



**Nataly Netchaeva Mariz**

**A potencialidade narrativa do sintoma psicossomático**

**Tese de Doutorado**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-Rio como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica

Orientadora: Prof (a) Silvia Maria Abu-Jamra Zornig

Rio de Janeiro  
Março de 2015



**Nataly Netchaeva Mariz**

**A potencialidade narrativa do sintoma  
psicossomático**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

**Prof(a) Silvia Maria Abu-Jamra Zornig**  
Orientadora  
Departamento de Psicologia –PUC-Rio

**Prof(a) Maria Inês Garcia de Freitas Bittencourt**  
Departamento de Psicologia –PUC-Rio

**Prof (a) Flavia Sollero de Campos**  
Departamento de Psicologia –PUC-Rio

**Fernanda Pacheco Ferreira**  
PNPD Capes PPGTP/ UFRJ

**Prof (a) Issa Leal Damous**  
Deptº de Psicologia – UFF/Rio das Ostras

**Prof(a) Denise Berruezo Portinari**  
Coordenadora setorial de Pós-Graduação e Pesquisa  
do Centro de Teologia e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 20 de março de 2015

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem a autorização da autora, do orientador e da universidade

### **Nataly Netchaeva Mariz**

Possui Graduação em Psicologia pela UFRJ (2004), especialização em Psicologia Clínica-Hospitalar HUPE/UERJ (2007), mestrado (2010) e doutorado (2015) em Psicologia Clínica pela PUC-Rio, tendo participado de doutorado-sanduiche na Université René Descartes – Paris V (2006-2007).

#### Ficha Catalográfica

Netchaeva-Mariz, Nataly

O potencial narrativo do sintoma psicossomático / Nataly Netchaeva Mariz; orientadora: Silvia Maria Abu-Jamra Zornig. – 2015

151 f ; 30 cm

Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015

Inclui bibliografia

1 Psicologia – Teses. 2. Corpo 3. Psicossomática 4. narratividade 5. co-construção narrativa I. Zornig, Silvia Maria Abu-Jamra. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título

Para Nancy Cotia Mariz (*in memoriam*)

## Agradecimentos

À Silvia Zornig pela aposta, as oportunidades e a orientação

À banca examinadora que gentilmente aceitou participar desta defesa.

A Sylvain Missonnier e Bernard Golse pelo acolhimento na Paris V, dando-me oportunidade de conhecer a pesquisa francesa e assistir os seminários, o que me possibilitou entrar em contato com “outras linguagens”.

Ao Franck Zigante por me acolher em seu grupo de trabalho e possibilitar uma troca sobre o tema da narrativa.

A CNPq pela bolsa de doutorado e CAPES pela bolsa sanduiche em Paris que tornaram possível a elaboração desta pesquisa.

A Roxane, Khaled, Veronique, Carla Cobra e Sabira por tornarem minha estadia em Paris mais enriquecedora.

Aos amigos da Maison du Brésil.

À Marcia Azevedo que, ao longo dos anos, me incentivou a ter uma existência mais criativa.

À Vanuza Campos Postigo, pelos anos de amizade e de trocas psicanalíticas.

Aos amigos e colegas de orientação: Sergio (*in memoriam*), Ana Carolina, Natalia Guimarães, Natalia Cidade, Helena e Fernanda.

Aos demais companheiros de doutorado.

Aos professores e funcionários da PUC.

Aos supervisores clínicos que me acompanharam ao longo da minha formação, contribuindo ampliar minha escuta para além das palavras.

Aos meus pais Tatiana e Arnaldo que me possibilitaram o encontro com várias línguas e culturas.

Às minhas irmãs: Ana Sofia, Ligia, Nancy e Virginia. Cada uma, em sua singularidade, me ensina a ver a beleza na diferença.

Klaus pela compreensão durante os períodos que estive ausente.

Aos demais amigos, em especial Lucas que, como um irmão, sempre acompanhou minha trajetória.

## Resumo

Netchaeva-Mariz, Nataly; Zornig, Silvia Abu-Jamra (orientadora). **A potencialidade narrativa do sintoma psicossomático**. Rio de Janeiro, 2015. 151p. Tese de Doutorado – Rio de Janeiro – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Esta pesquisa teórico-clínica versa sobre uma potencialidade narrativa subjacente ao adoecimento psicossomático. Propomos que o fenômeno psicossomático remete a uma tentativa de comunicação precoce a ser “escutada”, buscando oferecer uma alternativa à visão tradicional sobre o adoecimento psicossomático, entendido como uma falha dos processos de elaboração. Com intuito de enriquecer esta discussão, trazemos a noção de narratividade, compreendida como uma comunicação com outro que, na sua dimensão precoce, passa pela expressividade corporal. Baseamo-nos nos estudos sobre os primórdios da vida psíquica que nos indicam a centralidade do corpo nas primeiras formas de comunicação com mundo externo. Em termos de manejo clínico, podemos afirmar que, através do olhar atento de um outro, os sintomas corporais podem adquirir um valor narrativo por meio de uma co-construção de sentido. Desse modo, consideramos que o processo analítico é constituído de um encontro de duas subjetividades, a trabalho, em busca da construção de uma narrativa do sofrimento humano.

## Palavras-chave

Corpo; psicossomática; narratividade; co-construção narrativa

## Résumé

Netchaeva-Mariz, Nataly; Zornig, Silvia Abu-Jamra (directrice). **La potentialité narrative du symptôme psychosomatique**. Rio de Janeiro, 2015. 151p. Thèse de Doctorat – Rio de Janeiro – Departamento de Psicologia, Pontificia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Cette recherche théorico-clinique soutient l'idée d'un potentiel narratif sous-jacent aux maladies psychosomatiques. L'hypothèse est que le phénomène psychosomatique renvoie à une tentative de communication précoce qui doit être « écoutée » et non prise pour un échec des processus d'élaboration, comme dans la vision traditionnelle de la maladie psychosomatique. Viendra enrichir cette discussion la notion de narrativité comprise comme une communication, ce qui dans sa dimension précoce implique l'expressivité corporelle. Nous nous appuyons sur des études du tout début de la vie psychique qui indiquent la centralité du corps dans les premières formes de communication avec le monde extérieur. En ce qui concerne le cadre analytique nous pouvons dire que c'est à travers le regard attentif de l'autre, dans une co-construction de sens, que les symptômes corporels peuvent acquérir une valeur narrative. Ainsi, nous considérons le processus d'analyse comme une rencontre entre deux subjectivités opérant à la recherche de la construction d'un récit de la souffrance humaine.

## Mots-clés

Corps ; psychosomatique ; narrativité ; co-construction narrative

## Sumário

1. Introdução	12
2. Corpo: uma construção teórica em Freud	19
2.1. Os “primórdios” da psicanálise: as origens de uma visão sobre o corpo	20
2.2. Os três “tempos” do corpo em Freud	23
2.2.1. O corpo fragmentado: o prazer do órgão no autoerotismo	25
2.2.2. A unidade corporal narcísica	32
2.2.3. Dupla incidência do corpo: Eu corporal e transbordamento	41
2.3. A angustia: entre o corpo e o outro	47
3. O campo da psicossomática	55
3.1. Entre o biológico e o somático: um corpo para além do organismo	56
3.2. Psicossomática Psicanalítica	63
3.3. Transtornos psicossomáticos: uma questão de limites?	67
3.4. As origens precoces do sintoma somático	74
3.5. Adoecimento psicossomático: falhas de pensamento ou zonas de fragilidade?	79
4. Corpo nos primórdios: a origem da capacidade narrativa	83
4.1 Habitando o corpo	87
4.1.1. O corpo como morada	93
4.2. O corpo: espaço de encontro constitutivo	97
4.2.1. Um corpo “inabitado”: onde o encontro não pôde ocorrer	101
4.3. A constituição narrativa	105
5. Corpo e a co-construção narrativa na clínica contemporânea	114
5.1. A escuta psicanalítica: um movimento em três tempos	116
5.2. A “parte bebê de si”: algumas reflexões sobre a dimensão arcaica na clínica com pacientes adultos	123
5.3. O corpo como comunicação precoce: uma narrativa a dois	127

5.3.1. A pontencialidade narrativa do sintoma psicossomático	129
5.3.2. Por uma escuta ampliada do corpo: o analista como “narrador”	133
6. Conclusão	141
7. Referências Bibliográficas	145

*Um homem é sempre um narrador de histórias,  
vive rodeado por suas histórias e as histórias dos outros,  
vê tudo o que lhe acontece através delas;  
e procura viver sua vida como se a narrasse*  
Jean-Paul Sartre

# 1.

## Introdução

Historicamente a relação entre o mente e corpo , assim como seus limites, varia de acordo com a época e os paradigmas vigentes. A discussão sobre a co-dependência ou separação entre estas instâncias, atravessada por contextos culturais e mudanças históricas, acaba por se fazer presente na visão que a cultura constrói (FIGUEIREDO, 1995). Certamente o papel desempenhado pelo corpo foi se modificando ao longo dos séculos. De fonte dos afetos “fora do controle” da razão a espaço de intervenção e cuidados maciços do campo da saúde e bem estar da atualidade, ele se manteve no cerne das reflexões e ingerências que buscam dar conta da complexidade do sujeito humano.

No movimento de constituição de um saber sobre a relação do homem com seu corpo e com os objetos a sua volta, sem dúvida é na Modernidade que se estabelecem os alicerces de oposições dualistas e conflitivas que permanecem na tradição ocidental, a saber, a separação entre sujeito e objeto do conhecimento, do homem e da natureza, da internalidade privada do sujeito e da externalidade da cultura, assim como a separação entre as instâncias mentais e os movimentos corporais.

No estabelecimento desta “visão de mundo”, a perspectiva cartesiana no contexto do pensamento ocidental se faz presente hierarquizando os processos mentais tidos como superiores em detrimento do corpo - lugar de desordem, da natureza e de impulsos passionais a serem contidos pela racionalidade. O paradigma moderno prioriza os dualismos, expresso em termos de polaridades que tem por objetivo, como aponta Plastino (2004), limitar e organizar suas concepções.

Inserida nesta tradição, a psicanálise, tendo Freud como seu fundador, se constitui como um saber que, por um lado, mantém a dimensão conflitiva entre o sujeito e a cultura, calcada na compreensão que existem paixões e desejos que são mantidos submersos em prol da convivência em comunidade, ao mesmo tempo em que, por outro lado, rompe com o paradigma racional, sustentando que no indivíduo humano há uma dimensão inconsciente que atravessa e põe em cheque a racionalidade.

Avançando nessa reflexão, notamos como, no contexto da emergência da psicanálise, isto é, a virada do século XIX para o XX, encontramos um olhar que considera a existência da interioridade da vida psíquica, cuja lógica encontra-se fora do registro racional. Esta concepção de uma realidade interna pode ser vista tanto no interior do campo filosófico, quanto do literário (PLASTINO, 2004), uma compreensão que motivou a construção de um saber sobre o inconsciente, como um elemento vivo e dinâmico a ser desvelado pelo analista.

Neste contexto histórico, a histeria, como enigma no seio do saber médico, promove uma mudança de paradigma sobre a visão do corpo no campo do conhecimento. Para além de uma intervenção objetiva e de um controle racional, este corpo é palco onde se encena publicamente uma série de enredos e narrativas.

Como buscamos apontar ao longo deste trabalho, a psicanálise – fruto dos impasses clínicos apresentados pelos quadros histéricos – desde o início tem os sinais somáticos como alvo de sua atenção. Isto possibilitou a concepção de que na histeria há um corpo representado. Estamos nos referindo a um corpo erotizado, atravessado por fantasias inconscientes. Esta é a visão de corpo que durante muito tempo prevaleceu no campo psicanalítico.

Contudo, um novo cenário se apresenta atualmente: o redirecionamento dos conflitos internos para uma manifestação corporal distinta dos mecanismos conversivos ligados a fantasias inconscientes. Esta torção sugere que estes conflitos estão migrando para o exterior do sujeito (FERNANDES, 2003b). Sede de satisfação pulsional, o corpo se torna meio de expressão de um sofrimento que aparentemente tem dificuldade para se manifestar em termos de representação psíquica.

Como Fernandes (2003b) observa, diferentemente dos sintomas histéricos que nos conduzem por uma trama de representações, o ato e os sintomas corporais, cada vez mais presentes no cenário contemporâneo, aparentemente não têm um sentido simbólico a ser desvelado. A narrativa muitas vezes empobrecida, factual, sugere uma dificuldade de metaforização e elaboração psíquica. A partir destas indicações, ao nos depararmos na nossa prática cotidiana com apresentações somáticas compreendidas como sem sentido, somos convocados a retomar a clínica dos primórdios, numa tentativa de redesenhar o percurso que leva à estruturação do psiquismo e à capacidade de metaforização via linguagem.

De fato, o que permanece fora do discurso associativo é uma discussão cada vez mais atual, que vem nos conduzindo a indagar com que aspectos do sofrimento humano a psicanálise trabalha. Quando nos referimos, por exemplo, às chamadas “patologias do contemporâneo”, tão discutidas nos últimos anos, observamos como o corpo está no centro do palco analítico. Distintos da sintomatologia histórica tão corriqueira no contexto social freudiano, os sintomas somáticos de hoje apontam para algo que não pôde virar palavra.

Podemos citar alguns exemplos deste vasto campo das chamadas patologias corporais contemporâneas como as disfunções alimentares, os quadros de ansiedade hipocondríaca, as diversas formas de marcações corporais mais radicais que incluem automutilação, tais como *cutting* (feridas provocadas cortes intensionais) e o *brandy* (queimadura com ferro em brasa), o culto excessivo às formas perfeitas e, o objeto do nosso interesse, os quadros de adoecimento psicossomático. Nesse cenário, os impasses clínicos que se apresentam nesta multiplicidade de expressões corporais nos conduzem a repensar a técnica clássica pautada nos sintomas neuróticos históricos, nos convidando a refletir sobre diferentes níveis de experiência que aparecem no processo analítico.

É interessante mencionar que, desde o início da constituição do campo psicanalítico, Freud sempre esteve atento às diferentes formas de comunicação que incluíam a dimensão corporal. Daí sua busca pelo significado por trás sintoma, isto é, o sentido oculto a ser desvendado ou, por que não dizer, construído (FREUD, 1937). Partindo dessa premissa, podemos nos perguntar: o que podem nos comunicar os sintomas psicossomáticos? Haveria uma dimensão organizadora nestas manifestações? E, mais precisamente, podemos nos questionar se haveria uma potencialidade narrativa subjacente a estes quadros. Estas são algumas questões que suscitaram as discussões contidas nessa tese e pretender chegar a uma resposta que nos leve ao manejo clínico com pacientes que apresentam esta problemática.

Para começar a responder a essas perguntas, cabe mencionar que, ao longo da constituição do saber psicanalítico, observamos como o corpo é um território que provoca, por um lado, fascínio pela riqueza de sintomas, repletos de sentido – como testemunham inúmeros relatos dos quadros históricos – e, por outro lado, pode ser esquecido ou não reconhecido.

Alguns autores, inclusive, (MCDOUGALL, 2000; BIRMAN, 2003, FIGUEIREDO, 1995) apontam para um corpo “silenciado” pela escuta do analista. Contudo, observamos na clínica como este “silêncio” pode advir do próprio paciente que, sem conseguir habitar seu corpo, parece não poder reconhecer sua existência como superfície expressiva e integrante do todo que compõe o Eu. Estamos nos referindo a um corpo que, apesar de se mostrar “barulhento” em termos de somatização, está silenciado no discurso do paciente e, por vezes, na escuta do analista.

Sem dúvida, a psicanálise, como um saber que procura desvendar aquilo que o sujeito desconhece ou não reconhece em si mesmo, isto é, a dimensão de um sofrimento que extrapola as fronteiras da representação, se constitui a partir da experiência clínica, como um campo em constante construção. Assim, para contribuir com essa construção, reafirmamos que há um corpo a ser interrogado, tanto em termos de compreensão teórica, quanto de manejo clínico, já que este se põe a “falar” em diferentes dialetos ao longo do processo analítico. Nesse sentido, nossa pesquisa visa acrescentar mais um capítulo a essa gramática que tenta definir os significados das manifestações corporais.

Uma das abordagens que iremos utilizar leva em consideração o estudo dos primórdios da vida psíquica. Dentro dessa perspectiva, interessa-nos particularmente a relação mãe-bebê, precisamente no que diz respeito aos momentos constitutivos de um espaço de narrativa compartilhada.

A noção de narratividade, apropriada pela psicanálise a partir de outros campos de saber como a linguística e a filosofia, no contexto clínico-teórico psicanalítico, é reinventada ao se propor discutir sobre as origens da capacidade narrativa tendo o corpo como fundamento. Nesse sentido, a dimensão sensório-rítmica das relações primordiais mãe-bebê é recolocada no campo psicanalítico nos auxiliando na reflexão sobre o que na clínica aparece aquém/além da linguagem verbal.

De fato, as experiências mantidas fora do campo simbólico e da possibilidade de elaboração nos remetem às experiências sensoriais mais precoces, indicando a importância de um outro que possa conter e dar sentido às vivências precoces. A mãe, assim, torna-se fundamental no processo rumo à conquista da elaboração psíquica e à aquisição da capacidade narrativa. A

constituição desse espaço narrativo permite que posteriormente um discurso sobre o sofrimento subjetivo possa ser elaborada.

