalho a ser realizado pelo analista com pacientes cuja problemática escapa às palavras. Trata-se de refletir sobre a possibilidade de construir uma narrativa a dois, capaz de dar sentido ao sintoma psicossomático no interior do psiquismo do paciente.

5.2

A “parte bebê de si”: algumas reflexões sobre a dimensão arcaica na clínica com pacientes adultos

Como podemos observar, não é de hoje que se discute a clínica dos primórdios. Para Freud, por exemplo, a parte infantil do adulto equivale a seu inconsciente. Já Melanie Klein, a partir de sua clínica com crianças, se aprofunda na teorização do funcionamento psíquico infantil, estabelecendo as relações entre este e o psiquismo do adulto. Se por um lado Freud prioriza os aspectos edípicos do infantil, na tradição kleiniana verificamos um recuo aos elementos mais precoces, vislumbrando uma vida emocional no bebê e defendendo a dimensão arcaica da vida psíquica tanto deste, como de todos os sujeitos (CICCONE, 2012). De fato, não é surpresa que diversos psicanalistas, sobretudo de tradição kleiniana e pós kleiniana, tenham por hábito escutar e procurar esclarecer os aspectos mais arcaicos de seus pacientes.

Aprofundando esta compreensão, o modelo das posições, defendido por Roussillon e Ciccone (2014), propõe pensar o psiquismo se constituindo não como uma sucessão linear ou como fases de desenvolvimento, mas como uma oscilação em cada etapa de constituição da vida psíquica entre diversas organizações onde uma será predominante. Tal perspectiva leva em consideração que em cada sujeito há uma coexistência entre partes saudáveis e outras organizadas defensivamente, como, por exemplo, defesas psicóticas, autísticas, neuróticas ou psicossomáticas. Nesse sentido, o registro corporal das experiências precoces tem espaço na cena analítica como um dos aspectos possíveis de serem abordados pelo manejo clínico.

Avançando nessa direção, Ciccone (2012) propõe ampliar o olhar sobre o infantil, defendendo que uma das partes essenciais do trabalho analítico consiste em entrar em contato com a parte bebê presente em todo o paciente. Partido desse entendimento, o autor vai sustentar a importância de se levar em consideração as dimensões extremamente precoces do psiquismo, na medida em que estas experiências deixam traços, no corpo, no comportamento e na vida emocional do sujeito. Segundo seu ponto de vista, os sofrimentos mais intoleráveis e

desorganizadores remetem aos registros precoces presentes em todos nós e é desse sofrimento que buscamos nos proteger.

Os traumatismos ocorridos no início da vida acabam levando a soluções defensivas que visam evitar a emergência de angústias arcaicas, inomináveis, com as quais o bebê não tem recursos para lidar. Os medos primitivos, formados a partir da vivência de desamparo, criam defesas como forma de sobrevivência psíquica. São estes núcleos defensivos arcaicos que o analista atento à dimensão pré-verbal busca acessar.

A parte “bebê” de si restaura as vivências mais primitivas, são os aspectos arcaicos que os psicanalistas de tradição inglesa de psicanálise costumam trabalhar em termos do que o paciente comunica via transferência. Há uma dimensão de transbordamento dos afetos precoces vivenciados como atuais, recuperando os traços destas experiências. A dimensão arcaica se refere à origem, ao primário, à aurora da vida psíquica, deixando seus traços sob a forma de angústias primitivas, isto é, automáticas, de modos de defesa e modos de relação com o mundo.

Aprofundando a compreensão da parte “bebê”, o autor retoma a distinção feita por Roussillon sobre o infantil precoce – anterior à linguagem – e o infantil edipiano ligado à linguagem falada. Este autor vai propor que há dois tempos da infância. A primeira infância refere-se a uma temporalidade arcaica cuja problemática central gira em torno da diferenciação eu-não eu, fruto da criação de um vínculo com o objeto. Neste período, ocorre a descoberta da existência do objeto, “um outro sujeito”. Esta dimensão da constituição de uma identidade separada do objeto é abordada por McDougall quando postula a noção de um corpo para dois. Há, como vimos, um processo necessário para que essa separação possa ser concluída.

Já o segundo momento diz respeito ao infantil propriamente dito. É o tempo do conflito edípico quando se conquista a diferença entre os sexos e de gerações. As agonias em vigor nesse momento giram em torno da problemática da castração e da penetração (ROUSSILLON, 2012).

Seguindo a perspectiva de que o infantil e o arcaico permanecem ativos durante toda a vida, Ciccone defende que estes elementos não devem ser considerados apenas em termos de *après-coup* ou como “reliquias do passado”, mas aspectos que se referem ao presente do sujeito, ou seja, às experiências contemporâneas e ao modo de interpretação destas pela criança que permanece sempre viva no interior de cada um de nós. Ele chama a atenção para o exame dos mecanismos de defesa utilizados para se proteger contra estes sofrimentos arcaicos.

Ciccone inova ao propor que há não apenas um infantil edipiano freudiano ou arcaico kleiniano, mas um “infantil bebê”, “infantil pré-adolescente”, entre outros. De forma, podemos entender que há diversos níveis de experiências subjetivas coexistindo e permanecendo atuantes no psiquismo mesmo na idade adulta.

Em termos clínicos, o autor sugere que o psicanalista, ao ouvir seu paciente, sempre se pergunte: com quem estou falando, com a parte bebê, infantil ou adolescente do paciente? Em outras palavras, trata-se de poder escutar as diferentes “posições” psíquicas do paciente em sua dimensão metafórica, como uma fala que conta ou mostra, a partir do corpo, as experiências subjetivas e emocionais que se referem às vivências mais primordiais.

Sobre esse ponto, retomando McDougall, vale mencionar que a autora defende que no processo analítico com adultos é possível observar mecanismos de defesa arcaicos, do tipo psicótico ou psicossomático, como uma “parte infantil “encapsulada” no seio da personalidade adulta” (2000: 42). Estes estratos de experiências primitivas podem se apossar do palco psíquico em situações de stress excessivo. Como aponta Fontes (2002), não apenas nas neuroses, mas em outras organizações psíquicas, encontramos uma via sensorial que é inerente ao trabalho analítico, pois trata-se de uma comunicação analista-analisando.

O adoecimento, como forma de sobrevivência psíquica, tem por objetivo, segundo a autora, definir os limites corporais como uma maneira de garantir a existência minimamente *separada* do objeto significativo que não pôde entrar em contato com as necessidades do bebê. Ele pode reaparecer não apenas como uma ausência de mecanismos intrapsíquicos de elaboração, mas em momentos nos

quais o sujeito se vê num impasse psíquico, sem que consiga dar conta dos conflitos subjacentes à relação com os objetos do mundo externo.

Aprofundando essa problemática, a autora postula uma “histeria arcaica” para qualificar o sintoma psicossomático. Ela parte da perspectiva de que há uma sexualidade primitiva, composta de aspectos sádicos e fusionais. Segundo defende, a regressão à dimensão somática do sofrimento pode ser compreendida como *defesas contra vivências mortíferas* (MCDUGALL, 2000: 42). Na histeria neurótica, por outro lado, a dimensão do conflito está presente em termos de preservação da sexualidade e observamos uma associação verbal ligada ao sintoma. A histeria arcaica, por sua vez, tem como etiologia a dimensão de preservação do corpo como um todo, sua existência separada do corpo da mãe. Esta é construída tendo como base laços somatopsíquicos pré-verbais.

Vale dizer que, para a autora, as diversas formas de organização psíquica, mesmo as que lançam mão do adoecimento corporal, são tentativas de cura se si mesmo, “por parte da criança às voltas com seus conflitos e a dor psíquica decorrente” (MACDOUGALL, 2000:40). O trabalho de análise coloca a dupla analítica diante da criança que continua viva no indivíduo, construindo suas defesas a partir do que pôde elaborar ou não de suas relações primordiais.

Isto nos permite postular que há, no trabalho analítico, algo a ser elaborado num processo de co-construção pela dupla analista-paciente que se depara com aspectos aquém da linguagem verbal. A dimensão da constituição narrativa é possível na medida em que o analista se coloque como disponível para “escutar” os aspectos mais arcaicos que se apresentam em termos sensório-corporais.

Cabe reafirmar que, ao falarmos de um aspecto “bebê” ou arcaico, nos referimos, tal como defende Ciccone, (2012), a uma dimensão metafórica, à maneira como o paciente nos mostra sua experiência emocional precoce. Assim, para o autor:

“O trabalho clínico consistirá, então, em observar e ouvir os níveis de experiência mais arcaicos, os mais primitivos de comunicação, de expressão, e formular seu conteúdo potencial [...] de uma maneira metafórica, ou de uma maneira que

indique o valor metafórico da mensagem tal como ela é expressa, endereçada” (CICCONE, 2012: 4).

Fontes, por sua vez, ressalta a importância de se levar em consideração a comunicação não-verbal na medida em que ela remete à dimensão precoce, aspecto que não deve ser esquecido em análise. Caso esse tipo de comunicação não for contemplada,, corremos o risco de perder importantes elementos necessários para o êxito do processo analítico, pois naquele momento que “uma relação analítica encontra-se num nível mais arcaico, as palavras não são mais possíveis, e as sensações têm lugar” (2010: 20)

Naturalmente, na clínica cotidiana, há vários níveis de vivências subjetivas atuando, “vários “eus” ao mesmo tempo na cena psicanalítica” (MCDOUGALL, 1997 [1995]: 132). Nesse sentido, entendemos que há experiências arcaicas que se reapresentam no *setting* como um texto pictografado a ser decodificado. Por meio do processo analítico, as vivências precoces não metabolizadas podem, a partir do que nos revela o corpo e os afetos do paciente, virar palavra por meio da constituição de um espaço criativo potencial, instaurado pela dupla paciente/analista.