Tal visão parte do entendimento de que, no campo psicanalítico, não podemos esquecer que um sofrimento abarca a dimensão da alteridade, fundante da experiência humana. Nesse sentido, o intuito é problematizar como as diversas dimensões das manifestações corporais precisam ser pensadas não apenas em termos do corpo representado – como nos quadros de conversão histérica – mas de um espaço de *vir a ser*, de constituição subjetiva.

Como buscaremos sustentar, as atividades somáticas são parte integrante das experiências mais precoces. Sob essa ótica entendemos, tal como Bernard Golse (2004: 21) defende, que os “conjuntos das interações precoces vividas pela criança em seu corpo e em seu comportamento dão lugar a uma atividade de mentalização e figuração absolutamente essencial na ontogênese do aparelho psíquico do bebê”.

A maneira como se desenvolve esse processo é material de nosso interesse não apenas teórico, mas clínico, na medida em que cada vez mais recebemos pacientes com dificuldades de falar sobre seu sofrimento, indicando uma dificuldade de contenção dos intensos afetos que os invadem. São pacientes que apresentam sua dor por meio de *expressões-através-do-ato* (MCDOUGALL, 2000).

O corpo “fala”, através de dores incapacitantes, de adoecimentos paralisantes, de incidentes que parecem vir desconectados, desligados do circuito associativo, mas que podem estar ligados a vivências extremamente precoces que não conseguiram virar palavra.

Anteriormente (NETCHAEVA MARIZ, 2010, NETCHAEVA MARIZ & ZORNIG, 2011) nos detivemos na discussão sobre as vivências que escapam à possibilidade de representação psíquica e, por isso, se encontram inacessíveis à consciência e aquém da linguagem. Naquele momento, ao nos voltarmos para a compreensão da dimensão econômica das relações precoces, destacamos que há uma pulsionalidade que invade o bebê humano ainda despreparado para lidar com tamanha excitação. Aprofundando a discussão, apontamos que este excesso pulsional comporta uma dimensão traumática que permanece enquanto marcas corporais, a ser repetir, em busca de elaboração.

Contudo, ao partir de nossos estudos no campo do corpo e da dimensão mais precoce da experiência psíquica, pretendemos sustentar que as vivências precoces que se encontram “marcadas” ou inscritas primeiramente no corpo podem ter um valor de comunicação com o outro, dependendo da disponibilidade deste de “ouvir” ou “traduzir” as mensagens que lhe são enviadas em termos pré-verbais.

Nesse sentido, interessa-nos percorrer o caminho que se inicia com as primeiras formulações dos sintomas somáticos na psicanálise no modelo teórico freudiano para chegar a uma compreensão do adoecimento corporal enquanto tentativa de comunicação com outro (ROUSSILLON, 2006, MCDUGALL, 2000). Em outras palavras, visamos interrogar se a sintomatologia psicossomática não pode ser pensada como um primeiro tempo no processo de constituição de uma narrativa sobre si mesmo.

Para tal, primeiramente investigamos as diversas formulações sobre o corpo em Freud. Em seguida, para fins didáticos, separamos suas concepções em três momentos teóricos ou três tempos do desenvolvimento de seu pensamento: o corpo do autoerotismo, o corpo do narcisismo e uma dupla incidência corporal, isto é, entre a constituição de um Eu corporal (FONTES, 2010) e o transbordamento pulsional defendido a partir dos avanços promovidos com a segunda teoria pulsional. Procuramos sustentar como esta construção teórica reafirma o lugar fundamental do outro na constituição psíquica, como aquele que contém e coloca “em narrativa” o que inicialmente encontra-se como pura excitação pulsional.

A seguir, entramos mais precisamente na discussão sobre a problemática psicossomática. No capítulo *O campo da psicossomática*, buscamos apresentar um panorama sobre a compreensão clássica do adoecimento psicossomático, apresentando os principais psicanalistas que abordam este tema.

Também nesse capítulo buscamos esclarecer em que medida há, de fato, um funcionamento característico deste quadro e como este, para além da dimensão intrapsíquica, aponta para a perspectiva intersubjetiva, na medida em que somos todos seres em relação.

Posteriormente, no capítulo *Corpo nos primórdios: a origem da capacidade narrativa*, nosso ponto de partida será Winnicott, autor de referência na discussão sobre os primórdios da vida psíquica. Como veremos, a partir das

vivências corporais arcaicas de unidade, torna-se viável a constituição gradativa de um *self* capaz de metabolizar as experiências sensório-corporais e transformá-las em pensamento. Para enriquecer esta discussão, trazemos nesse momento as psicanalistas Piera Aulagnier e Joyce McDougall para refletir sobre uma dupla dimensão corporal: como espaço de um encontro constitutivo ou desorganizador com o outro, assim como de emergência da subjetividade. Ao final deste capítulo, vislumbramos uma terceira dimensão corporal que inclui a aquisição da capacidade narrativa.

Finalmente, no capítulo *Construções narrativas na clínica contemporânea* procuramos, no âmbito da discussão sobre o manejo na clínica contemporânea, trazer novos olhares à reflexão sobre as problemáticas corporais, com abordagens que consideram a dimensão mais arcaica do psiquismo. Buscamos refletir como estas abordagens contribuem para um enriquecimento de um manejo clínico da problemática psicossomática, defendendo que há um trabalho analítico construído a dois, pela dupla analítica, constituindo um espaço potencial para que uma narrativa sobre si possa ser co-construída a partir do que o adoecimento psicossomático comunica das relações precoces do paciente. “Escutar” os elementos arcaicos que se manifestam na clínica em termos sensório-corporais e “traduzir” o sentido subjacente do sintoma psicossomático na história do paciente permitem que o registro do corpo possa virar palavra, fazendo parte de uma cadeia narrativa.

Nesse contexto, pretendemos problematizar o lugar ocupado pelos sintomas somáticos na organização psíquica do sujeito. Partindo da compreensão de que, no processo analítico, há algo a ser “escutado”, mesmo nos sintomas corporais não conversivos, buscaremos sustentar que nos quadros psicossomáticos encontramos uma tentativa primordial de comunicação com um outro.

## 2.

### **Corpo: uma construção teórica em Freud**

Na clínica psicanalítica, não é recente a discussão sobre o corpo. Desde os primórdios da constituição deste saber, os aspectos corpóreos estiveram presentes como via de acesso aos processos inconscientes. Um exemplo paradigmático é a histeria que, como enigma no seio do saber médico no final do século XIX, traz à baila um corpo que contradiz as leis anatômicas. Para além de uma intervenção objetiva e de um controle racional, este corpo é palco onde se encena publicamente uma série de enredos e narrativas. Trata-se da montagem de um enredo que merece uma outra forma de atenção por parte do clínico. Deste modo, buscando constituir um novo olhar sobre esta problemática, Freud observou que havia algo de genuíno no sofrimento corporal destas pacientes. Uma descoberta que o instigou a buscar o sentido por trás do sintoma.

Esta investigação, que visava chegar à etiologia dos sintomas multiformes da histeria, possibilitou a compreensão de que nestes casos estamos diante de outra lógica de funcionamento corporal, atravessada por elementos inconscientes. Como veremos ao longo deste capítulo, no caminho de constituição do campo psicanalítico, a dimensão corporal esteve constantemente presente no bojo das reflexões freudianas.

Iniciamos essa reflexão a partir das primeiras teorizações freudianas acerca dos sintomas corporais das histéricas, que abriram um vasto campo de estudos para a teoria psicanalítica. Vale mencionar que as noções defendidas por Freud nos seus primeiros textos são bases fundamentais para compreendermos os desdobramentos posteriores da noção de corpo em psicanálise.

## 2.1

### Os “primórdios” da psicanálise: as origens de uma visão sobre o corpo

Como já começamos a indicar, no início de sua obra Freud (1886, 1897) procurou decifrar de que natureza eram os sintomas histéricos. Interessado pela problemática corporal e pela capacidade atribuída às histéricas de simular diferentes doenças orgânicas nervosas, ele buscou fundamentar sua visão de que outro processo, distinto das leis anatômicas, entrava em jogo na cena histérica. Como afirma: “nenhuma sintomatologia definida pode ser atribuída à histeria, simplesmente porque nela pode ocorrer qualquer combinação de sintomas” (1986: 16), de modo que é necessário buscar sua etiologia para além das fronteiras da biologia.

Freud (1909) quando retoma historicamente alguns conceitos que nos esclarecem os primórdios da psicanálise, resgata o caso de Anna O, nos lembrando que o adoecimento corporal histérico, na época, era visto com um olhar de descrédito. Apesar de suas dores e paralisias, as pacientes não apresentavam nenhum comprometimento orgânico detectável. Capaz de simular muitos quadros de adoecimento grave, o autor afirma que nem sempre era fácil distinguir o que era sintomatologia histérica e o que era uma enfermidade orgânica séria. Por isso, diversas técnicas, dentre elas o eletrochoque e a hipnose, foram empregadas numa tentativa de extinguir estes sintomas.

Entretanto, tais intervenções clínicas se mostravam pouco eficazes ou com resultados apenas num período determinado, sem que houvesse, de fato, uma transformação ou resolução permanente. Assim, fez-se necessária uma ampliação da compreensão do fenômeno histérico para que um tratamento clínico pudesse resultar numa melhora significativa do quadro.

É apenas por meio da *talking cure*, ou “limpeza psíquica”, nos conta Freud em seu resgate sobre o início de sua teorização (2013 [1910]) que foi possível poder falar livremente de si, criando uma narrativa da qual o analista era testemunha. Nesta técnica, primeiramente utilizada por Breuer para lidar com sua paciente, a presença do médico, como o outro capaz de escutar, propiciou que aquilo que estava ali, no corpo, pudesse virar palavra.

Nesse contexto, vivências carregadas de afeto podiam ser narradas conduzindo a uma cadeia de lembranças patogênicas e cenas traumáticas. Contudo, como esclarece o autor, o que se verificou a partir desta técnica, é que nem sempre uma só vivência produz o sintoma, isto é, diversos traumas recorrentes, bastante semelhantes, se somavam produzindo aquele efeito.

Assim, toda essa cadeia de lembranças patogênicas precisava ser reproduzida num sentido inverso da sequência cronológica, da última até a primeira. O autor entende que não é possível alcançar o primeiro trauma, muitas vezes o mais influente, sem que se aborde os traumas posteriores (FREUD, 2013 [1910]), a nosso ver, num movimento narrativo de reconstrução histórica.

Nos caminhos da teia narrativa produzida analiticamente, um braço “adormecido” passa a ter um sentido, remetendo a uma cena. Uma lembrança, carregada de emoção, pode ser a causa de uma paralisia. Tal observação levou Freud a afirmar que as histéricas sofrem de reminiscências e seus sintomas são como símbolos mnêmicos.

Com efeito, os histéricos e os neuróticos em geral não apenas nos contam vivências dolorosas há muito passadas, como permanecem atados afetivamente a elas, não conseguindo se desvencilhar de seu passado e negligenciando o presente. Efetivamente essa fixação da vida psíquica nos traumas “é uma das características mais importantes e de maior consequência prática da neurose” (FREUD, 2013 [1910]: 232).

A etiologia da neurose se instala a partir de afetos “estrangulados”. É fruto de estados emocionais gerados a partir de situações patogênicas cujo escoamento é bloqueado. No campo da neurose histérica, o corpo desempenha um papel fundamental para a compreensão deste fenômeno, já que nestes quadros as vivências afetivas se convertem, total ou parcialmente, em sintomas corporais. Em outras palavras, as defesas contra experiências conflitantes se revertem na *capacidade de conversão* (FREUD, 1894 [grifo do autor]), característica marcante da histeria que, ao produzir dor ou paralisia motora, se mantém “como um duradouro fardo da vida psíquica e fonte de contínua excitação” (FREUD, 2013 [1910]: 234).

Em termos clínicos, ao falar através do corpo revela-se o que o sujeito não consegue dizer. O analista é colocado como espectador da trama inconsciente da histérica. Encenando aquilo que permanece mudo, o corpo vai metaforizar um

cenário, de forma que, para Roussillon (2009), são cenas que seguem um roteiro, cuja estrutura do ato assim como sua encenação são uma narrativa.

A dimensão da (re)construção narrativa se evidencia ao tomarmos o corpo como palco de um cenário fantasmático, cujo enredo se passa no interior do psiquismo. Este teatro interior (MCDOUGALL, 2000) é elemento chave do processo analítico. Há uma história a ser contada, colocada em palavras, para que o sentido oculto possa daí emergir.

A psicanálise, em seus primórdios, lança os holofotes para a importância da escuta, de forma que ao longo do tempo, por meio de uma reconstrução histórica, a origem do sintoma possa ser alcançado. Entretanto, cabe mencionar que não é apenas dos quadros históricos que Freud se ocupa no início da formulação de sua obra. Ele também busca uma melhor compreensão da distinção entre as psiconeuroses (histeria e neurose obsessiva) e as assim chamadas neuroses atuais (neurose de angústia e neurastenia).

No primeiro caso a origem dos sintomas se encontra nos conflitos psíquicos de ordem sexual, inseridos numa história a ser reconstruída no *setting* analítico. Já no segundo, como define Freud, há um componente “atual” da sexualidade que desencadeia os sintomas da neurose de angústia ou sintomas de neurastenia.

É interessante observar que o termo “neurose atual” aparece primeiramente em 1898, no texto *A sexualidade na etiologia das neuroses*. De origem somática, as neuroses atuais apontam para uma dimensão de resto ou falha do processamento de excitação pelo aparelho psíquico, pois nestes quadros, segundo o autor, não encontramos a mediação psíquica dos mecanismos de deslocamento ou condensação que observamos nas psiconeuroses.

No caso da neurastenia, por exemplo, estamos no plano do corpo biológico, cuja disfunção na economia sexual tem no esgotamento nervoso a causa precipitante. A perda da energia pulsional somática leva a um esvaziamento do sujeito, precipitando o quadro (BORGES, 1995). Na neurose de angústia, por sua vez, há ou contenção excessiva ou uma impossibilidade de contenção psíquica da excitação sexual somática, fazendo com que este excesso de energia libidinal mantenha-se no nível corporal, “levando assim à produção de sintomas somáticos pela impossibilidade de descarga” (op, cit: 50).

Progressivamente, Freud vai abandonando essa nosografia em favor da ênfase sobre o recalque e a sexualidade infantil. Alguns autores (LAPLANCHE e PONTALIS, 2001; FERRAZ, 2004) sustentam que esta noção leva diretamente às concepções modernas sobre as afecções psicossomáticas. Contudo, Freud insiste na falta de satisfação das pulsões sexuais como etiologia destes quadros e não numa outra temporalidade que não é mediatizada pelo processo do recalque como alguns autores deste campo defendem (MARTY & M'UZAN, 1962; FERRAZ, 2004).

Como o autor afirma, em um rascunho endereçado a Fliess a respeito da neurastenia, ela “só pode ser sexual” (1986 [1893]: 39 [grifo do autor]). De fato, até a virada teórica de 1920, a partir da concepção da pulsão de morte e do irrepresentável, Freud se dedica mais ao mecanismo histérico do que aos mecanismos que se encontram fora do campo da representação psíquica. Isso porque, segundo o autor no início de sua obra, ao comportarem um aspecto de acúmulo de excitação sexual não simbolizável pelo aparelho psíquico, estariam, portanto, fora do campo da intervenção analítica.

Este “esquecimento” de um corpo para além da representação e da conversão histérica no início da obra freudiana faz com que inúmeros críticos apontem para uma ausência da dimensão corporal na clínica psicanalítica. Contudo, a nosso ver, esse argumento não se sustenta, na medida em que ao seguirmos cronologicamente o percurso freudiano acabamos por verificar que, ao longo dos anos, diversos aspectos dos sintomas corporais vão sendo abordados pelo autor, tal como veremos a seguir.

## 2.2

### Os três “tempos” do corpo em Freud

Como estamos desenvolvendo, classicamente é via a reconstituição de uma cadeia narrativa que o corpo pode se fazer falar na cena analítica. Não obstante, a dimensão corporal na psicanálise pode ser considerada sob diversos ângulos. Mantendo ambiguidade entre a dimensão de ter um corpo, biológico, objeto material e visível, e ser seu corpo – compreendido como corpo somático,

unificado, habitado por fantasias e representado psiquicamente – a discussão sobre a problemática somática é ainda alvo de inúmeras divergências.

De modo geral, ao longo do desenvolvimento deste campo, a compreensão sobre o corpo e sua relação com os processos psíquicos foi sendo modificada, refletindo as transformações teóricas que atravessaram esse domínio. Mesmo Freud, desde a origem de suas formulações, não deixou de apontar para a complexidade dos sintomas corporais com suas diversas formas de expressão, mantendo sempre a preocupação de se deter no que era fornecido pelos materiais psíquicos para avançar na sua construção teórica.

Inicialmente, um “novo corpo” é apresentado na clínica, observado para além de sua organicidade e atravessado por uma sexualidade que imprime uma ruptura entre o biológico e o psíquico. No avançar de sua obra, Freud vai reformulando sua teoria, de maneira que novas leituras sobre os sintomas corporais podem derivar de suas contribuições. Assim, ousamos afirmar que há diversos “corpos” descritos no decorrer da obra freudiana, pois suas formulações descrevem tanto um corpo alvo de uma sexualidade ainda parcial e fragmentada - como testemunha o autoerotismo -, como um corpo como eu-próprio, fruto de uma integração narcísica. Seja no contexto do conflito entre a auto conservação e o sexual da primeira teoria pulsional, como no combate entre a vida e a morte da segunda teoria pulsional, o corpo se mantém como espaço privilegiado, retratando uma conflitualidade que extrapola a possibilidade de elaboração psíquica.

Portanto, buscamos traçar as diferentes abordagens presentes na compreensão do corpo em Freud. Estas diferentes concepções sobre o corpo serão retomadas posteriormente por psicanalistas atentos a uma clínica para além da palavra (MCDOUGALL, 2000, DEJOURS, 1998, 2003, FERNANDES, 2002, 2003, 2011, entre outros). A fim de esclarecer a dimensão corpórea, tão presente na clínica contemporânea, cabe tomarmos esses “corpos” freudianos, buscando compreender que papel eles podem ter para a compreensão do sofrimento do paciente.

A partir da leitura de seus textos podemos destacar precisamente três “tempos” da formulação sobre o corpo: o autoerotismo, o narcisismo e um corpo que chamaremos de “arcaico”, que se encontra na interseção entre transbordamento pulsional e a constituição de um Eu-corporal. Estes três tempos

nos permitem observar o somático sob uma perspectiva mais ampla e como este pode se apresentar no *setting* analítico.

### 2.2.1

#### O corpo fragmentado: o prazer do órgão no autoerotismo

Se, em seus primeiros trabalhos sobre a histeria, Freud (1886, 1895, 1897) já havia apontado para uma outra lógica a ser considerada nos sintomas conversivos, em 1905, nos *Três ensaios sobre a sexualidade*, apresenta-se uma visão sistemática das concepções defendidas pelo autor no que se refere à sexualidade infantil e aos movimentos pulsionais que emergem a partir do corpo.

É interessante observar como o conceito chave da psicanálise, a pulsão, aparece primeiramente neste trabalho, refletindo a preocupação do autor com a dimensão corpórea. Com a definição de conceito-limite entre o psíquico e o somático, a pulsão “não possui qualidade alguma, devendo apenas ser considerada como uma medida da exigência de trabalho à vida anímica” (FREUD 2002[1905]: 45).

De origem somática, sabemos que a pulsão se faz sentir por via de seus representantes ideativos (*Vortellung*) e afetivos (*Affeckt*) (FREUD, 1915), cada um destes elementos implica diferentes formas de energia psíquica, pressupondo uma mediação e uma simbolização possíveis de serem feitas no encontro com um outro cuidador.

Podemos entender a pulsão como um conceito que pressupõe um espaço virtual de mediação entre o psíquico e o corporal (BORGES, 1995). Contudo, a passagem do plano corporal para o psíquico não é direta, exigindo um trabalho psíquico de metabolização das intensidades pulsionais.

Para Freud, diferentemente do instinto, que se refere à ordem puramente fisiológica e ao corpo biológico, a pulsão tem por finalidade a satisfação, que inicialmente se dá por meio do saciamento das necessidades fisiológicas, como comer, beber, dormir, entre outras. Os primeiros cuidados corporais oferecidos pelo adulto cuidador vão auxiliar na manutenção da homeostase da economia psíquica.

Com este conceito, o autor vislumbra a relação entre o psíquico e o somático de maneira distinta da visão biológica, que pode ser entendida em termos de metáfora política. Trata-se de uma modalidade de relação do tipo delegação, cuja relação não é de causalidade, tampouco de paralelismo, mas sim de representantes pulsionais atuando como mensageiros de um país desconhecido e o somático como esse país, onde pulsa a fonte de estimulação (BALESTRIÈRE, 2008).

Neste momento, contudo, Freud não chega a afirmar que a origem da pulsão é “o corpo”, isto é, uma totalidade organizada, mas sim que ela tem sua origem num “processo somático”, numa “parte do corpo”, num “órgão” etc., não importando qual a relação que as várias “partes” mantêm entre si ou com a totalidade do organismo.

A ordem e a inteligibilidade desse corpo não aparecem em destaque, mas nem por isso Freud pretende desqualificar o discurso biológico sobre o corpo, apenas colocá-lo entre parênteses ao constituir o campo psicanalítico. O corpo na psicanálise tem uma dimensão própria, inserida numa relação com outro, construída a partir do encontro com um outro fundamental.

Os *Três ensaios* são fruto do amadurecimento de alguns temas que já haviam sido apontados nos *Estudos sobre a histeria*. Em ambos, a problemática pulsional está presente, mas ainda não tão bem delimitada quanto em 1915, no *Pulsão e destinos da pulsão*. Contudo, esta compreensão nos permite vislumbrar, *a posteriori*, a construção da relação entre corpo e psíquico na obra freudiana.

Voltando ao texto de 1905, observamos como Freud reafirma o lugar central do corpo na compreensão dos processos neuróticos. Ao admitir que as primeiras brincadeiras do bebê incluem seu corpo, seu alimento e seus excrementos, o autor entende que este jogo, envolvido numa relação a dois, para além de sua função fisiológica, comporta uma dimensão prazerosa, implicando numa excitação da zona erógena:

“[...] o ato da criança que chucha é determinado pela busca de prazer já vivenciado e agora lembrado. No caso mais simples, portanto, a satisfação é encontrada mediante a sucção rítmica de alguma parte da pele ou da mucosa. É fácil adivinhar também em que ocasião a criança teve as primeiras experiências desse prazer que agora se esforça por renovar. A primeira e mais vital das atividades da criança – mamar no seio materno (ou em seus substitutos) – há de tê-la familiarizado com esse prazer. Diríamos que os lábios da criança

comportam-se como uma zona erógena, e a estimulação pelo fluxo cálido de leite foi sem dúvida a origem da sensação prazerosa” (FREUD 2002 [1905]: 59-60).

Neste sentido, a sucção, como atividade fundadora do autoerotismo, permite à criança obter satisfação com seu próprio corpo, para além do objeto. Isto quer dizer que zonas específicas do corpo são eleitas como áreas de obtenção de prazer, à luz das primeiras vivências de satisfação experienciadas no contato com a mãe. Neste momento, entretanto, observamos uma grande abertura ao mundo externo, pois o funcionamento anárquico das pulsões necessita do outro para poder regular sua intensidade.

Este primeiro tempo do prazer se desenvolve em termos de pulsões parciais, fragmentadas, correspondendo à fase precoce do desenvolvimento sexual. É um movimento de exploração e descoberta de partes do corpo, num processo de encontro com o adulto cuidador que vai figurando gradualmente uma imagem corporal.

Nesse momento da obra freudiana, o prazer, como aspecto que promove um desvio das funções naturais, está em contraposição ao movimento de auto conservação vital, presente em todos os sujeitos humanos. A dimensão do conflito, fundamental para o autor, está colocada em termos da dualidade pulsional – sexualidade, por um lado, e necessidades biológicas e corporais a serviço da vida, por outro.

Tais necessidades passam por satisfações corporais, que introduzem o sujeito na relação com o outro. Como esclarece Cardoso (2005: 68), primeiramente, no processo de constituição psíquica, “é preciso imaginarmos um corpo, que estando desviado de suas funções de auto conservação, constitui-se como um eu-corpo, ainda sem fronteiras, *aberto ao outro*”. A nosso ver, por meio desta abertura ao outro, à palavra e aos cuidados do outro, o corpo vai sendo integrado, erogeneizado, podendo posteriormente ser falado.

Nesse sentido, o conceito de “zona erógena” revela a ampliação que Freud dá ao entendimento de sexualidade na sua teoria, à medida que, a partir de então, o corpo como um todo pode servir para a obtenção de um prazer que independe da presença do objeto. O corpo erógeno da sexualidade infantil auto erótica escapa à

dimensão de uma sexualidade totalizadora. As zonas erógenas são transitórias e deslocáveis (BORGES, 1995).

Em termos econômicos, a criança vai descobrindo que seu corpo pode ser objeto de satisfação. Entretanto, vale lembrar que nesta fase ela ainda necessita da presença de um outro para que gradualmente a regulação das intensidades pulsionais possa ser instituída. Partindo de suas concepções sobre os sintomas corporais histéricos, o autor esclarece que:

“Na histeria, esses lugares do corpo e os tratos de mucosa que partem deles transformam-se na sede de novas sensações e de alterações de inervações – e mesmo de processos comparáveis à ereção – tais como os próprios órgãos genitais diante das excitações dos processos sexuais normais” (FREUD, 2002 [1905]: 47).

São zonas “despertadas” de prazer no corpo, sendo posteriormente substituídas pelos órgãos genitais. Dentre as zonas erógenas, Freud aponta para o lugar da pele como uma zona erógena por excelência, já que “em determinadas partes do corpo [ela] diferenciou-se nos órgãos sensórios e se transmutou em mucosa”, tornando-se uma zona erógena “por excelência” (op. cit: 47). Efetivamente o prazer auto erótico é base necessária para uma posterior integração corporal.

Freud, ao se deter mais a fundo na reflexão sobre a emergência da sexualidade humana, alarga a compreensão da relação do sujeito com seu corpo. Apresentando as diferentes etapas do desenvolvimento psicosexual, o autor, a partir do conceito de autoerotismo, vai revelar como diferentes regiões corporais, cujas funções estão comumente associadas à satisfação de necessidades fisiológicas (boca, ânus) vão se prestar à sexualidade. São zonas erógenas de desvio, cuja função ultrapassa as necessidades meramente biológicas. Tal concepção marca o corte promovido pela psicanálise: o corpo humano, em suas diferentes partes, pode servir como objeto de satisfação sexual.

Em outras palavras, podemos dizer que a sexualidade infantil emerge de um corpo erotizado, tendo uma dimensão econômica própria, articulando-se ao trabalho contínuo de representação e metabolização das intensidades que se faz necessário para se manter a homeostase libidinal. A sexualidade infantil visa a

descarga pulsional alcançada por meio do prazer e da satisfação das necessidades, passando por diferentes zonas do corpo que se prestam para este fim.

É interessante observar como este texto, pela riqueza teórica apresentada, foi diversas vezes revisto por Freud e promoveu uma série de desdobramentos teóricos tanto em termos de movimentos pulsionais, quanto da relação que o sujeito pôde estabelecer com objetos – pautada na experimentação do corpo, através das zonas erógenas, nas quais seu prazer se fixou.

Ao aprofundar essa discussão e privilegiando os aspectos pulsionais da teoria freudiana, Jean Laplanche (1985) vai sustentar que nos *Três ensaios sobre a sexualidade* se opera uma verdadeira “perversão universal do instinto”. É o prazer do órgão que entra em cena. Este autor, conhecido pelo destaque que dá à dimensão sexual na obra freudiana, defende que a amplitude da noção de sexualidade se expressa tanto em termos de extensão, quanto de sua compreensão.

Em termos de extensão, a sexualidade passa a recobrir toda a atividade humana, já que qualquer parte do corpo pode entrar no jogo prazeroso que envolve o encontro com o outro cuidador. Sua compreensão se aprimora à medida que vislumbra uma verdadeira mutação de sentido: a sexualidade, para além do genital, recobre diferentes zonas erógenas. Em última instância, qualquer órgão serviria à função sexual.

Esta dimensão do prazer no corpo presente desde o início da vida é, segundo seu ponto de vista, responsável por um não reconhecimento da importância da precocidade da sexualidade humana. O chupar o dedo, por exemplo, que proporciona prazer e conforto ao bebê, poderia ser visto como um “mau hábito”, pois provoca excitação. Como argumenta Laplanche (1985) há por conta disso uma dupla oposição nas mães, tanto contra a ideia de uma sexualidade infantil, quanto às suas manifestações. Essa ampliação da noção de sexualidade acaba por conduzir ao recalque e à denegação, na medida em que há algo que vem antes do tempo, é anterior ao desenvolvimento maturacional biológico. O prazer erótico não acompanha o ritmo do amadurecimento dos órgãos genitais.

Assim, a sexualidade humana tem uma marca diferencial. Sua instauração é bifásica, emergindo em dois tempos: na prematuridade da sexualidade infantil e na efervescência da puberdade. Nesse sentido, a sexualidade é o ponto fraco da organização psíquica (LAPLANCHE, 1985). É traumática na medida em que vem antes do tempo, é prematura ao desenvolvimento genital. No entanto, é uma

prematuridade que convoca o aparecimento do universo do adulto. Instaurado a partir dos primeiros cuidados maternos, a satisfação erótica coloca muito cedo o sujeito em constituição diante de algo que precisa ser traduzido: o enigmático do sexual. Como o autor esclarece:

[...] somente a sexualidade é susceptível de se prestar a essa ação em dois tempos, que também é uma ação “a posteriori”. É aí, e somente aí, que encontramos este jogo complexo e sempre repetido, no interior de uma sucessão temporal feita de oportunidades perdidas, de “cedo demais” e de “tarde demais”. Fundamentalmente, trata-se da relação, no ser humano entre sua “aculturação” e sua sexualidade “biológica”, desde que se compreenda bem esta já é, por sua vez, parcialmente “desnaturada”. Tarde demais? É a sexualidade biológica, com suas etapas de maturação e essencialmente, no momento da puberdade; essa sexualidade orgânica vem tarde demais, não oferecendo à criança (que constitui o assunto principal dos *Três ensaios*) correspondentes “afetivos” e “representativos” suficientes para integrar a cena sexual e “compreendê-la”. Mas, ao mesmo tempo, a sexualidade vem cedo demais como relação inter-humana; ela vem como que do exterior, trazida pelo mundo adulto. (op. cit: 50).

A problemática da sedução é eixo central da leitura laplancheana. O autor propõe uma outra interpretação do encontro dual mãe-bebê na obra freudiana, defendendo que é a mãe, com seus cuidados, que estimula e excita, acabando por seduzir o bebê. Nesse processo, como sabemos, se instaura o prazer do órgão, de forma que o prazer auto erótico é, por um lado, propiciador de excitação e, por outro, base necessária para a integração corporal. São cuidados que, como bem lembra Laplanche, se polarizam em certas regiões corporais e

“[...] contribuem para *defini-las* como zonas erógenas, zonas de troca que pedem e provocam excitação, para em seguida reproduzi-las, de maneira autônoma, pelo estímulo *interno* [...] é a intromissão, no universo da criança, de certas significações do mundo adulto que é vinculada pelos gestos aparentemente mais quotidianos e mais inocentes. Toda relação intersubjetiva primitiva, a relação mãe-criança, é portadora dessas significações. É esse, cremos, o sentido mais profundo da teoria da sedução e, sobretudo, é o sentido que Freud finalmente atribuiu à própria noção de sedução” (op. cit: 50-51).

A implantação da sexualidade adulta na criança é, para Laplanche, o fato mais originário, ao mesmo tempo difuso e estrutural, pois está ligado ao processo de humanização. Um processo que comporta uma dimensão paradoxal, na medida

em que, segundo defende, aquilo que constitui o aparelho psíquico também o “ataca”, do interior, promovendo um constante trabalho psíquico de tradução das intensidades pulsionais. Entendemos que esta tradução se inicia no corpo, em jogos corporais entre mãe e bebê.

De fato, à luz da primeira teoria pulsional, o corpo está no âmbito tanto das necessidades e da auto conservação da vida, quanto no âmbito da sexualidade e do prazer ligado à satisfação das necessidades. Observamos ainda uma oscilação entre a importância do outro para a constituição psíquica e a dimensão pulsional. Neste trabalho, Freud aponta para o lugar fundante corpo: como funciona como apoio da pulsão, é fonte e objeto desta. Concomitantemente, ele é objeto de cuidados do outro.

Como nos esclarece Fernandes (2002:188):

“[...] o papel da mãe não é simplesmente o de assegurar a conservação da vida, mas, simultaneamente, o de permitir o acesso de prazer por meio da promoção da sexualidade. A constituição do autoerotismo supõe originalmente a existência de um objeto maternal que assegura a satisfação das primeiras necessidades; o autoerotismo vem apenas em resposta à perda desse objeto. O acesso ao corpo sexuado, promessa de prazer, supõe, então, a existência de um primeiro tempo no qual as necessidades básicas forma satisfeitas.”

A noção de autoerotismo nos auxilia a pensar o período precoce de desenvolvimento. Sobre esse ponto, Fontes (2002: 32) chama atenção para a “função de contato” que o autoerotismo comporta, referindo-se primeiramente ao sono, para posteriormente incluir o gesto, a voz, o rosto, ou seja, as diversas dimensões conhecidas pela psicanálise. Segundo a autora, no desenvolvimento normal há um abandono do objeto nutriente externo, o que permite o engendramento auto erótico das formas sexuais. O prazer de órgão envolvido nesse processo revela a substituição do objeto alimentar pela sexualidade “como capacidade de dar lugar a um outro”. Sob esse ponto de vista, Fontes (op. cit) acredita que a sexualidade auto erótica tem um aspecto criativo que abarca possibilidades de renovação.