5.3

O corpo como comunicação precoce: uma narrativa a dois

As pesquisas voltadas para a observação dos bebês vêm confirmando como no processo de subjetivação o corpo tem um papel primordial, já que aos poucos ele vai substituindo a relação precoce mãe-bebê. Tem-se verificado como gradativamente o bebê vai narrando em seu corpo os efeitos de suas interações. Avançando neste debate, entendemos que os sintomas psicossomáticos não são apenas uma tentativa de separação da mãe, como também um meio muito precoce de comunicação com o outro.

Partimos da compreensão de que este corpo dos primórdios se apresenta para nós na clínica, mesmo com pacientes adultos, como uma revivência de experiências precoces que não puderam ser metabolizadas e se reatualizam no cenário analítico visando à elaboração psíquica. Como indica McDougall (1999 [1992]: 157)

“[...] os sintomas psicossomáticos podem ser compreendidos como uma forma primitiva de comunicação, uma língua arcaica, uma protolinguagem, que, muito cedo na história do homem, talvez fosse destinada a chamar atenção de um outro. Convém assinalar que esta protolinguagem vem, pouco a pouco, a ser utilizada como linguagem simbólica [...] Na realidade, todo analisante que sofre somaticamente (e quem não o faz?) vem, sob o impacto do processo analítico, a viver seus sintomas físicos como comunicações e escutá-los para melhor captar as pressões, internas e externas, que o assaltam, e, a partir daí, investir cada eclosão somática de um sentido metafórico, para enfim atribuí-lhe uma significação simbólica”

Para a autora, esses processos são semelhantes ao funcionamento do sonho, sendo o sintoma, em suas palavras, “um sonho frustrado”. Ela levanta a possibilidade de se compreender sintoma psicossomático “como uma linguagem do corpo primitivo” (op. cit), pois não há pensamento sem um corpo, que se experimente como tal.

As vivências arcaicas, que se manifestam na idade adulta por meio de sintomas psicossomáticos, podem ser compreendidas como um resto que não pôde ser interiorizado, são “restos não harmonizados” da relação precoce (ZIGANTE, 2014). Nesse sentido, estes elementos que aparecem no corpo estão na ordem do não metabolizado, demandando diferentes manejos do analista.

Ao considerarmos a dimensão processual do trabalho de elaboração, podemos conceber que sempre haverá algo a ser elaborado psiquicamente. Entendemos que o processo analítico pode ser uma oportunidade de simbolizar o que não pôde ser integrado psiquicamente. Para isso, chamamos a atenção para o lugar ativo do analista nessa construção.

Avançando nessa discussão, retornamos Golse (2010), que defende a existência de núcleos de intersubjetividade primária em toda a criança que, segundo ele, são derivados de processos originários não traduzidos ou não primarizados. Na clínica, estes núcleos se encontram fora do registro da palavra,

no entanto se mostram vivos e ativos em outras esferas. Compreendemos que eles retornam via corpo, como uma forma muito precoce de endereçamento ao outro. No trabalho de análise, eles têm uma potencialidade narrativa, isto é, podem formar um enredo que conta como ficou registrada a relação entre o bebê, que ainda habita o paciente, com seus cuidadores primordiais.

Considerando que em cada um de nós há uma parte bebê a ser reconhecida, cabe esclarecermos este lugar o analista como “receptor” de uma comunicação extremamente precoce que lança mão do corpo como forma de expressão. Nesse contexto, há uma dimensão tradutiva do trabalho do analista que, com sua presença viva e suas palavras, possibilita a construção de sentido para os elementos que permaneceram sem elaboração.

5.3.1

A pontencialidade narrativa do sintoma psicossomático

Ao nos voltarmos aos debates sobre a dimensão corpórea, observamos como estes nos permitem vislumbrar uma ampliação do manejo clínico, que vem sendo enriquecido pelos estudos dos primórdios da vida psíquica. Para auxiliar nossa reflexão, retomamos McDougall. Discutindo o campo de atuação com pacientes que apresentam graves somatizações, a autora lança a seguinte questão:

“Não será lícito imaginar que as mensagens pouco elaboradas do psiquismo, diante da angústia e de um desespero irrepresentáveis, possam permitir ao soma atuar com força e cegamente sobre a vida psíquica, como faz o bebê pelos gritos de seu corpo, comunicação não verbal que só a mãe consegue interpretar?” (2000: 188).