Sem dúvida, o bebê tem no seio sua primeira fonte de satisfação, já que a amamentação associa-se não apenas ao fato de saciar a fome, mas também de obter prazer por meio do contato da mucosa da boca com o seio. Este encontro do

bebê com o seio da mãe é metáfora da dupla dimensão constitutiva do sujeito humano: a sensação no corpo na sua relação com o outro.

Balestrière (2008), por sua vez, aponta como Freud usou o modelo do chuchar para chamar atenção para a ambiguidade entre o sexual e o genital, já que no ato de chuchar a satisfação se dá no próprio corpo. Trata-se de um exemplo que permite enunciar o caráter específico da pulsão, a sua dimensão auto erótica como rememoração de um prazer anteriormente vivido. Entretanto, vale lembrar, ainda estamos no campo das pulsões fragmentadas, de um corpo ainda “despedaçado” e, por isso, necessitando de um outro que possa “reunir” este corpo.

A partir desse processo, a satisfação do bebê no próprio corpo vai substituindo a relação com a mãe. Assim, a criança vai progressivamente se identificando corporalmente com o objeto. Há uma dimensão de processualidade, na qual o corpo está em interação com um outro que erotiza e traduz o que compreende das comunicações corporais do bebê.

Esse processo implica um segundo “tempo”, um trabalho psíquico necessário para a integração pulsional e a unificação corporal. Essa temática é examinada quase uma década depois dos *Três ensaios*. Motivado pelas divergências com as concepções de Jung e pelas dificuldades encontradas no trabalho com na clínica da neurose, além do crescente interesse pela psicose, Freud passa a se interessar pelo Eu, estudo que foi se aprofundando ao longo dos anos e desembocou na concepção da segunda tópica.

### 2.2.2

#### **A unidade corporal narcísica**

Em 1914, no conhecido texto *À guisa de introdução ao narcisismo*, Freud problematiza a emergência da unidade corporal tendo por base as primeiras explorações auto eróticas. Presentes desde o início, é por meio de uma nova ação psíquica que essas explorações desembocam num corpo unificado pelo narcisismo.

Anteriormente o autor, ao abordar a homossexualidade a partir da análise da infância de Leonardo da Vinci (1910) e da psicose no caso Schreber (1911), já

havia postulado o narcisismo como uma fase intermediária do desenvolvimento infantil, localizada entre o autoerotismo e a escolha objetal, na qual o Eu como um todo se torna objeto de amor e de investimento libidinal.

No texto de 1914, um texto diríamos, “limite” entre a primeira e a segunda teoria pulsional, observamos como Freud busca analisar o processo subjacente à constituição de uma unidade narcísica. Para tal, o autor discute os movimentos libidinais e suas oscilações entre o interno (o eu) e o externo (os objetos).

Iniciando sua reflexão definindo o narcisismo como “um comportamento do indivíduo que trata o próprio corpo como normalmente trataria um objeto sexual” (Freud, 2004 [1914]: 97), o autor reafirma a dimensão corpórea fundante e fundamental na relação do indivíduo com o mundo, visto que, ao longo do texto, fica claro que o investimento sobre si e sobre o próprio corpo só é possível a partir de um encontro com o outro, do investimento narcísico do outro sobre o sujeito.

Buscando a compreensão dos processos envolvidos na aquisição da integração narcísica, ele sustenta que os investimentos libidinais podem ser lançados aos objetos e recolhidos de novo, num movimento de gangorra entre um e outro. Nesta oposição entre a libido do Eu (corporal) e a libido objetal, quanto mais uma consome, mais a outra se esvazia.

Assim, uma nova dualidade, desta vez libidinal, se instaura no campo psicanalítico. De forma que não apenas o objeto é passível de investimento, mas o corpo como um todo, enquanto unidade integrada, é passível de se tornar alvo da catexia libidinal.

A partir das divergências com Jung sobre o caráter sexual do investimento no eu – já que para o primeiro autor a libido era uma energia psíquica geral, não necessariamente sexual – Freud questiona o porquê da necessidade de diferenciar a libido sexual das pulsões não sexuais do Eu. A problemática da psicose, que girava em torno dos destinos da libido retirada dos objetos, obrigou Freud a fazer uma ampliação da distinção entre as pulsões sexuais e as pulsões do Eu. De fato, para poder manter o lugar central da sexualidade na teoria psicanalítica, a diferenciação entre a libido do eu e a libido objetal se fez necessária.

A distinção colocada pelo autor é tomada de empréstimo da popular diferenciação entre a fome e o amor, assim como algumas considerações de cunho biológico às quais o autor por vezes lança mão para justificar suas concepções. Como médico de formação, ele acredita que “todas nossas concepções

psicológicas são provisórias e deverão algum dia poder se calcar sobre substratos orgânicos” (FREUD, 2004 [1914]: 101).

O autor admite que “a suposição de uma separação entre as pulsões sexuais e pulsões do Eu, portanto toda a teoria da libido, se apoia primordialmente na biologia, embora em pequena parcela esteja também assentada sobre bases psicológicas” (op. cit: 101). Assim, há algo do biológico que permanece como ruído residual, retornando em diversos textos freudianos.

Retomando a discussão sobre os movimentos pulsionais, o autor volta o olhar para a psicose, até então pouco abordada em seus textos. Apesar de Freud considerar que este é um quadro fora do âmbito da intervenção psicanalítica, em vários momentos do texto ele vai se referir às parafrenias para exemplificar a retirada dos objetos de movimentos libidinais que se voltam sobre o si mesmo e o próprio corpo.

Fazendo uma distinção entre os movimentos pulsionais neuróticos e casos de psicose, o autor afirma que, mesmo ao retirar o investimento do mundo exterior, o neurótico mantém um vínculo erótico, conservando “as pessoas e os objetos e as coisas na fantasia” (: 98). Se por um lado ele substitui os objetos reais por objetos imaginários, por outro ele desiste de se movimentar em direção ao objeto. Já no psicótico houve o deslocamento da libido do mundo exterior, sem que haja algum elemento que substitua essa relação na fantasia.

Com efeito, o investimento libidinal é um fluxo em dois tempos: o primeiro, do Eu investido de libido que, num segundo momento, direciona parte desta libido aos objetos. Contudo, como já apontado no item anterior, sabemos a partir de Laplanche (1985) da importância do investimento libidinal de um outro para a emergência da sexualidade. Entendemos que esse movimento de retorno da libido sobre o próprio eu é possível na medida em que houve um encontro inicial com o objeto que, por meio das primeiras brincadeiras corporais, cria condições de possibilidade para que se institua um prazer no corpo.

Freud, ao se aprofundar o debate sobre os investimentos pulsionais, vai exemplificar alguns estados de recolhimento narcísico, como no caso das psicoses, das doenças orgânicas, do sono, entre outros. A fim de ilustrar como ocorre essa oscilação libidinal, o autor vai se deter em três exemplos clínicos: a doença orgânica, a hipocondria e a vida amorosa entre homem e mulher.

Primeiramente, no que se refere à doença orgânica, o autor sustenta que há uma redistribuição da libido, já que a dor intensa acaba por provocar um desinteresse do sujeito em relação ao mundo externo. Seguindo a sugestão de Ferenczi, para se considerar o papel que o adoecimento orgânico pode desempenhar na distribuição da libido, Freud entende que o doente ao sofrer com a dor passa a se desinteressar pelo mundo exterior. Recolhendo seus investimentos libidinais para si e para os cuidados com seu corpo, um certo “egoísmo” se instala, abarcando tanto a libido quanto o interesse do Eu. A atenção pelos objetos externos só é retomada após a cura, de maneira que, para o autor, é como se o processo de adoecimento provocasse uma forma de encapsulamento narcísico, um fechamento do sujeito em torno de si mesmo.

Ele, porém, não se detém numa análise aprofundada sobre que outros mecanismos psíquicos podem estar em jogo no processo de reclusão provocado pelo adoecimento. Este é um aspecto que será desenvolvido posteriormente por analistas preocupados com a dimensão psicossomática do sujeito.

Contudo, ainda neste texto, o autor vai abordar outro quadro no qual o corpo entra em cena, também pouco discutido ao longo de sua obra. Com o sofrimento corporal distinto da sintomatologia histérica, ele vai aproximar a hipocondria das neuroses atuais. Regido também pelo princípio da erogeneidade dos órgãos, este quadro, apesar de se manifestar de forma semelhante à doença orgânica, se aproxima da histeria por não apresentar alterações orgânicas comprováveis.

Procurando distinguir os mecanismos em jogo na hipocondria e nas defesas neuróticas, Freud sustenta que enquanto a primeira depende da libido do eu, os transtornos neuróticos dependeriam da libido objetal. O medo da hipocondria parte do eu e sua contrapartida é o medo neurótico. Com efeito, se nas neuroses de transferência o adoecimento e a formação de sintomas estão ligados a um acúmulo ou represamento da libido objetal, no caso da hipocondria há um acúmulo ou represamento da libido no Eu.

É interessante notar que a descrição de Freud sobre os movimentos libidinais – a oposição libido do Eu/libido objetal – é um ponto ambíguo: a distinção entre um narcisismo primário - como estado precoce em que só haveria investimento no Eu - e um narcisismo secundário - na qual a uma retirada do investimento libidinal do mundo externo para o próprio eu pode sugerir um

primeiro momento anobjetal - vem de encontro à perspectiva de uma constituição psíquica a partir do corpo em relação com outro adulto.

Desfazendo esta ambiguidade, Lina Belestrière (2008) sustenta que o narcisismo primário consiste numa identificação narcísica enquanto “um processo de base, motor de todo investimento” (: 217). Este se edifica, para a autora, com base no autoerotismo, de forma que há uma “sedimentação de um núcleo do eu altamente investido, representante de uma regulação específica das sensações” (: 220). O narcisismo primário é, então, uma situação psíquica originária.

Esta perspectiva acrescenta simultaneamente uma dimensão econômica e relacional ao narcisismo, que passa a ser concebido não apenas como uma fase de desenvolvimento normal. De fato, o recolhimento narcísico comporta uma dimensão reguladora da economia libidinal e sua distribuição em relação ao investimento no Eu e no objeto (FIGUEIREDO, 2015).

Considerando esse viés, é interessante compreender um pouco melhor os processos defensivos presentes nos quadros hipocondríacos. Para Freud (1914) a hipocondria atua como equivalente somático da paranoia, se valendo dos mecanismos projetivos para não entrar em contato com seus componentes sexuais. Nesse contexto, o corpo, por um lado, cumpre a função de mediador, procurando regular os investimentos narcísicos e objetais. Por outro, pode se tornar um perseguidor (PAROBINI, 2014), pois seu mau funcionamento revela o que não pode virar material psíquico, permanecendo no registro do corpo.

Cabe ainda pontuar que há algumas indicações ao longo da obra freudiana que sugerem a existência de uma dimensão organizadora do corpo referente à sintomatologia hipocondríaca. Com o endereçamento ao outro por meio de uma demanda insaciável de cuidados, a hipocondria visa circunscrever a intensidade pulsional. Como sintoma particular, a hipocondria pode ser compreendida, segundo alguns autores (PAROBINI, 2014; FERNANDES, 2003; AINSENSTEIN, 2002), como uma tentativa de lidar com as excitações que escapam ao domínio psíquico.

É possível fazermos essa leitura pois, mesmo aproximando a hipocondria das neuroses atuais, Freud supõe que há uma parte hipocondríaca na constituição de outras neuroses. Como esclarece:

“Quanto a um órgão apresentar uma sensibilidade dolorosa sem que tenha ocorrido alteração alguma, encontraremos o protótipo disso no estado de excitação dos órgãos genitais, que apresentam tais características sem estarem propriamente enfermos. Os órgãos genitais recebem um influxo de sangue, incham, ficam umidificados e se transformam em sítio passível de múltiplas sensações. Poderíamos então designar como *erogeneidade* a atividade que emana de uma parte do corpo e envia estímulos sexualmente excitantes em direção à vida psíquica.” (FREUD, 2004 [1914]: 104).

Retomando a discussão colocada nos *Três ensaios*, o que vemos é que Freud volta a sustentar que qualquer órgão pode ser passível de excitação. Esta observação nos dá pistas sobre o porquê uma porção de hipocondria, isto é, uma dimensão de atenção ao corpo, está presente em outras formas de organização psíquica. O quadro hipocondríaco aponta para a influência da dor sobre a distribuição da libido. O autor avança nessa reflexão, fazendo um paralelo entre movimentos pulsionais envolvidos nesse quadro com o processo subjacente a doenças orgânicas:

“[...] seriam esses os fatores que deveríamos levar em conta para explicar os processos que imaginamos subjacentes à hipocondria, e penso que tais fatores podem estar produzindo o mesmo efeito sobre a distribuição da libido que seria produzido por um adoecimento material dos órgãos” (FREUD, 2004 [1914]: 105).

O processo de adoecimento implica, tal como acontece nos quadros hipocondríacos e psicóticos, um recolhimento libidinal e um investimento no próprio eu. Entretanto, a nosso ver, a capa narcísica que se forma com intuito de proteger o sujeito em caso de adoecimento pode se tornar necessária quando não há outro capaz de se oferecer libidinalmente como regulador pulsional e disponível para transformar a pulsão em palavra.

Vale lembrar que não é incomum na clínica ouvirmos relatos de pacientes que admitem que, ao adoecerem, recebiam mais atenção ou cuidados de seus genitores ou cônjuges. O adoecimento, tal como apontamos nos quadros hipocondríacos, pode viabilizar um investimento de um outro no sujeito moribundo. Como Freud (2004 [1914]: 106) rapidamente aponta, “um forte egoísmo protege contra o adoecimento, mas, no final, precisamos começar a amar para não adoecer, e iremos adoecer se, em consequência de impedimentos, não pudermos amar”.

A discussão sobre a importância do investimento libidinal do outro para a regulação pulsional pode ser inferida nesta afirmação, ao entendermos o encontro amoroso pelo viés do prazer compartilhado com objeto. A pulsionalidade é dirigida para o mundo externo, permitindo uma circulação necessária para a manutenção da homeostase libidinal.

Assim, ao retomar a dimensão da erogeneidade do corpo, a etiologia da formação do sintoma está, para o autor, tanto na hipocondria, como na neurose e parafrenias na estase da libido. O aumento de tensão leva ao desprazer, cuja qualidade também é psíquica. Faz-se necessária a saída do sujeito de seu encapsulamento narcísico, para não adoecer, isto é, o investimento libidinal precisa se deslocar para os objetos externos (reais ou fantasiados) para que o sujeito não adoça (NICÉAS, 2013).

Para esclarecer melhor esse ponto, Freud nos apresenta um terceiro exemplo como via de acesso à compreensão do narcisismo: as relações amorosas. A escolha objetual, inerente ao encontro amoroso, tem como origem, segundo o autor, experiências primordiais de prazer vividas no encontro corporal mãe-bebê, de forma que as satisfações sexuais autoeróticas iniciais são vividas, nos termos freudianos, “em conexão com as funções vitais que servem ao propósito da autoconservação (FREUD, 2004 [1914]: 107)”.

A noção de apoio é fundamental para compreendermos o papel central que o corpo desempenha na constituição psíquica e a futura relação do sujeito com o outro, já que as pessoas que se ocupam da alimentação, do cuidado e da proteção da criança se tornam seus primeiros objetos sexuais.

Os primeiros cuidados no corpo criam as condições necessárias para que haja o retorno do investimento libidinal sobre si mesmo. De fato, a necessidade do investimento narcísico do adulto cuidador é fundamental para que um trabalho de integração pulsional possa acontecer.

Laplanche (1997), ao discutir esse ponto, propõe uma leitura original. Ao retomar a discussão sobre a noção de apoio, colocada por Freud em 1905, o autor reafirma que as figuras que se ocupam dos cuidados e da proteção da criança acabam por se tornar seus primeiros objetos sexuais. Opera-se aí uma mutação essencial, pois não se trata mais de uma relação com objeto parcial, mas de um outro da auto conservação, numa dupla versão desse outro: ora só a mulher que cuida e ora a mulher que alimenta e o homem que protege.

Entre as diversas duplas de oposição freudianas, Laplanche chama atenção para a oposição entre a corrente terna da libido, vinculada à auto conservação e a corrente sensual. Retomando a distinção traçada por Ferenczi entre as diferentes linguagens, ele vai defender que a noção de apoio em 1914 refere-se ao funcionamento vital chamado de auto conservação ou ternura. De fato, “a auto conservação é aberta para o outro, ela implica o outro”, de maneira que os dois lados da relação estão envolvidos (LAPLANCHE, 1997:59). Como esclarece:

“É na interação da ternura que desliza, que se insinua a ação inconsciente do outro, a face sexual inconsciente da mensagem do outro [...] É essa parte inconsciente da mensagem do outro, veiculada no próprio comportamento da ternura, nesses *Zärtlichkeiten*, que vem criar ali, no seu lugar de impacto sobre o corpo e o comportamento da criança, o ponto de partida do apoio [...] a relação de cuidados oferece, propõe, lugares de implantação para aquilo que os gestos adultos vão veicular como fantasias [...] não vejo por que a fantasia e a mensagem, a mensagem veiculando uma fantasia inconsciente, não seriam tão bem implantadas em uma parte do corpo” (op. cit: 60-61).