Buscando respondê-la, nos voltamos para clínica, visando refletir sobre o tipo de escuta necessário para um trabalho analítico possa ser efetuado nos casos nos quais o corpo prevalece às palavras. Neste contexto, podemos afirmar que os quadros psicossomáticos graves desafiam o analista de perfazer junto com o paciente o caminho do nível somático ao mental. Por ocasião da emergência, em análise, de aspectos não integrados ao psiquismo, o analista se ocupa com o

processo de alfabetização/sistematização da comunicação na transferência de elementos pré-verbais (FONTES, 2010).

Para aprofundarmos esta reflexão, nos voltamos a René Roussillon (2008), que dedicado a problematizar uma clínica para além da neurose, avança na discussão sobre o manejo de elementos pré-verbais. Este autor defende que o sintoma psicossomático pode ser lido como uma tentativa de comunicação com um outro primordial.

Segundo sua visão, a linguagem do corpo e do ato comportam um sentido virtual, potencial, a ser traduzido, dependendo de como o outro a quem a comunicação é dirigida vai decodificar essa mensagem. Ele defende que é a resposta de um ambiente, reconhecendo o sentido como tal, que vai dar às expressões corporais um valor mensageiro. Caso não haja um outro para “ouvir” estas mensagens virtuais o sentido se degenera, mantendo-se apenas no nível somático.

Acreditamos que a partir desta leitura, é possível supor que, por meio de um olhar atento ou, no caso da clínica, uma escuta atenta, os sintomas corporais podem adquirir um valor narrativo, pois estes comportam uma potencialidade narrativa a ser investigada, “contando”, através do adoecimento, o modo de relação das primeiras interações mãe-bebê. A doença somática como um sinal externo de uma comunicação virtual não verbal (MCDOUGALL, 2000), pode ser compreendida como um texto codificado, pictografado, dirigido a um outro, uma mensagem potencial em busca de significação. Para McDougall (op. cit), o sintoma psicossomático revela a presença de um drama não representado com uma demanda de sentido a ser construído em análise.

Roussillon avança nessa perspectiva, ao sustentar que na clínica contemporânea não devemos deixar de considerar que a linguagem do corpo ultrapassa o registro psicopatológico, pois é um tipo de linguagem que dá notícias das primeiras narrativas motoras das experiências de encontro e desencontro com o objeto.

Para sustentar seu argumento clínico, o autor se baseia nas reflexões winnicottianas sobre a relação mãe-bebê, chamando atenção para o que designa

como um encontro “coreografado”, estabelecido na relação dual mãe-bebê. A mãe, como aquela que “escuta” o bebê, aceita desempenhar a função de espelho primário winnicottiano, isto é, daquele que com seu olhar reflete *o ser bebê*.

Ao prosseguir essa reflexão, Roussillon propõe que a organização da relação primitiva mãe-bebê tem, de início, a “homossexualidade primária em duplo” como modelo. Este nos remete para a questão metapsicológica fundamental, a saber, que a pulsão e a vida pulsional têm um valor “mensageiro”, um “valor que se acrescenta e se dialetiza com o valor mais classicamente descrito de descarga e tratamento das tensões” (2010: 46). Como esclarece, este valor “mensageiro” é um componente essencial da própria experiência de satisfação, necessária para que se organize “um vínculo suficientemente seguro com o objeto investido, progressivamente “percebido”, “construído” e “concebido” como um “duplo” em si” (op.cit).

Nesse processo dual, o prazer é sentido por meio de um “ballet”, fruto do encontro com o duplo enquanto espelho do sujeito, um duplo suficientemente semelhante, mas, também, suficientemente separado para não ser o próprio sujeito. Segundo o autor, há dois níveis intrincados, porém distintos: o compartilhamento “estésico”, ou seja, de sensações corporais e um compartilhamento emocional em termos de sintonia afetiva. Para o autor, a emoção ou afeto é essencialmente psicossomático, não é nem puramente mental, muito menos apenas físico. As primeiras formas de comunicação se desenvolvem por meio de um compartilhamento “estésico”, o primeiro e mais fundamental dos níveis (ROUSSILLON, 2010).

Baseando-se na teoria desenvolvida por Daniel Stern, o autor entende que este nível condiciona o investimento libidinal primitivo do corpo podendo ser observado a partir do “ballet” do ajustamento mimo-gesto-postural recíproco entre a mãe e seu bebê, de maneira que uma espécie de coreografia corporal emerge comunicando e transmitindo um cortejo de sensações. O ajustamento é recíproco, mas não simétrico, na medida em que os meios engajados por cada parceiro da dupla não são similares. Essa capacidade de transferência “amodal” persiste secretamente ao longo de toda a vida, permitindo “estabelecer correspondências

de um sentido para o outro, de um movimento para o outro, de uma percepção sensorial para o movimento correspondente” (op. cit: 48).