Nessa perspectiva, o corpo, no início da vida, é lugar de encontro entre a ternura e a sexualidade. É um corpo suscetível de ser lugar de mensagens ternas, de brincadeiras, assim como de zonas erogeneizadas. São zonas de passagem, prefiguradas, predeterminadas pelo próprio funcionamento onde se desenrolam os cuidados maternos. São zonas que solicitam os cuidados do adulto, que “delimitam, contornam e destacam do corpo as zonas erógenas” (op. cit: 63).

Complementando esta visão, Balestrière vai sustentar que no início o psíquico equivaleria ao próprio funcionamento pulsional enquanto um investimento erótico em qualquer parte do corpo. Esse investimento só é possível se alimentado pela função materna que, com sua alternância entre presença e ausência, imprime um ritmo possível de ser assimilado pelo bebê. Esta “nova ação psíquica” necessária para a emergência do narcisismo, é condição de possibilidade para a consolidação dos limites do espaço egóico (CARDOSO, 2005).

O investimento narcísico vem primeiramente do outro cuidador, sobretudo os pais que, na construção de expectativas idealizadas em relação ao bebê, podem investi-lo libidinalmente e o introduzem num universo simbólico e cultural. A noção de “Sua majestade o bebê” retrata como o narcisismo renascido dos pais se reverte em investimento libidinal sobre a criança. Esta concepção, esclarece

Nicéas (2013), “somente ressitua a função do outro humano com relação à resposta que pode ser oferecida ao *infants* a partir de sua entrada no mundo (: 77).

A reflexão sobre essa passagem de um corpo fragmentado, auto erótico, para um corpo unificado pelo narcisismo prepara o terreno para dois movimentos teóricos: a retomada do conceito de pulsão - que resultará no segundo dualismo pulsional - e a criação da segunda tópica - na qual emerge um ego corporal. Além disso, a compreensão de que há não apenas um estágio narcísico como fase evolutiva fundante do sujeito, como também uma dimensão econômica em termos de investimento libidinal, permitiu a compreensão clínica de que diferentes extratos de organização psíquica podem se manter atuantes ao longo de toda a vida, contribuindo para a manutenção do equilíbrio psicossomático.

Podemos, ainda, dizer que uma virada teórica se fez necessária na medida em que, a partir de 1914, todas as pulsões passam a ser sexuais e atuam tanto no registro do eu quanto do não eu. A conflitualidade se mantém, porém é deslocada para os objetos de investimento libidinal. Por conseguinte, como aponta Birman (2003):

“[...] A vida biológica humana estaria agora na estrita dependência do investimento erótico do outro, que ofereceria a regulação que o organismo não teria mais por si mesmo. Isso implica em dizer que a ordem da vida, no que concerne o organismo humano, dependeria estritamente de uma organização promovida pelo outro. Desta maneira, a vida humana não seria apenas algo da ordem da natureza, mas também da ordem do artifício e da construção, propiciados pelo outro” (: 22).

De fato, é a partir de um outro cuidador que a vida humana pode surgir e se manter. Fica evidente, assim, o lugar fundamental desempenhado pelas interações mais precoces na constituição subjetiva. Esta perspectiva se mantém e é reafirmada mesmo após a virada promovida em 1920, com a introdução do conceito de pulsão de morte.

### 2.2.3

#### Dupla incidência do corpo: Eu corporal e transbordamento

Procurando superar o impasse apresentado em 1914 quanto ao dualismo pulsional, no ano de 1920 Freud publica *Além do princípio do prazer* - uma obra que marca uma importante virada teórica. Se primeiramente a sexualidade é a chave para a compreensão da etiologia das neuroses, neste momento, a partir do conceito de pulsão de morte, a problemática daquilo que pode escapar ao processo analítico entra em cena. Uma dimensão ainda mais radical se apresenta, pois a partir de então nem tudo poderia ser acessado pela palavra, havendo partes ou resíduos que parecem manter-se exteriores do registro psíquico. A dimensão econômica ganha destaque, pois Freud volta seu olhar para a problemática do excesso e das intensidades que invadem o aparelho psíquico, colocando em xeque sua função de mediação/ metabolização.

Neste texto, a reflexão sobre os aspectos que permanecem fora do campo da representação se coloca a partir das neuroses traumáticas e a sua sintomatologia característica. Retomando o modelo da histeria, o autor aponta que também nestes quadros poderíamos encontrar sintomas corporais. Estes, porém, distintos dos histéricos, já que não há um conflito ou prazer subjacente.

Com relação às vivências traumáticas, nos deparamos com situações de sofrimento intenso que retornam insistentemente, contradizendo o que havia sido formulado até então em termos do princípio do prazer. Há um drama a se repetir, mas sem uma narrativa que possa dar sentido à vivência. O sujeito, fixado na experiência dolorosa, experimenta um excesso pulsional que, ao se impor, o compele à repetição traumática.

Tal dimensão, que implica uma exterioridade ao aparelho psíquico, leva o autor a sugerir a existência de uma tendência originária independente do princípio do prazer. Se anteriormente o princípio do prazer responde pela regulação psíquica e o princípio da constância aponta para uma tendência à estabilidade, no interior da segunda teoria pulsional este último ganha um caráter ainda mais radical: a busca pela não-vida. Trata-se de força que visa o restabelecimento de um estado primordial, de caráter regressivo e conservador, inanimado e contrário

à vida. Esta tendência é retomada por alguns psicanalistas que posteriormente irão se ocupar da compreensão do adoecimento psicossomático. Freud, contudo, não avança na discussão sobre o sintoma psicossomático, apontando para o aspecto de dissociação, desconexão e desligamento pulsional.

Entretanto, é interessante observar como, ao nos falar sobre as neuroses de guerra, Freud apresenta dois traços que chamam a atenção nestes quadros: o fator surpresa do evento traumático e o fato de “que um ferimento ou uma ferida concomitante geralmente impede o aparecimento da neurose” (FREUD, 2004: 139 [grifo nosso]). Neste momento, o autor parece apontar para uma dimensão de contenção e proteção que um ferimento pode ter na economia psíquica. Ora, não poderíamos pensar que quando se trata de um ferimento ou uma ferida há algo que fica circunscrito, podendo adquirir um lugar psíquico por meio de uma primeira inscrição no e através do corpo? Podemos pensar que a partir de algo que se passa no corpo uma narrativa sobre um sofrimento pode se estabelecer. Nesse sentido, é possível supor que o adoecimento somático pode ser compreendido como uma materialização “concreta” do sofrimento (ROUSSILLON, 1999) ou como uma mensagem em busca de significação (ROUSSILLON, 2006).

Além disso, não é raro na clínica encontrarmos pacientes que apresentam uma súbita melhora nos quadros neuróticos ou psicóticos por ocasião de um adoecimento, nos fazendo pensar no lugar de circunscrição que o sintoma psicossomático pode apresentar, possibilitando ser um primeiro tempo de construção de um sentido sobre o sofrimento a partir do processo de adoecimento corporal. Esta dimensão “positiva” do adoecimento pode ser pensada, na medida em que os sintomas no texto freudiano comportam um valor de “soluções psíquicas”, isto é, tentativas do sujeito de lidar e ligar os estímulos que o tomam tanto interna, quanto externamente.

Freud cita outras formas de repetição que podem ser observadas tanto na clínica como no cotidiano, cujo objetivo é a construção de sentido. A repetição na transferência, por exemplo, permite que possamos compreender as relações que o sujeito em análise estabelece com seus objetos amorosos. Já as brincadeiras repetitivas infantis, tais como o *fort-da*, apontam para a possibilidade de que, através do jogo, elementos possam ser integrados. A compulsão à repetição, típica

das primeiras atividades da vida infantil, quando no contexto da brincadeira infantil está, para o autor, a serviço da elaboração.

Esta compreensão nos permite postular que, recorrendo à repetição no *setting* analítico, de um “brincar a dois” (ROUSSILLON, 1999), elementos não integrados ao psiquismo podem se fazer presentes, remetendo a aspectos precoces da vida do paciente. Como nos indica Fontes (2010):

“Por meio do fenômeno de repetição, característica fundamental do processo de transferência, as sequelas de impressões deixadas pela experiência de um tempo precoce podem retornar. Esse material “carnal” retorna, evidentemente, buscando ser representado” (27-28).

Ao retomar a dimensão econômica do sintoma e introduzir a ideia de uma repetição a serviço da elaboração, o autor destaca a relevância de se reviver uma experiência para que esta possa se inscrever no aparelho psíquico em termos de uma re-apresentação. Essa conceituação abre a possibilidade de se refletir clinicamente sobre aspectos precoces, isto é, que escapam à rememoração por serem anteriores à lembrança evocada. Ao ser caracterizada como uma pulsão sem representação, a pulsão de morte evidencia, como nos mostra Fernandes (2003: 120), uma “eficácia psíquica que se situa aquém da simbolização”.

Nesse sentido, a compulsão à repetição pode ser compreendida em termos de elementos arcaicos, enquanto tendência anterior à instauração do princípio do prazer. São aspectos que não puderam ser integrados ao aparelho psíquico. Esta leitura é possível na medida em que Freud anuncia que há registros mnêmicos que nunca chegariam à consciência, mas que ainda assim teriam deixado atrás de si traços, ou restos de lembranças. Como afirma Freud:

[...] podemos supor que todos os processos de excitação que ocorrem nos outros sistemas deixam atrás de si traços duradouros que constituem o fundamento da memória. Esses traços são, portanto, restos de lembranças que nada têm a ver com tornar-se consciente. Aliás, os traços de lembranças mais intensos e duradouros são justamente aqueles que foram impressos por um processo que nunca chegou a alcançar a consciência (2006 [1920]: 149).

É pertinente, então, afirmar que estes restos de lembrança mantêm-se como memória precoce, permanecendo registrados no corpo. A partir de 1920, vislumbramos a ampliação da possibilidade de compreensão do corpo para além da representação, isto é, do corpo do autoerotismo e do narcisismo. Uma nova conflitualidade se institui entre a pulsão sexual e a pulsão de morte, possibilitando a retomada do debate sobre a dimensão econômica em termos de excesso, de um transbordamento, e instituindo a discussão sobre os elementos arcaicos, anteriores ao registro da linguagem, mas que nem por isso estão ausentes do campo analítico.

Nesse sentido, não são as *representações* em forma de sintomas corporais que estão em jogo, mas as *apresentações* na transferência de um excesso que escapa à elaboração psíquica (KNOBLOCH, 1998). Estamos nos referindo a elementos arcaicos, que permanecem congelados e atuais, não fazendo parte do processo de recalçamento. Com efeito, não é estranho afirmar que certas vivências, ao não encontrarem um espaço psíquico de elaboração, podem lançar mão do corpo como forma mais arcaica de registro, enquanto um primeiro tempo de inscrição.

A distinção entre um corpo *representado* e um corpo *apresentado* consolida a noção de um corpo para além da conversão histórica. Um corpo onde a pulsão, sem conseguir ser contida ou endereçada ao outro, transborda, mantendo-se atual, presente, em busca de contorno. No contexto da segunda teoria pulsional, duas lógicas distintas atravessam a noção de corpo em Freud: a dimensão da representatividade e a do transbordamento (FERNANDES, 2011).

A problemática corporal vai ganhando um contorno na teorização freudiana nos trabalhos seguintes, uma vez que, ao aprofundar sua reflexão sobre o eu, o autor estabelece o corpo como superfície de onde emerge o ego. Com efeito, na esteira dessa reflexão, em 1923 Freud publica a obra na qual vai agregar as reformulações metapsicológicas da década de 1920.

Procurando esclarecer alguns pontos que permaneceram em aberto nas obras anteriores, o autor retoma a discussão iniciada em 1914 sobre o Eu, ampliando sua compreensão. Se anteriormente esta noção já era entendida na sua relação com o consciente, sobretudo a de si mesmo como um todo, neste

momento, partindo do conceito de pulsão de morte, o Eu ganha o estatuto de uma instância intermediária e reguladora do psiquismo que, como ser de superfície, procura mediar as pressões internas e externas

Como o autor procura mapear:

“[...] começemos por imaginar a existência de uma organização coesa de processos psíquicos inter-relacionados. Situaremos esses processos em uma pessoa e os denominaremos seu Eu. Desse Eu diríamos que há uma consciência atada a ele, e mais, que é o Eu que controla os acessos à motilidade motora, isto é, o escoamento em direção ao mundo externo das excitações internamente acumuladas. O Eu seria, então, aquela instância psíquica que supervisiona todos os processos parciais que ocorrem na pessoa” (: 31).

Retomando o modelo utilizado na *Interpretação dos sonhos*, no qual o Eu estava identificado ao sistema de Percepção/Consciência, o autor vai defender que “o próprio corpo, sobretudo a sua superfície, é lugar de onde podem partir percepções internas e externas” (FREUD, 2007 [1923]: 38). Desse modo, como entende, o corpo torna-se a “fonte” das percepções internas e externas sendo responsável pela distinção entre o dentro e o fora (FERNANDES, 2011).

Decerto já é famosa a afirmação freudiana de que “o Eu é sobretudo um Eu corporal”, entretanto, como ressalta o autor, “ele não é somente um ente de superfície: é, também, ele mesmo, a projeção de uma superfície” (op.cit: 38). Podemos perceber que esta instância não está presente desde o início da vida, mas que é constituída aos poucos, sendo primeiramente um Eu-corpo para tornar-se, posteriormente, um Eu-psiquismo. (FONTES, 2010). Em outras palavras, o Eu-corporal é solo do eu-psíquico e faz-se necessário uma operação narcísica para que o Eu-corporal possa virar eu-psíquico (PAROBINI, 2014).

Antes desta operação narcísica, estamos no campo do autoerotismo postulado por Freud em 1905, que pode ser compreendido em termos de uma sensorialidade que prevalece. O corpo é referência de eu, espaço privilegiado de compreensão do mundo e de si. O aspecto “carnal” do Eu se apresenta em termos de uma sensorialidade constitutiva, pois, como declara o autor:

“Além do tato, também a dor parece desempenhar um papel no processo de formação do Eu. Aliás, na medida em que adoecimentos que produzem dor são capazes de fornecer ao sujeito novos conhecimentos a respeito de seus órgãos internos, poderíamos até pensar que talvez esse seja o modo de como se forma a concepção que temos do nosso próprio corpo”. (FREUD, 1923: 38).

Em outras palavras, o sofrimento corporal nos informa, em sua concretude, que ali há uma superfície material que existe enquanto um padecimento, propiciando, tal como apontado em 1914, um retorno da libido dos objetos para o próprio Eu, como superfície, enquanto corpo. A dor dá notícias de que ali há um corpo, que habitamos. Assim, Freud completa, em uma nota de rodapé acrescentada na versão inglesa do texto em 1927:

“Isto é, em última instância, o Eu deriva de sensações corporais, basicamente daquelas que afloram da superfície do corpo. Ele pode ser considerado, então, como uma projeção mental da superfície do corpo, além de representar a superfície mental, conforme vimos acima.”

De fato, em Freud o Ego ainda pode ser entendido como derivação das sensações corporais. Tal afirmação leva Fontes (2010) a defender que o tátil possui uma característica distinta de outros registros sensoriais, pois em sua bipolaridade, fornece uma percepção tanto externa como interna, preparando o desdobramento reflexivo do ego. A autora, então, conclui que esta percepção “serviria de modelo à experiência psíquica”, de maneira que a “pele ensina o ego a pensar” (: 42), preparando o desdobramento psíquico do ego em termos de distinção eu/não eu. De fato, para a autora, a “experiência tátil seria por assim dizer modelo da experiência psíquica” (: 62).

Ao aprofundar o debate sobre o Eu-corporal, Fernandes (2002) insiste que a partir do entendimento de que ego é projeção da superfície corpórea, fica clara a distância entre o corpo biológico e o corpo psicanalítico. Estamos no campo do soma, habitado pela pulsão e pela linguagem. Segundo sustenta, nos deparamos nas manifestações objetivas do corpo biológico com as ressonâncias de um outro corpo, que abarca diversos sentidos e significações, dependendo do cenário

fantasmático. Essas ressonâncias propiciam que o corpo biológico também seja um corpo-linguagem, aberto à abordagem psicanalítica.

Assim, a experiência corporal no seu encontro com o outro é base fundadora para a constituição da subjetividade humana. É fundamental pensarmos a distinção entre o corpo representado e narrado nos quadros conversivos – lugar de uma simbolização – e o corpo do transbordamento, da pulsão desligada. Se em Freud observamos que a experiência de dor dá acesso ao conhecimento dos órgãos, permitindo que uma experiência de corpo-próprio possa se dar, isso é possível na medida em que “sentir dor informaria ao ego sobre a existência de um corpo constituído de órgãos, tornando-lhe possível a representação interna do próprio corpo” (FERNANDES, 2002: 60). Mas é por meio dos cuidados corporais e das palavras que os acompanham, esse corpo poderá ser reunido, experimentado como um corpo inteiro.

O discurso freudiano sobre o corpo vai se constituindo numa complexidade crescente, que parte da pulsão e chega no ego corporal, numa abordagem que considera a alteridade como elemento chave (FERNANDES 2003, 2011). Após a virada promovida pela segunda teoria pulsional, o corpo pode ser compreendido para além da lógica da representação, nos fazendo pensar na eficácia da escuta analítica daquilo que permanece fora da palavra e no registro do corpo (op. cit).