Assim, como defende, se a sintonia emocional ou ajustamento estão inseridos no complexo processo de constituição do vínculo primitivo, essa relação “em duplo” aponta para a dimensão mensageira da vida pulsional. O objetivo da pulsão não é, então, apenas a descarga, já que há um vetor de comunicação em direção ao objeto. Em suas palavras:

“O prazer e a satisfação dependem tanto da “descarga” da tensão interna, objetivo fundamentalmente “narcísico” da pulsão, quanto do intercâmbio que a mensagem direcionada ao outro que torna isso possível, objetivo então “objetalizante” da vida pulsional” (2010: 53).

Ele, então, afirma que é a partir do fracasso da coreográfica corporal primitiva que começam a se constituir as falhas narcísicas das quais as patologias ditas “psicossomáticas” estabelecem suas primeiras bases. Já McDougall (2000: 107) sustenta que paciente que somatiza, ao procurar “ejetar” de sua via psíquica o afeto que mobiliza angústias precoces, favorece que o corpo se expresse “como na primeira infância, o que leva a *ressomatização do afeto*”. Com efeito, esse mecanismo, segundo a autora, é um sinal psíquico que acaba se restringindo à mensagem de ação não verbal

Dejours (1998), por sua vez, ao ressaltar o componente intersubjetivo do adoecimento psicossomático, indica a existência de uma intencionalidade expressiva do sintoma psicossomático. Contudo, são zonas que não puderam passar pelo processo de subversão libidinal, por dificuldades dos pais de poderem “brincar” com este corpo, erotizando-o e nomeando a partir dos cuidados corporais cotidianos. Sua dimensão de intencionalidade reside no fato de que há um sentido a ser construído, não estando na origem do sintoma somático. Ele é um produto de um trabalho de elaboração que se constitui na relação com o outro.

A partir da noção de potencialidade mensageira das expressões psicossomáticas (ROUSSILLON, 2008), buscamos avançar nessa discussão, propondo compreender o adoecimento psicossomático para além de uma falha

simbólica, mas em seu valor narrativo, como uma potencialidade de co-construção discursiva entre o paciente e o analista.

5.3.2

Por uma escuta ampliada do corpo: o analista como “narrador”

A partir de um caso clínico que apresentava graves somatizações, McDougall nos dá pistas sobre o lugar do analista frente ao adoecimento psicossomático. A atuação constante do corpo no *setting* vai obrigar que o soma fale, viabilizando a tradução das mensagens virtuais em “representações psíquicas verbalizáveis”. Assim, o “sentido biológico lentamente se transforma num sentido psico-lógico”, permitindo que o corpo das pulsões anárquicas possa se tornar um corpo simbólico (2000: 189).

Dejours (1988, 1998, 2003), por sua vez, nos aponta para o processo de passagem do corpo orgânico para o erótico por meio das primeiras brincadeiras sensoriais mãe/bebê. Levando em conta estes autores e retomando a função de porta-voz que a mãe comporta (AULAGNIER, 1979, 1985), é plausível afirmar que as palavras do analista são uma alternativa reparadora de uma impossibilidade materna de entrar em contato com as necessidades do bebê.

Ao estudarmos os primórdios da vida psíquica, propomos trazer o modelo da relação de nomeação/tradução das experiências somáticas do bebê para o *setting* analítico. Nesse sentido, podemos afirmar que, ao longo do processo analítico, é possível que gradualmente se ofereça metáforas e imagem sensoriais que permitam que uma experiência registrada no corpo possa ser integrada ao psiquismo. Ao dispor de palavras que faltam ao paciente, o analista viabiliza a construção de enredos, de narrativas, contribuindo para integrar as vivências mais arcaicas à história do sujeito. A partir de uma função materna de verbalização e transformação das experiências psíquicas, a dimensão corpóreo-afetiva pode vir a fazer parte da cadeia narrativa.

Se no início da vida observamos a prevalência dos aspectos somáticos, é a mãe, com sua função de *porta-voz* (AULAGNIER, 1979) que metaboliza e traduz as experiências corporais do bebê, apaziguando suas sensações somáticas desprazerosas. Mas para que ela possa perceber este corpo como um espaço de comunicação primitiva e interpretá-lo, ela precisa entrar contato com seu próprio prazer corporal para poder investir no corpo da criança, nomeando suas partes, funções e sensações (FERNANDES, 2002).

Poder nomear o corpo do bebê inclui uma brincadeira a dois, um prazer compartilhado, permitindo a ele tomar consciência de suas partes corporais. Este prazer do encontro corporal mãe-bebê permite que posteriormente conceba seu corpo como um espaço unificado (op. cit). Por meio destes jogos corporais, no contexto de um clima emocional de prazer compartilhado, um espaço de narração é co-construído (GOLSE, 2003, 2004, 2005, 2008).

Ao considerar que há uma dimensão expressiva no sintoma psicossomático que pode estar a serviço da significação de uma vivência primordial, Cassetto (2006: 136) afirma que:

“A anterior oposição entre doença com ou sem sentido foi transformada na admissão de que o sentido – e a significação – estariam no cerne do processo de adoecimento, mas não em sua origem. O reconhecimento da especificidade do processo, em relação aos tradicionalmente descritos na clínica psicanalítica, não dependeria necessariamente da inclusão de novas estruturas ou categorias nosológicas.”

Levando em conta a discussão sobre as primeiras expressões corporais no campo da clínica, Fernandes (2002: 176) esclarece que no sentido analítico a escuta “supõe que exista sempre uma palavra a ser ouvida, mais precisamente *acolhida*”. Esta “escuta” abarca uma dimensão para além da palavra. No trabalho com pacientes psicossomático não há como “escutar” sem “ver”, isto é, o processo analítico inclui um “escutar-ver” quando as palavras “pouco ou nada conseguem dizer além de evocar imagens confusas” (op. cit).

Podemos postular que no cenário clínico da sintomatologia psicossomática o “escutar-ver” implica considerar que há um sentido a ser construído no adoecimento, a partir do que pode virar palavra no decorrer das sessões. Nesse

sentido, faz-se necessário um deslocamento do olhar dos movimentos intrapsíquicos para uma relação intersubjetiva. Trata-se da constituição de um espaço entre dois, isto é, uma transposição da característica do paciente para as da dupla, da interação entre o paciente com aquele analista, um ambiente propício para a co-criação de uma narratividade que possa emergir. De fato, tomando emprestado as palavras de Cassetto, podemos afirmar que:

“É como se, tendo-se iniciado a discussão em psicossomática com a metapsicologia da primeira tópica freudiana, tivesse havido um reconhecimento de processos cada vez mais primitivos, fronteiriços do psique-soma. Mas trata-se de uma fronteira nada estreita, em que cada vez mais se descobrem traços elementares de mecanismos complexos (neuróticos, psicóticos, perversos)” (op. cit: 136)

Como aponta Fontes (2002), não apenas nas neuroses, mas em outras organizações psíquicas, encontramos uma via sensorial que é inerente ao trabalho analítico, pois trata-se de uma comunicação analista-analisando. De fato, trata-se de levar em consideração o que o paciente, perante seu sofrimento, apresenta no *setting* analítico em termos pré-verbais e as defesas que lança mão a partir de suas diferentes posições psíquicas. Nesta perspectiva, o corpo e o afeto são considerados como ferramenta de trabalho do analista. Esta relação transferencial não deve ser entendida como algo que precisa ser interpretado e colocado em palavras continuamente, mas como um meio que permite operações transformadoras, narrativas e pequenos *insight* sucessivos que precedem outras mudanças (FERRO, 1998).

O manejo clínico deste tipo de quadro passa por uma clínica da experiência sensível que possibilita agregar corpo e afeto, propiciando o acesso à linguagem e a representação (FONTES, 2010). As experiências asseguradoras e traumáticas, vividas num tempo precoce, anterior à aquisição da linguagem, permanecem no registro do corpo e através dele que podem se apresentar na clínica. De fato, a presença do corporal, nos indica a autora, “coloca o problema da interpretação naquilo que não passa pela regra verbal” (op. cit: 28).

Ao refletir sobre a dimensão sensorial na clínica, Fontes (2002) defende a existência de uma memória corporal, construída a partir de fragmentos de impressões sensoriais precoces. A autora compreende que o registro das vivências

precoces se faz via corpo, não podendo ser resgatado pela associação livre. A partir da afirmação ferencziana de que “nos momentos em que o psiquismo falha, o organismo começa a pensar” (FERENCZI apud FONTES, 2002:15), ela se refere à clínica voltada para o sensorial, uma *clínica do sensível*, que leva em consideração as vivências impressas corporalmente, anteriores ao processo de representação. De fato, como afirma a autora:

“O corpo não começa a pensar. Ele já estava lá, onde a história do indivíduo se fazia, como testemunha, presente em todas as circunstâncias vividas pelo indivíduo. O corpo não esquece as sensações, e as mantém na memória do acontecimento. Ele é o suporte carnal de uma lembrança, avalista de nossa continuidade histórica” (FONTES, 2002: 15).

Naturalmente, quando estamos no campo das vivências precoces, o vivido corporal que se apresenta na transferência pode se constituir como a única possibilidade de reintegração do paciente com sua história pré-verbal. O corpo é testemunha de um tempo precoce. De fato, se falta a integração de alguns aspectos primitivos do eu nesse, o que testemunhamos são manifestações corporais indicando que alguns acontecimentos puderam ser registrados apenas na memória corporal.

O corpo responde pela primeira forma de inscrição. É responsável pelos primórdios da narração, tornando-se um suporte carnal das primeiras relações eu-mundo. A partir dele, o sujeito pode comunicar, a um outro atento, suas impressões mais arcaicas que ainda não puderam ser elaboradas psiquicamente.