A virada teórica abre caminho para que experiências mais arcaicas da vida, anteriores à instauração do princípio do prazer, possam ser contempladas. Perseguindo esse viés, o autor avança na direção da reformulação da teoria da angústia, pensando esse afeto em termos dos primórdios.

## 2.3

### **A angústia: entre o corpo e o outro**

Refazendo o percurso freudiano, observamos que, primeiramente, seu modelo teórico parte da psicopatologia da neurose, dos conteúdos ideativos vinculados ao sexual que, com intuito de evitar o conflito psíquico, precisam ser recalçados. Com o advento do conceito de narcisismo, expande-se a reflexão

sobre o processo que se encontra subjacente à constituição do corpo erotizado, unificado pelo trabalho de narcisicação e nomeação dos estados do corpo. Este componente processual da constituição de um corpo integrado advém do encontro com outro, em geral a mãe que, em seus cuidados corporais cotidianos, institui a sexualidade, nomeando as diversas partes do corpo do bebê.

A partir da virada teórica promovida por Freud em 1920, cria-se um espaço de estudo, permitindo que novos modelos distintos da neurose clássica possam ser pensados. Observamos no texto freudiano um destaque à dimensão econômica representada pela sexualidade e pelos investimentos pulsionais. Entretanto, o autor não deixa de dar valor ao componente intersubjetivo da constituição psíquica, ao apontar para o lugar do objeto como aquele para o qual a pulsão é direcionada. O encontro com um outro como aquele que, por um lado, introduz o bebê na sexualidade humana e, por outro, é o primeiro objeto de investimento libidinal revela a posição fundamental da alteridade para a manutenção da homeostase pulsional.

Como buscamos discutir nesta pesquisa, os aspectos corporais que se mantêm fora do registro verbal se apresentam cada vez mais no *setting* analítico. Conservando-se atuante ao longo da vida, as experiências precoces que não puderam ser integradas ao psiquismo - permanecendo desligadas do circuito associativo, mas nem por isso deixando de ser registradas no corpo - se repetem e conservam-se atuais, buscando um lugar psíquico. São vivências que se apresentam em termos corpóreos, sensoriais e afetivos, necessitando de um outro adulto para que possam ser contidas e significadas.

A discussão sobre os elementos mais arcaicos toma um contorno mais nítido na obra freudiana no texto *Inibição, sintoma e angústia*. Neste o autor se volta para a compreensão dos estados mais iniciais da vida psíquica, buscando problematizar o conceito de angústia, já anteriormente. A partir das reformulações de sua teoria uma nova concepção sobre este afeto se apresenta após a introdução da pulsão de morte. Se anteriormente (1917), ao problematizar sobre sua etiologia, Freud resvalava para uma concepção biologicista que defendia que a origem do mecanismo de angústia era fruto de uma libido insatisfeita, neste trabalho a dimensão da alteridade se faz presente na medida em que o perigo se

encontra na vivência de desamparo, de desproteção do eu ainda em formação diante da ausência do adulto.

Como o autor esclarece:

“Antes eu considerava a angústia uma reação geral do Eu em condições de desprazer, sempre buscava justificar seu aparecimento em termos econômicos e supunha que, com base na investigação das neuroses “atuais”, a libido (excitação sexual) que é rejeitada ou não utilizada pelo Eu encontra uma descarga direta em forma de angústia” (FREUD 2014 [1926]: 108).

Entretanto, o autor acaba por rever sua teoria como resposta às declarações de Otto Rank. Para este autor, a angústia seria fruto do ato de nascimento. Freud, por sua vez, defende que, no que diz respeito às experiências afetivas mais primitivas, é a vivência de perigo - representada pela ausência da mãe, compreendida em termos de perturbação na economia da libido narcísica do bebê - que está na origem do afeto de angústia.

Em outras palavras, grandes somas de excitação envolvidas na experiência de nascimento se acumulam, ocasionando uma vivência intensa de desprazer. Em termos econômicos, o perigo é interno, colocando em risco a homeostase pulsional. Podemos dizer que se trata de uma experiência de transbordamento de excitações, de intensidades com as quais o bebê ainda imaturo não consegue lidar, de maneira que ele fica entregue à pulsionalidade desligada, sem nome, marcada pelo puro excesso.

A noção de desamparo originário e as considerações freudianas posteriores à formulação do conceito de pulsão de morte nos auxiliam a refletir sobre a dimensão precoce da vida psíquica, apontando o processo necessário para que ocorra a passagem de um corpo biológico, puramente sensorial, para um corpo erotizado, integrado pelo narcisismo que poderá ser apropriado pelo sujeito como corpo próprio.

O desamparo original revela a dependência absoluta do outro maternal, já que sem este o bebê é impotente para fazer cessar a tensão que sente, criando a necessidade de ser amado. O “ser tudo para o outro”, modelo primário de

completude, no qual o bebê encontra-se passivo e submisso em relação aos seus objetos primordiais é o protótipo da ameaça da perda de amor.

Lembramos que anteriormente<sup>1</sup> havíamos indicado que a palavra utilizada para designar o desamparo na obra freudiana – *Hilflosigkeit* – está carregada de intensidade, expressando algo próximo ao desespero e à experiência de trauma. De fato, numa tradução ao pé da letra deste termo em alemão, diríamos que se trata de uma perda ou falta de ajuda (*die Hilfe* = ajuda, socorro; *die Hilflosigkeit* = estado de estar sem ajuda, sem suporte ou proteção; estado de desespero), o que marca a importância da alteridade. É possível inferir que a dimensão do suporte ambiental, aprofundado posteriormente na teoria winnicottiana, é indicado por Freud na escolha deste termo. De fato, entendemos a relevância de um bom encontro com objeto primário para que o processo de separação da figura de cuidado possa ocorrer de forma gradual.

Aprofundando esta compreensão, podemos afirmar que a partir dos cuidados realizados no corpo pelo outro adulto que o bebê poderá conter o excesso pulsional que o invade. O desamparo original também pode ser compreendido como um estado de passividade do sujeito ainda em constituição perante a pulsionalidade desligada, ainda sem objeto para escoamento das intensidades. Mantendo a posição que entende a origem da angústia atrelada à libido, Freud nos indica de que maneira as exigências pulsionais incidem no ego. Ele destaca que “o ego fica reduzido a um estado de desamparo face à tensão excessiva, como ocorreu na situação de nascimento” (FREUD, 2001 [1926]: 70). Zornig (2008: 57) completa a ideia, afirmando que “o caráter essencialmente econômico desta primeira experiência de angústia impossibilita sua evocação como lembrança”. O nascimento é, segundo a autora, caracterizado por Freud como “protótipo de angústia”, na medida em que há um excesso pulsional envolvido nesse processo.

Em Freud, a mãe tem a função de para-excitação, o outro estando na origem do sujeito psíquico. As quantidades de excitação exterior e interior devem

---

<sup>1</sup> NETCHAEVA MARIZ, N. Violência precoce e constituição psíquica: limites e possibilidades de representação no corpo. [Dissertação de Mestrado] – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

passar pelo outro cuidador para que possam ser controladas pelo bebê (FERNANDES, 2011).

Como já mencionamos, certamente é a mãe, com sua presença ativa, que tem como função primordial conter e dar sentido àquilo que é vivido pelo bebê como um transbordamento pulsional, em relação ao qual ele se encontra sem recurso para conter. No colo da mãe, a criança tem suas necessidades satisfeitas, mas sua ausência é sentida como um perigo, pois sem sua presença ela não consegue lidar com a crescente tensão que a comete. A não satisfação de suas necessidades acaba por elevar as quantidades de estímulo a um nível tal que o bebê não tem como descarregá-las ou dominá-las psicologicamente. Em decorrência disso, há um acúmulo na quantidade de estímulos que precisam ser eliminados, seja no corpo, seja em ato.

Como vimos, a mãe funciona como um escudo protetor contra as excitações que invadem o bebê. De fato, como sustenta Fernandes, “seja em relação ao ego corporal como projeção de uma superfície ou em relação à força pulsional, o outro estaria sempre na origem da constituição do sujeito, um sujeito habitante de seu próprio corpo” (2011: 56).

Com efeito, é a experiência de desequilíbrio na homeostase libidinal que faz com que o autor aproxime as vivências de não satisfação das necessidades do bebê à experiência traumática, já que estamos no campo do excesso contra o qual a criança ainda não tem defesas constituídas. Desse modo, segundo afirma Freud, quando a criança percebe, por meio da experiência com o objeto externo, que este pode pôr fim à sua situação de perigo, ocorre um deslocamento: da situação econômica à perda de objeto.

Assim, a dimensão da alteridade constitutiva fica ainda mais presente na reflexão freudiana, pois a primeira ameaça ao sujeito é a ameaça à existência, devido ao estado de desamparo originário. Ao se aprofundar sobre a reflexão das origens da angústia, o autor considera que a experiência de dor pode ser entendida como fruto da ausência do outro.

Nos primeiros meses de vida, o bebê ainda não é capaz de discernir se a ausência da mãe será permanente ou temporária. Se esta não se encontra no seu

campo de visão, ele age como se nunca mais fosse encontrá-la. A partir de uma experiência continuada de ausência/presença (GOLSE, 2013/2014), o bebê começa a aprender que ela pode desaparecer e depois reaparecer. Assim, como Freud afirma, “a primeira condição para a angústia, que o próprio Eu introduz, é a da perda de percepção [do objeto], que se equipara à da perda do objeto” (2014[1926]: 121).

Este estado de vulnerabilidade do bebê é responsável pela primeira situação de perigo, o que acaba por criar, como mencionamos, a necessidade de ser cuidado, de ser amado - demanda que acompanha o sujeito ao longo da vida. Em suas palavras:

“A situação traumática da falta da mãe difere num ponto decisivo da situação traumática do nascimento. Neste não havia objeto que pudesse fazer falta. A angústia era a única reação a ocorrer. Desde então, repetidas situações de satisfação criaram o objeto que é a mãe, que, surgindo na criança uma necessidade, recebe um investimento intenso, que pode ser denominado “anseio”. A essa novidade devemos relacionar a reação da dor. Portanto, a dor é reação propriamente dita à perda do objeto, e a angústia, ao perigo que essa perda traz consigo e, em deslocamento posterior, ao perigo da perda do próprio objeto” (op. cit: 121)

Segundo L. C Figueiredo (2014), trata-se de uma problemática narcísica de base, pois numa situação de risco à integridade do eu há uma reação do tipo angústia sinal. Este tipo de mecanismo de defesa também faz parte da formação do Eu e garante seu funcionamento. No que se refere à alteridade, Freud não deixa de mencionar o papel preponderante do medo da separação e da perda do objeto que satisfaz todas as suas necessidades e tem papel preponderante na eclosão do afeto de angústia. Esta perda remete ao desamparo perante a própria pulsionalidade desregrada, deixando o eu impotente, fazendo-o reviver o desamparo originário.

Em outras palavras: se, no estado de angústia automática, involuntária, a ausência de objeto é o estopim para a emergência deste afeto, no caso da angústia sinal há um temor pela perda do objeto nutriente, comprovando sua dimensão psicológica. Ao perceber a mãe como aquela capaz de satisfazer todas as suas necessidades, extinguindo a sensação de desprazer, o bebê dá um sinal de angústia, antes que a situação de desamparo possa acometer.

Freud acredita que cada período da vida teria um determinante específico da angústia. O desamparo psíquico é característico de uma fase na qual o ego ainda está imaturo. Já o perigo se refere à perda do objeto do qual ele se acha dependente. O perigo da castração, desse modo, está relacionado à fase fálica, e o medo do superego à fase de latência.

Vale mencionar que a angústia, como um estado afetivo, tem como característica principal o estado de desprazer que se faz acompanhar por “sensações físicas mais definidas que relacionamos a determinados órgãos [...] os mais frequentes e nítidos sendo relacionados aos órgãos respiratórios e ao coração” (FREUD, 2014 [1926]: 72). Fazendo-se presente por meio dos sintomas corporais, implica processos de descarga ligados a inervações motoras que acabam desempenhando seu papel no fenômeno geral da angústia. Neste texto, o autor indica que as situações econômicas geradas pela dor, vividas por ocasião da perda do objeto, podem ser comparáveis ao caso de lesão física em uma parte do corpo (QUINODOZ, 2007).

Ao se deter nesse ponto, Fernandes (2002) pontua que a maneira pela qual adquirimos um novo conhecimento de nossos órgãos pode ter nas doenças dolorosas um protótipo, a forma pela qual pode se chegar à representação do próprio corpo. Como afirma a autora, sentir dor informa ao ego que há um corpo, constituído de órgãos, o que possibilita a representação interna dele. Retomando Freud, ela chama atenção para o fato de que a dor corporal equivale ao investimento narcísico elevado na representação do local do corpo dolorido. De fato, a ausência da mãe pode provocar dor no bebê e não angústia. Então, como entende, Freud inscreveu o outro na origem de toda dor, seja ela somática ou psíquica, de forma que, afetado pela ausência, o corpo dói.

Como Fernandes (2003) ressalta, há um caminho a ser percorrido na passagem da dor do corpo para a dor da alma. Esse caminho diz respeito à mudança de um investimento narcísico do sujeito sobre seu próprio corpo a um investimento de objeto (FREUD, 2014 [1926]). A dor tem uma dimensão narcísica, na medida em que aponta para a falta de uma contenção do outro, revelando a necessidade de um investimento libidinal sobre o próprio eu.

A perspectiva defendida por Freud, à luz dos esclarecimentos de Fernandes (op. cit), reafirma a compreensão de que, num período precoce do amadurecimento emocional, o Eu incipiente do bebê não tem como dar conta do excesso de estímulos que o invade. Para percorrer o caminho da dor física à dor psíquica é necessária a presença de um outro, enquanto mediador das intensidades pulsionais.

Contudo, vale mencionar que nem tudo poderá se tornar palavra. Há sempre um registro que se mantém aquém da linguagem verbal. Se não há um adulto que possa conter e dar sentido ao turbilhão de estímulos que acomete o infante, essa experiência torna-se da ordem do inominável, não podendo se expressar via palavra, apenas por meios afetivo-corporais.

Como podemos perceber, ao longo de sua obra, Freud se voltou para a reflexão da dimensão corporal, indicando caminhos precisos de reflexão que vão além da sintomatologia conversiva histérica. Há três “tempos” ou leituras possíveis do corpo em seus trabalhos: o corpo do auto-erotismo, do narcisismo e do arcaico, isto é, atravessado pelo desamparo original, encontrando-se na interseção entre o transbordamento pulsional e a constituição do Eu-corporal.

Cabe ainda pontuar que Freud chama a atenção para o fato de que não apenas na primeira infância o sujeito se encontra no estado de desamparo. Para ele, pode haver “para cada indivíduo, um limite além do qual seu aparelho psíquico fracassa em lidar com as quantidades de excitação” que devem ser eliminadas (2014 [1926]: 93). Esta é uma indicação preciosa para pensarmos o lugar do corpo na clínica psicossomática.

### 3.

## O campo da psicossomática

No campo psicanalítico muito já se discutiu sobre o corpo no âmbito dos quadros histéricos. Contudo, a reflexão sobre sintomas corporais que estão fora do registro da representação ainda é um domínio a ser explorado. Durante boa parte do tempo, uma série de psicanalistas que vieram na esteira dos primeiros trabalhos freudianos insistiu em circunscrever o processo analítico numa leitura da representação e elaboração dos processos psíquicos, o que teria excluído da reflexão teórico-clínica tudo aquilo que não fosse passível de ser dito pelo discurso. O imperativo da palavra, para além do afeto e da dimensão corpórea nos parece desconsiderar os avanços teóricos que se descortinaram a partir da virada teórica de 1920.

Neste tipo de leitura, o corpo pré-verbal, ainda *em vias de elaboração psíquica*, manteve-se “silenciado”, ignorando que pode haver algo a ser construído no processo analítico. Fernandes (2011) aponta para um duplo movimento em relação ao corpo: por um lado, as evidências das implicações da subjetividade no corpo são relegadas a uma espécie de esquecimento; por outro, são identificadas exclusivamente com o discurso psicossomático, cuja ênfase é no corpo doente e nas falhas dos mecanismos psíquicos.

Interessada na dimensão pré-verbal e na discussão teórico-clínica sobre os processos psíquicos em jogo no sintoma psicossomático, a psicanalista Joyce McDougall (2000) chama atenção para o silêncio que pesava sobre as dores somáticas. Segundo afirma, tal “silêncio” é compreensível quando verificamos como as origens das manifestações somáticas na maioria das vezes têm raízes muito precoces.

Joel Birman (2003) também compartilha da visão de que há um corpo silenciado. Como observa, na tradição ocidental podemos perceber um silêncio do somático, no qual o mal estar se materializa pela demanda de cuidados e alívio. Segundo argumenta, na cena clínica nos depararmos com um corpo ao mesmo

tempo ruidoso e silencioso, perante o qual a medicina se vê impotente e a psiquiatria não pode regular pela via dos remédios. Fazendo uma crítica a alguns manejos clínicos que foram sendo adotados para lidar com as problemáticas corporais, o autor aponta para os limites de uma psicanálise ligada estritamente ao campo da fala e da linguagem, que parece ter sempre a expectativa de que o inaudível do corpo se transforme em verbo para que possa, então, dar forma aos cuidados. Tal situação é geradora de impasses clínicos e perplexidade.