Fontes (2002: 38) nos lembra que “as reações da criança pequena ao desprazer são de natureza corporal”. Assim, apenas posteriormente a criança aprende a dominar seus movimentos de expressão. Seguindo esse ponto de vista, é plausível afirmar que aquilo que não pode ser “ouvido” pelo adulto cuidador e metabolizado pelo psiquismo se re-apresenta via corpo. A dimensão sensível contribui para se formar uma base de escuta ampliada no trabalho analítico, formando um solo sobre o qual as comunicações verbais podem se estabelecer, levando em conta o tipo de relação construída na dupla analítica.

Coelho Jr (2012) concorda com esta perspectiva ao apontar como as dimensões estéticas ou sensíveis podem contribuir como fundamento para o

trabalho psicanalítico que considera aspectos corporais pré-verbais. O autor discute alguns elementos básicos de uma clínica marcada pela dimensão do sensível, problematizando a noção de corporeidade. Entendida como “tecido material ou energético, móvel, instável, movido por forças pulsionais [...] e marcado por interferências internas e externas” (op. cit : 71), ele ressalta a importância de considerarmos a dimensão relacional envolvida nesse processo, pois a clínica do sensível se baseia na co-presença de duas corporeidades..

Desse modo, o analista escuta com o corpo inteiro, está sempre revelando algo de si, seja na escolha do que interpreta, seja no ritmo e tom de seu discurso, seus silêncios, assim como na sua postura perante o paciente. No manejo clínico da sintomatologia psicossomática é fundamental que o analista esteja disponível para um trabalho de “corpo-a-corpo” a transmissão de sensações e mensagens via corpo (COELHO JR, op. cit). Naturalmente, “o corpo do analista e do paciente, o corpo de ambos é solicitado a dar ouvidos àquilo que a palavra não tem condições de expressar” (FERNANDES, 2002:190).

Ao aprofundar a reflexão sobre o manejo dos sintomas somáticos na clínica psicanalítica, Fontes (2002) reforça o privilégio do corpo como registro de vivências anteriores à aquisição da linguagem. A autora retoma a perspectiva da psicanálise contemporânea que se volta ao estudo da clínica dos primórdios para comentar que atualmente o sensorial, meio pelo qual ocorrem as primeiras comunicações eu/mundo, tem um lugar de destaque na compreensão dos aspectos mais arcaicos do psiquismo.

Ao lançar mão das reflexões sobre os primórdios da vida psíquica, a autora defende a concepção que privilegia o corpo como lugar de registro da memória infantil mais precoce. Seu trabalho mostra a importância de se olhar para os traços mnêmicos que se apresentam na clínica por meio de posturas corporais, sensações e de sofrimentos psicossomáticos.

Com o intuito de esclarecer os diferentes tipos de memória, Fontes (op. cit) defende a existência dois tipos de marcas de experiências originárias: aquelas presentes na memória em estado ligado – e por isso, aptas a entrar no processo secundário – e aquelas que não podem ser representadas pelo processo secundário, permanecendo como sequelas de impressões deixadas pelo originário. O segundo

tipo não se prestaria à mesma lógica temporal das impressões que podem ser evocadas pela lembrança.

Segundo a autora, esse ponto de vista permite refletir sobre as impressões da pré-história individual, tomadas no contexto de um “tempo fora da história”, cuja existência não é possível dentro de uma cadeia contínua de acontecimentos. A autora faz, então, uma articulação entre impressões presentes na formação do psiquismo com a “conduta verdadeiramente infantil invocada (despertada!) pela transferência” (FONTES, 2002: 60). Parece-nos que o aspecto infantil com o qual a autora trabalha refere-se ao componente mais arcaico, bebê, à angústia inominável, cujo caráter econômico se faz presente ao longo de toda a vida do sujeito.

Tomando a metáfora da relação mãe-bebê, centrada no jogo de libidinização, podemos pensar que na clínica com transtornos psicossomáticos o analista convida o paciente para jogar com as palavras em detrimento do corpo. Se nos primórdios da vida psíquica a mãe, por questões que lhe são próprias, não pôde investir libidinalmente o corpo do bebê, este ficaria privado das explorações inerentes ao corpo do prazer, isto é, ao corpo erógeno.

Além disso, a reflexão sobre os quadros psicossomáticos proposta por Fontes (2002, 2010) permitiu que observássemos que há um trabalho psíquico a ser feito pelo analista no contato com o paciente. Estamos nos referindo à escuta do analista que leve em consideração as vivências mais arcaicas do paciente, de forma que:

“[...] em seus estados primitivos, a criança precisa sentir que há alguém pronto a receber seu “transbordamento”. Essa entidade receptora, seja a mãe ou o analista, parece à criança poder conter, reciclar e filtrar um “transbordamento”, de tal forma que não lhe permitirá perder seu controle, tornar-se uma “cascata” ou um “vulcão”” (FONTES, 2010: 58).

Assim, esses pacientes não teriam a percepção dos sinais somáticos que indicam que há um corpo a ser cuidado, maternado. A experiência corporal fica, então, ancorada no registro das necessidades básicas, do corpo biológico, isto é, num tempo anterior ao autoerotismo. Trata-se de um corpo que não pôde se representar enquanto objeto psíquico (FERNANDES, 2002).

Ao citar o tipo de manejo clínico com pacientes adultos cujo corpo do adoecimento entra em cena, a psicanalista Fernandes (2003b) defende que devemos acolher a doença somática, pois que cada um se serve dela e resiste a ela de uma maneira muito pessoal. A autora sustenta que o sintoma somático ocupa um lugar, um espaço na economia psíquica do sujeito, de forma que o trabalho de análise pode ser de nominação/ligação, num processo de construção de sentido. Entendemos que este trabalho conjunto cria uma narrativa compartilhada que emerge a partir do que pôde ser registrado primeiramente no corpo.

O trabalho analítico de casos de adoecimento psicossomático evidencia os limites de uma escuta guiada pelo modelo centrado apenas no discurso do paciente. É preciso uma ampliação do manejo clínico, de maneira que o analista acompanhe o paciente:

“[...] na busca por palavras capazes de acolher os detalhes, os mais fortuitos, de sua fala e coloca-los em relação com o que passa com seu corpo, permitindo, desta forma, que um sistema simbólico possa ir lentamente se estabelecendo em torno do evento somático [...] é a escuta do analista que pode acolher a emergência do evento somático na vida do paciente, reinventando-lhe uma trama” (FERNANDES, 2002: 191).

Nos momentos nos quais a palavra falta, a psicanálise se defronta com questões da realidade concreta do corpo. Nestes, nos indica Fernandes (1997), o psicanalista lança mão da presença de suas sensações corporais tais numa relação de troca intensa e constante com o corpo do paciente. Trata-se de se considerar o que há de banal no encontro humano, o encontro entre dois indivíduos cujo trabalho na transferência deve incluir aspectos para além do verbal, criando um ambiente favorável para que os elementos arcaicos, sensório-corporais possam vir a ser integrados pelo sujeito vindo a fazer parte de uma teia narrativa.

Para a autora, dar sentido à doença é dar-lhe uma forma, um contorno, um limite, permitindo ao paciente inscrevê-la numa história, que considere a interpretação para a construção de sentidos. No entanto, a partir do que foi discutido, não podemos, então, pensar que a própria doença pode servir como um primeiro tempo da comunicação com o outro?

Para Fontes, (2010: 25), devemos considerar “o corpo sensível do paciente – tal qual ele aparece à escuta do analista – e interrogar que conjuntos de

dispositivos analíticos levariam em conta a extraordinária presença do corporal”. Sendo assim, há uma dimensão clínica a ser repensada na medida em que:

“Certos pacientes, ao imporem dificuldades técnicas, exigem que o analista encontre palavras com mais capacidade sensorial. Elas devem recuperar sua relação com o corpo para se tornarem representativas. Tentar religar palavras às sensações que originalmente lhe fornecem seu sentido é dar corpo à linguagem [...] as palavras nutrem-se das sensações, não são mais vazias. Nesse momento, então, faz-se a passagem da sensação à ideia. Há linguagens dessensorializadas, linguagens mortas. Há, por conseguinte, um trabalho a ser feito em análise para restituir a vitalidade da língua” (: 20).

Na análise nos deparamos com o encontro de dois psiquismos, a trabalho, em busca da construção de sentidos, de narrativas. Este trabalho a dois permite que os sofrimentos que tomam o paciente possam vir a fazer parte da cadeia associativa inserida numa temporalidade. Partimos da compreensão de que o adoecimento psicossomático não estaria no campo nem de neurose ou psicose do corpo, nem, como sustenta Marty, na sua perspectiva evolucionista, um retorno regressivo ao orgânico, e sim, como esclarece Casseto, (2006: 140) “a reativação de processos elementares, aquém da consciência e talvez mesmo do inconsciente, mas direcionados ao encontro com o outro e à significação”.

A representação psíquica precisa estar ancorada no corpo, já que em seu entendimento “a linguagem seria ao mesmo tempo física e psíquica, porque a palavra toca simultaneamente o pensamento e a percepção” (FONTES, 2010: 39). Estamos no campo de uma “dupla natureza [que] lhe permite estar na encruzilhada do corpo e do psíquico” (op. cit). Com efeito, o valor narrativo do sintoma psicossomático reside em poder “escutar” o sintoma psicossomático como uma mensagem pictografada a ser traduzida pelo analista. Esse tipo especial de “escuta” leva em consideração a existência de uma potencialidade narrativa no fenômeno psicossomático, isto é, a possibilidade de que aquilo que se expressa na concretude do adoecimento corporal possa vir a se tornar palavra, fazendo parte de uma cadeia narrativa.