Fernandes (2003) ressalta que o fato da psicanálise usar fundamentalmente a linguagem como material de trabalho levou alguns críticos a insistir que ela teria negligenciado o corpo, privilegiando apenas a palavra. Entretanto, como vimos em Freud, toda a sua teoria indicou que havia diversos elementos corporais a serem investigados, pois o corpo seja enquanto cenário de uma sexualidade infantil fragmentada ou já unificado pelo narcisismo – como fica evidente na primeira teoria pulsional – seja na interseção entre o transbordamento pulsional e o Eu-corporal, pode vir a fazer parte de uma cadeia narrativa.

Mesmo se uma ambiguidade entre a dimensão erótica e orgânica se manteve presente ao longo de sua obra, de maneira que diversas vezes Freud lançou mão o de explicações biologicistas ou filogenéticas de carga lamarckista (LAPLANCHE, 1988), tal opção nos faz pensar que o autor nunca deixou de considerar a relevância de elementos para além do psiquismo. Esta compreensão nos permite avançar na hipótese de há um corpo que precisa ser problematizado teoricamente, que desde a origem da vida psíquica está marcado pela relação com um outro.

### 3.1

#### **Entre o biológico e o somático: um corpo para além do organismo**

Ao longo da construção de seu aparato teórico, Freud se valeu algumas vezes de figuras da biologia e neurologia para ilustrar os processos psíquicos que vinha observando e procurando descrever. Esta perseverança revela uma busca por um aspecto que fundamentasse o psíquico em termos biológicos. Enquanto no *Projeto para uma psicologia científica* (1895) o autor buscava um embasamento

neuroológico para os processos psíquico, em 1920 o conceito de pulsão de morte revela a compreensão freudiana de uma ordem implícita à vida, da qual a constituição biológica e a psíquica são derivadas (ZUCCHI, 1991). Contudo, mesmo lançando mão de algumas figuras metafóricas da biologia, o autor não deixou de buscar estabelecer distinções claras entre a perspectiva psicanalítica do sintoma e a visão biomédica.

Entre a visão médica da época e a preocupação com os processos psíquicos, o discurso freudiano desde seus primórdios lançou o olhar sobre a realidade somática e suas diversas formas de expressão. Tal fato fez com que a psicanálise não pertencesse, como ressalta Fernandes (1997), a nenhuma disciplina, mas se situasse numa extraterritorialidade “entre” duas fronteiras, mas sem pertencer verdadeiramente a nenhum território definido. Como esclarece a autora, a “psicologia do inconsciente” só poderia estar num “entre” a psique consciente e a biologia, mas sem pertencer verdadeiramente a nenhum destes dois campos.

Freud, em seu movimento fundador, critica o saber médico e sua leitura objetivante do adoecimento. Um dos representantes desta visão é P. Janet, citado pelo próprio autor e que, seguindo a visão corrente na França da virada do século XIX para o XX, defende uma etiologia orgânica nos sintomas histéricos. Além de um aspecto hereditário, tal visão adota a noção de degenerescência, bastante popular na época, de forma que a histeria é concebida como “alteração degenerativa do sistema nervoso, que se manifesta por uma fraqueza congênita [na capacidade] de síntese psíquica” (FREUD, 2013 [1910]: 238).

A teoria da degenerescência tem lugar de destaque no campo médico-psiquiátrico, retratando um processo de atomização da enfermidade (BORGES, 1996). O modelo que passa a vigorar visa estabelecer a localização precisa da doença, cuja prática da clínica médica passa a se centrar na observação interventiva e no exame clínico. O método de conhecimento baseado em sinais físicos e no conjunto de sintomas verificáveis considera apenas aspetos puramente biológicos (op. cit), desconsiderando qualquer outro elemento que possa influenciar o desenvolvimento da doença.

Na contracorrente desta visão puramente anatômica sobre o adoecimento, Freud procura enfatizar a posição estratégica que o enfermo tinha na produção da própria enfermidade e a relevância da dimensão psíquica nesse processo. Em

oposição ao pensamento organicista de sua época, a teoria psicanalítica se constitui como uma experiência clínica, na qual o corpo da histórica, como um corpo falante, é o primeiro paradigma de uma lógica para além das regras anatômicas e fisiológicas da medicina (BIRMAN, 2003). Ao destacar perspectiva de corpo-escritura (FERNANDES, 2003) para traduzir os sintomas históricos, a psicanálise, em seus primórdios, revela como o corpo pode se expressar por meio de uma sintomatologia multiforme, seguindo uma lei e uma ordem que lhe são próprios.

A psicanálise perante a medicina traz uma “ruptura das bases sobre as quais se assenta o modelo fundamental de relação entre aquele que trata e aquele que é tratado” já que o “tratamento médico consiste em oferecer ao doente auxílio em alguma forma de tratamento que elimine a dor, anule as manifestações dos sintomas da doença, e faça o possível para afastar a morte” (ÁVILA, 2002:18).

Tradicionalmente, a medicina é compreendida como uma prática social, regulada institucionalmente, cujo papel fundamental é o de assistência ao paciente cuja queixa gira em torno de questões de um ideal de saúde e de doença. A última entendida a partir de um estado negativo, de ausência de saúde. Do ponto de vista da medicina, indivíduo doente é aquele que não possui o que ele próprio considera definidor de seu bem estar (op. cit). O indivíduo, considerado puramente como um corpo biológico, fica restrito à perspectiva anatomo-fisiológica da medicina, visão cuja lógica do funcionamento somático é fixa e imutável (BORGES, 1996).

Já no campo psicanalítico o corpo, atravessado pelo erotismo, implica um trabalho incessante de elaboração, nomeação e significação das experiências corporais. Estas têm um caráter transitório, “alimentadas” por investimentos libidinais. O trabalho analítico, de fato, é propiciador de um processo de exploração do psiquismo via uma narrativa construída ou reconstruída no *setting* analítico. Essa abertura para a narração das experiências subjetivas para um outro permite um alargamento das possibilidades do sujeito de compreensão de si mesmo.

O método freudiano consiste em “saber do próprio doente algo que se ignora e que também ele não sabia” (FREUD, 2013[1910]: 239). Se no modelo médico o indivíduo deve se colocar como paciente, isto é, passivo perante o “doutor”, no modelo psicanalítico este precisa se apropriar de sua história, contando-a através palavras.

É possível avançar nesta discussão ao levarmos em consideração que na relação entre analista e paciente, o corpo de um e do outro pode tomar às vezes de uma moeda de troca que vai mediar esta relação (FERNANDES, 1997) e produzir, entre o par analítico, a constituição de uma narração co-construída. Neste contexto, a palavra circula por meio do encontro com o outro, que testemunha o sujeito em sofrimento.

Quando abordamos os quadros de adoecimento psicossomático, as fronteiras entre um corpo biológico e um corpo erótico ficam menos evidentes, de forma que este quadro situa-se no campo de interseção entre a intervenção médica e a escuta analítica. Conceito híbrido, construído na imbricação entre outros dois, o psique e soma, a psicossomática retrata duas disposições distintas que revelam os limites ainda abstratos, mantendo viva a questão entre o monismo e o dualismo da relação corpo/mente (ZUCCHI, 1991). Cabe, então, evidenciar a distinção entre o corpo biológico, objeto da intervenção médica e o corpo pela relação com um outro, isto é, um corpo erótico. Esta distinção é fundamental para que possamos avançar na compreensão sobre o fenômeno psicossomático.

Assim, cabe lembrar que o médico, atravessado por uma visão organicista, ocupa o lugar de portador de um saber sobre seu paciente. Ele é aquele que orienta, toca, indica e direciona ações visando acima de tudo a saúde e o bem-estar, ou seja, um ideal de funcionamento orgânico. Já o psicanalista se propõe, através de seu manejo clínico, pôr o psiquismo a trabalho, visando a (re)construção de uma narrativa sobre o sujeito.

Naturalmente, o objeto de intervenção da medicina é o corpo anatômico, a doença em sua concretude. No caso da psicanálise, é o sujeito em seu sofrimento. No processo analítico, as questões subjetivas são consideradas, a “cura” localizada muito mais no sentido que é dado/ construído por meio de uma narrativa sobre si do que os fatos propriamente ditos.

Freud, tomando o sintoma conversivo histérico como paradigma, evidencia como o sofrimento psíquico se revela por meio de sua teatralização somática. Este é um corpo com valor simbólico no qual a realidade biológica encontra-se inserida num sistema de significação e narrativa. Entretanto, ao final de sua obra verificamos que diferentes aspectos corporais podem estar em jogo no processo analítico, inclusive aqueles que dizem respeito ao adoecimento corporal.

Por conseguinte, faz sentido afirmar que a origem da psicanálise testemunha um retorno à experiência de adoecimento e sua reflexão. A partir desse movimento, ela desmonta a cartografia corporal estabelecida pela racionalidade médica, enunciando uma nova cartografia na qual a linguagem e o fantasma são fundantes (BIRMAN, 2003). Propondo um olhar e um sentido original para as manifestações somáticas, a psicanálise rompe com a concepção de uma medicina mecanicista e intervencionista.

Para esclarecer a importante ruptura entre o saber psicanalítico e o saber normativo médico, Ávila ressalta a relevância do dualismo cartesiano na concepção moderna sobre o corpo e a psique. A partir deste modelo, segundo o autor, o corpo ganha um estatuto de “máquina” dando origem ao pensamento mecanicista na medicina. O sintoma histérico, como o sintoma funcional, marca uma abertura para uma nova forma de investigação clínica, que busca explorar o lugar do psiquismo na produção do sintoma. De fato, nos primórdios de sua teorização, Freud já antecipava que seu método partiria “não do exame do corpo, mas dos conteúdos da mente, fazendo da análise do Eu [...] o seu objeto” (2013 [1910]: 67).

Sobre esse ponto, Birman (op. cit) entende a ruptura com a tradição cartesiana promovida pela psicanálise como um movimento marcado por diversos obstáculos e caminhos tortuosos, exigindo que o discurso freudiano ultrapassasse o paralelismo psicofísico presente na psicologia científica e na racionalidade médica. Logo, pela ênfase atribuída à linguagem, podemos traçar uma articulação entre os polos psíquico e somático, estabelecendo outro nível de complexidade. A formulação da noção de aparelho da linguagem vem nessa direção, promovendo uma amarração entre as substâncias corpórea e pensante.

Consequentemente, como adverte Birman, no pensamento freudiano não há como dissociar a reflexão sobre o corpo dos movimentos pulsionais e de suas intensidades. A dimensão corporal arcaica, forjada no encontro com outro, carrega marcas do que pôde ser metabolizado das intensidades pulsionais. A partir da experiência de satisfação das necessidades corporais, uma dimensão de prazer pode se estabelecer, viabilizando a possibilidade de elaboração psíquica. A pulsão como força constante está sempre colocando o psiquismo a trabalho, mas se não existisse um outro capaz de regular a tendência à descarga total de excitação,

transformando-a em experiência de satisfação, o caminho seria a morte, adverte Birman.

Para este autor, o corpo teórico psicanalítico se estrutura a partir do entendimento de que há, efetivamente, uma impossibilidade biológica do organismo de realizar a autorregulação automática. No bebê humano, o acolhimento e a transformação da força pulsional em prazer são condições de possibilidade para o nascimento do aparelho psíquico e a aquisição da capacidade de pensar. Indo além, podemos supor que a capacidade narrativa também nasce do acolhimento do outro.

O autor defende, ainda, que no interior do discurso freudiano encontramos “uma outra leitura sobre o psiquismo, no qual esse se fundaria sempre no corpo” (2003: 14 [grifo nosso]). Segundo ele, o corpo é da ordem do artifício, da criação através da relação com um outro fundamental, não se identificando nem com o somático, nem com organismo. Diferenciando-se da ordem vital, o corpo se constitui por meio de diferentes territórios, regulados por diversas modalidades de funcionamento. Com efeito, podemos falar de diferentes formas de subjetivação, forjadas a partir destes territórios corporais e a partir de, podemos pensar, diversas apropriações que cada um pôde fazer de tais territórios. Em última instância, o discurso freudiano se funda numa íntima articulação entre o corpo e formas de subjetivação.

O corpo em Freud não se confunde com organismo biológico, pois ele emerge como espaço de inscrição do psíquico com o somático (FERNANDES, 2003b). Percebemos, então, a importância do corte epistemológico introduzido pela visão freudiana sobre os sintomas somáticos. A autora ressalta que encontramos em Freud uma abordagem própria do corpo que se situa no centro de construção teórica, fazendo com que haja uma dupla racionalidade do corpo: uma psíquica, outra somática. Vale ressaltar que a primeira está fundamentada na segunda, isto é, no encontro do indivíduo com a trama de relações parentais que se fazem presentes nos cuidados corporais cotidianos. Em suas palavras:

“[...] se o corpo que a construção teórica de Freud anuncia não se confunde com o organismo biológico, objeto de estudo e intervenção da medicina, ele se apresenta, ao mesmo tempo, como palco onde se desenrola o complexo jogo das relações entre o psíquico e o somático, e como personagem integrante da trama dessas relações. Como se verá mais adiante, essa dupla inscrição se evidenciaria no conceito de pulsão, o conceito-limite entre o psíquico e o somático, ao colocar

o corpo ao mesmo tempo como fonte da pulsão e como finalidade, lugar ou meio de satisfação pulsional. Assim, a teoria freudiana permitiria colocar em evidência que o somático, isto é, o conjunto das funções orgânicas em movimento, habita um corpo que é também o lugar da realização de um desejo inconsciente” (FERNANDES, 2003b: 33-34).

Avançando neste debate, o psicanalista francês Christophe Dejours (2003) acentua que o campo de investigação psicanalítica é distinto do campo da biologia, pois que aquilo que é considerado como deficitário da memória, por exemplo, é para a psicanálise uma das principais formas de materialização da subjetividade. Revisitando quinze anos depois alguns conceitos apresentados em seu trabalho anterior, intitulado “Corpo: Entre a biologia e a psicanálise”, o autor retoma a discussão da distinção entre estes dois campos do saber, considerando que a psicanálise estabelece seu estudo no ponto preciso no qual a biologia silencia, a saber, os sonhos, os fantasmas, o sofrimento e os afetos. Estes passam pelo corpo, mobilizando-o.

Se num primeiro momento o autor chega a propor uma “terceira tópica” para dar conta dos processos psíquicos subjacentes à somatização, posteriormente ele retoma o debate apontando para o fato de que há uma condição de descompensação psicossomática que pode acometer qualquer estrutura psíquica. De fato, para o autor, “nós vivemos simultaneamente dois corpos, respectivamente o corpo biológico e o corpo erótico” (2003: 10 [tradução própria]).

Ainda segundo Dejours (op. cit), não há um paralelismo entre as dimensões psíquica – atravessada pelo erotismo – e a biológica. Há sim uma relação na qual o corpo erótico emerge a partir do biológico, num processo denominado pelo autor de *subversão libidinal*. Ambos correspondem a realidades distintas. Entretanto, o corpo erótico vai sendo conquistado progressivamente, a partir dos primeiros cuidados voltados ao corpo biológico. Podemos falar de um processo no qual progressivamente o corpo erótico vai se desconectando de sua dimensão biológica, intensificado pelas trocas e jogos corporais que ocorrem entre o bebê e seu adulto cuidador.

Nesse sentido, a psicossomática, como um campo que emerge na interseção entre o saber médico e psicanalítico permanece sendo um grande desafio para a clínica. A discussão sobre que tipo de escuta pode ser oferecido para este corpo que padece é enriquecida a partir do trabalho de psicanalistas que

se dedicaram a aprofundar a compreensão sobre os processos psíquicos subjacentes aos quadros de adoecimento orgânico.

## 3.2

### Psicossomática Psicanalítica

No que diz respeito ao adoecimento psicossomático e sua etiologia, o corpo permanece como território impreciso, que inspirou, ao longo das últimas décadas, calorosos debates que visam elucidar os casos nos quais as funções mentais se veem apagadas por uma gritante presença de corpo doente. Dentre as diferenças de perspectivas debatidas, observamos a predominância de um olhar que privilegia a compreensão dos mecanismos intrapsíquicos em jogo nestes quadros, além de uma tendência à demarcação da especificidade dos sintomas psicossomáticos, destacando-os das defesas neuróticas e psicóticas.

Freud, em toda a extensão de sua obra, levou em consideração as relações entre o psíquico e o somático, sendo o modelo da histeria e o da neurose atual os primeiros modelos a problematizar a participação dos fatores psíquicos nas doenças orgânicas (FERRAZ & VOLICH 1997). Contudo, mesmo intuindo que com frequência poderíamos encontrar razões inconscientes para as doenças orgânicas, Freud preferiu não chegar a se deter sobre essa problemática, seja no campo da pesquisa, seja no campo clínico (MCDUGALL, 2000). Certamente são os autores pós freudianos que aprofundaram esse debate, ao levarem em conta a especificidade do funcionamento psíquico característico dos pacientes que apresentaram somatização (FERENCZI, 1926; GRODDECK, 1923; MARTY, 1998).

Campo de crítica ao modelo biomédico, a psicossomática psicanalítica entende a doença no contexto subjetivo. É interessante observar que não há uma uniformidade entre os diferentes autores nesta compreensão. O médico alemão Georg Groddeck, por exemplo, clinicamente compreende o sujeito em sua totalidade, jogando os holofotes sobre o corpo orgânico como palco de expressões emocionais. Indo na contracorrente de uma medicina exclusivamente centrada no

diagnóstico, ele radicaliza a dimensão psíquica, de maneira que o corpo biológico é tomado de forma absoluta pela linguagem, abstraindo-o da ordem anatomopatológica. Tal perspectiva acaba criando um novo reducionismo que, por sua vez, se contrapõe ao reducionismo biomédico (RANNÃ, 2003).

Já Franz Alexander, um dos fundadores da Escola de Psicossomática de Chicago, trabalha com o conceito de organoneuroses e “coloca os mecanismos de somatização na mesma perspectiva que o recalque” (op. cit: 106). Esta escola pauta sua pesquisa médica pela teoria psicanalítica, tendo como principais autores, além de Alexander, F. Deutsch, H. F. Dunbar. A partir da noção de “neurose de órgão”, este grupo formulou uma teoria norteadas pelos perfis de personalidade associados a quadros específicos de adoecimento psicossomático. Numa perspectiva psicogênica, eles procuram instaurar correlações entre determinadas reações emocionais e as respostas do sistema vegetativo (FERRAZ e VOLICH, 1997).

Os psicanalistas de tradição francesa, como Marty, McDougall e Dejours, por outro lado, têm em comum a distinção entre “fenômeno psicossomático”, as neuroses e as psicoses. Para estes autores, a psicossomática é uma ampliação da psicanálise com eco na clínica e na metapsicologia.

Mesmo dentro deste grupo, a visão que cada um tem do adoecimento psicossomático não é homogênea. Pierre Marty, um dos autores de referência da Escola de Psicossomática de Paris, entende o adoecimento psicossomático como um movimento contra evolutivo, marcado pelo primado da pulsão de morte (MARTY, 1998). Herdeiro de uma perspectiva que considera o sintoma em termos econômicos, seus conceitos de mentalização e pensamento operatório remetem à ideia de que há formas de funcionamento psíquico características dos pacientes que somatizam.

Marty, na esteira do pensamento freudiano sobre a representação, o autor entende que as experiências que vivemos nos atingem afetivamente, provocando excitações que precisam ser escoadas. As que permanecem acumuladas produzem cedo ou tarde sintomas somáticos. O autor defende duas principais formas de escoamento: o trabalho mental de elaboração ou representação das experiências e as descargas motoras e sensoriais ligadas ou não ao trabalho mental. Ele vai se

interessar particularmente pela via de escoamento que o aparelho mental pode oferecer, numa tarefa constante de elaboração das experiências. Este trabalho é denominado de *mentalização*.

Esta noção, elaborada nos anos 70, refere-se à problemática da quantidade e qualidade de representação psíquica do sujeito. Estas são, para o autor, bases da vida mental. Nesse sentido, o autor parece manter a tradição da psicanálise clássica do primado da representação, porém se afasta de Freud no que se refere a sua compreensão sobre a pulsão de morte que, segundo ele, só se manifesta quando Eros é inativado por um traumatismo ou se esgota por meio do envelhecimento. Ou seja, o autor parece não considerar os intrincamentos pulsionais entre a pulsão de vida e de morte. De concepção evolucionista, Marty sustenta que há elementos vitais formando grupos funcionais hierarquizados das funções somáticas às mentais, que vão se complexificando ao longo do desenvolvimento (VIEIRA, 1998).

Outra característica do adoecimento psicossomático é o pensamento operatório, descrito como uma forma utilitarista de lidar com a vida, comportando um certo grau de empobrecimento simbólico (MARTY & M'UZAN 1994 [1962]). Trata-se de um modo extremamente pragmático e “deslibidinizado”, que se reflete na maneira com que o sujeito lida consigo mesmo, com os outros e como expressa suas emoções.

Como aponta Cassetto (2006: 129), esta forma, até então inédita de pensar o adoecimento psicossomático enquanto um modelo de funcionamento psíquico distinto da neurose e da psicose, descreve um “modo de pensamento consciente que parecia despojado de qualquer espessura, de duplos sentidos, de metáforas, de atos falhos, enfim, de atravessamentos pela fantasia”. De fato, esta perspectiva considera o fenômeno psicossomático pela ótica da ausência de certos mecanismos psíquicos, tais como o recalque e as representações.

Assim, classicamente, retomando o que foi apontado por Freud sobre as neuroses atuais, a escola francesa de psicossomática pautou suas concepções nos impasses de simbolização e na visão de que nesse tipo de subjetividade a excitação se transmutaria em somatização, sem a mediação simbólica e um sentido subjacente que encontramos nos quadros neuróticos.

Dessa forma, poderíamos concluir que um bom funcionamento psíquico, isto é, um psiquismo rico em fantasias, sonhos e repleto de associações protegeria o sujeito das doenças somáticas. Segundo esta perspectiva, há um tipo de organização psíquica propensa a estas descompensações. A noção de *mentalização*, desenvolvida pela Escola de Psicossomática de Paris, vem sendo pensada no campo do adoecimento e aponta para as falhas na elaboração psíquica, levando à regressão psicossomática.

Segundo este ponto de vista, as somatizações não têm um significado, pois se referem a distúrbios do corpo biológico. São fruto de uma falha do aparelho psíquico numa função primordial, a saber, “a de transformar as excitações, que têm origem no corpo ou nas interações do corpo com o mundo externo em representações psíquicas” (RANNÃ, 2004: 107).

Segundo Rannã (op. cit), numa tentativa de superar o modelo do recalque e trazer o fenômeno psicossomático para o centro da metapsicologia freudiana, esta perspectiva elege a teoria das pulsões para refletir sobre os movimentos psíquicos envolvidos no processo de adoecimento. Esse olhar para os fenômenos psicossomáticos vai repercutir na psicopatologia, que, segundo o autor, começa a considerar as “estruturas psicossomáticas” como um quadro separado das estruturas neuróticas e psicóticas, estas últimas implicando em “mecanismos que não interferem no processo de ‘mentalização’, pelo contrário, ricas em processos mentais” (: 107).

Entretanto, entendemos que não é apenas aqueles que teriam um empobrecimento do uso da linguagem que adoecem. Podemos perceber no nosso cotidiano, e na literatura encontramos vários exemplos, que poetas e psicanalistas também adoecem. A linguagem pode estar tanto a serviço da cura, quanto da doença (ÁVILA, 2002).

Fernandes (2003b) ressalta que, sobretudo com os trabalhos da Escola de Paris, foi possível uma ampliação da discussão teórica e do manejo clínico psicanalítico a partir da inclusão de novos conceitos, abrindo o olhar para a reflexão sobre as semelhanças e diferenças entre os quadros de somatização e as neuroses clássicas, as toxicomanias ou transtornos alimentares, entre outros.

Esta tradição de pensamento, apesar de promover uma nova visão no campo da psicossomática, restringe o fenômeno psicossomático a um tipo de organização ou funcionamento psíquico característico ou mais propício para tais manifestações. Tal compreensão parece desconsiderar que organizações psíquicas de tipo psicótico e neurótico também podem apresentar descompensações psicossomáticas.

Buscando ampliar esta reflexão, cabe lembrar que mesmo dentro do pensamento francês sobre psicossomática há diferentes olhares, dentre eles os que aproximam os quadros psicossomáticos dos casos-limite. Esta compreensão dá mais um passo em direção ao debate sobre o manejo clínico dos pacientes que apresentam somatizações como recurso defensivo perante ao seu sofrimento.

### 3.3

#### **Transtornos psicossomáticos: uma questão de limites?**

“Outrora, o mistério era a histeria. Hoje, a histeria continua existindo, não desapareceu, mas não se pode dizer que a histeria seja o pão cotidiano dos analistas. Hoje em dia as manifestações somáticas de nossos analisandos [...] são o pão cotidiano do analista” (GREEN, 1990: 28).

A problemática dos limites vem sendo tema de debates cada vez mais frequentes no cenário psicanalítico contemporâneo, seja devido aos impasses clínicos das chamadas novas configurações psicopatológicas - que incluem perturbações na constituição dos limites internos e externos do aparelho psíquico (CARDOSO, 2005) -, seja por meio das reflexões teóricas promovidas pelo movimento definido por Luiz Claudio Figueiredo (2009) - como *reabilitação dos ‘analistas marginais’* que se propuseram trabalhar pacientes “não analisáveis”.

Em termos clínicos, os conhecidos pacientes difíceis ou, no limite do analisável, nos convocam a repensar nossa prática e a buscar novos fundamentos

teóricos. Como argumenta Green (1990), a discussão dos casos-limite<sup>1</sup> surge como uma demanda, já que o modelo clínico apresentado por Freud não estava dando conta de algumas problemáticas que se manifestavam no consultório.

Green opta por discutir a questão dos limites em termos metapsicológicos, sustentando que estes quadros possuem uma organização própria e estável: são organizações-limite com uma estrutura autônoma. Segundo defende, é uma problemática que não se restringe aos limites do eu, mas se situa na ordem de uma desorganização das fronteiras no interior do aparelho psíquico. O autor julga que a reflexão sobre a psicossomática e dos quadros psicóticos são dois dos maiores avanços da psicanálise pós-freudiana, já que a primeira, por mais controvertida que seja, propiciou uma base de reflexão de um funcionamento psíquico distinto das estruturas clássicas da psicanálise (VIEIRA, 1998).

Para os brasileiros Damous e Souza (2005), estes quadros conhecidos como fronteiriços incluem distúrbios psicossomáticos, transtornos alimentares e adições. Em seu trabalho sobre a dor nos casos-limite, os autores consideram que a questão nuclear desses quadros está associada a dificuldades nas experiências precoces. Sob esse aspecto, entendem que as angústias básicas e as defesas arcaicas mobilizadas são fruto de uma não adequação do ambiente às “necessidades psicossomáticas iniciais do indivíduo” (DAMOUS & SOUZA, 2005: 186).

A aproximação feita por estes autores entre os quadros psicossomáticos e casos-limite nos coloca algumas questões pertinentes. Diversos autores contemporâneos defendem que os quadros psicossomáticos estão inseridos nas chamadas problemáticas narcísico-identitárias (ROUSSILLON, 1991) ou organizações-limite (1990), cujas características marcantes são as dificuldades nos processos de simbolização.

Em termos clínicos, a narrativa é factual, monótona, desafetada, prevalecendo o mecanismo de neutralização dos afetos. A descrição dos sintomas

---

<sup>1</sup> Ao longo da nossa leitura nos deparamos com diversas denominações utilizadas na literatura psicanalítica para falar dos casos-limite: borderlines, estados-limite, estados fronteiriços, organizações-limite. Apesar de alguns autores fazerem uma distinção dos termos de acordo com a maneira que entendem estes quadros, neste trabalho optamos por não discutir esta distinção, preferindo usar os termos tal como citados pelos autores trabalhados.

é impessoal, vaga, dificultando a atenção flutuante do analista, podendo provocar confusão. O discurso é construído como se o analista já conhecesse a história do paciente, como se ele tivesse vivido uma parte desta, indicando uma falha na constituição de barreiras psíquicas (FERRANT, 2014).

A psicanalista Joyce McDougall, ao apontar para a problemática dos limites nos casos de somatizações, entende-a como *expressões-através-do-ato* que utilizam o corpo como espaço de descarga. Em suas palavras:

“Quando um adulto representa inconscientemente seus limites corporais como estando mal definidos ou não separados dos outros, as experiências afetivas com um outro que tem importância para ele [...] a consequência pode ser uma explosão psicossomática, como se, em tais circunstâncias, não existisse senão um corpo para dois” (MCDUGALL, 2000: 11)

Logo, cabe refletir em que medida o adoecimento psicossomático se encontra inserido no grupo mais extenso de quadros psicopatológicos denominados comumente de casos-limite também nomeados de patologias narcísico-identitárias, ou se trata de um fenômeno próprio, com uma particularidade própria e etiologia distinta dos quadros descritos.

Sabemos que assim como os casos-limite, os pacientes psicossomáticos têm despertado interesse dos psicanalistas contemporâneos. Não apenas por uma desconexão entre o afeto e o adoecimento, mas, sobretudo, por uma provável pobreza simbólica, expressa pela dificuldade associativa e uma maneira de estar no mundo extremamente funcional.

Em análise, esses pacientes têm dificuldades em correlacionar seus sintomas com os afetos subjacentes, sua narrativa é árida, predominando a angústia automática como excitação não manejável. Eles apresentam, para o psicanalista argentino Rodolfo D’Alvia (1994), um discurso pobre, catártico e literal, com tendência a um planejamento antecipatório instrumental. Segundo seu ponto de vista, o pensar, ao invés de conter funções elaborativas ou integrativas, tem por objetivo agir sobre a realidade, desconhecendo os desejos e as reais possibilidades.

Este autor defende a ideia de uma estrutura mental específica nesses casos: a Estrutura Psicossomática, definida pela presença de transtorno de manifestação somática que se apresenta como uma perturbação predominante. A Estrutura Psicossomática está inserida no corpo das psicopatologias narcísicas cujas estruturas nosográficas contêm na sua identidade nuclear alterações do narcisismo, tal como na depressão e nas personalidades narcísicas.

O autor observa, contudo, que a depressão psicossomática é bem distinta da depressão mentalizada da melancolia. A primeira está no registro da depressão essencial, tal como entende Pierre Marty, de forma que há um estado de indiferença, uma dificuldade de sustentar vínculos afetivos e, em termos econômicos, aponta para a descategorização da representação.

Outra característica marcante nos pacientes psicossomáticos, como já mencionamos, é a prevalência do pensamento operatório, cuja relação com o outro é regulada em função da satisfação das próprias necessidades que, ao não serem satisfeitas, geram hostilidade. Os casos-limite, por sua vez, chamam atenção por uma precariedade simbólica e pela utilização de defesas arcaicas, além de intensas oscilações afetivas que indicam a presença de angústias básicas.

Conhecidos como fronteiriços, esses quadros chamam a atenção pela visível fragilidade das fronteiras entre o interno e o externo, que comprometem a relação do sujeito com a alteridade. São caracterizados por um tipo de dinâmica psíquica bem peculiar, determinado por um quadro clínico que existe por si só. São quadros cuja característica central se refere a falhas de envelopes psíquicos, que remetem a falhas na constituição de sistemas de ligação, assim como nos sistemas de desligamento. Há, ainda, falhas nos processos de transformação. A maioria delas é definida como patologias do narcisismo, do originário e da simbolização primárias.

Segundo a visão do psicanalista erradicado nos EUA, Otto Kernberg, esta é uma organização específica relativamente estável entre a neurose e a psicose. Este autor define como uma das especificidades psicopatológicas dos chamados *borderlines* a cisão como mecanismo de defesa, além da predominância de uma agressividade pré-genital. Para ele, a cisão tem como consequência a fraqueza dos limites corporais. São pacientes que têm uma “insegurança onipotente”

(KERNBERG, 1967), visível através do controle dos próprios afetos como tentativa de controle do outro, numa relação de “super dependência”.

Um segundo eixo de argumentação sobre as patologias-limite prevalente na literatura psicanalítica de língua francesa visa não apenas definir as especificidades psicopatológicas dos casos-limite, mas discuti-los em termos metapsicológicos e clínicos. André Green, como um dos expoentes desta vertente, ao falar dos estados fronteiriços, traz a oscilação verificada nesses casos entre, por um lado, uma “normalidade” social e, na clínica, uma transferência natimorta, onde o analista se vê “apanhado na rede de objetos mumificados do paciente” (1988:44). Ele também pode se ver capturado por uma regressão fusional, testemunhando uma confusão entre sujeito e objeto. Entre esses dois extremos há uma multiplicidade de mecanismos de defesa contra a regressão que o autor reagrupa em quatro categorias fundamentais, nas quais as duas primeiras constituem mecanismos de curto-circuito psíquico e as duas últimas são mecanismos psíquicos básicos. São elas: a exclusão psicossomática, a expulsão via ação, a cisão e a descatexia.

Interessa-nos focar na primeira categoria, a exclusão psicossomática, na qual, segundo o autor, o conflito fica restrito ao soma mediante a separação deste da psique. O resultado desta operação é uma formação assimbólica. Nesse processo, ocorre a transformação da energia libidinal em energia neutralizada, puramente somática. Como afirma:

“O ego defende-se de uma possível desintegração em um confronto fantasiado que poderia destruir tanto o próprio ego como o objeto, mediante uma exclusão que se assemelha a uma atuação-fora [*acting out*], mas que está dirigida para o ego corporal não libidinal” (GREEN, 1988: 45)

Podemos pensar que segundo este entendimento as manifestações psicossomáticas frequentes – ou como define D’Alvia, as estruturas psicossomáticas – estão inseridas no conjunto de mecanismos de defesa contra a regressão utilizados pelos casos-limite. Nesse sentido, parece-nos uma releitura de uma perspectiva evolucionista que observamos em Marty, considerando que há

uma ausência ou falha de funções psíquicas estando no cerne destes quadros clínicos. Para Green (1988) as estruturas psicossomáticas são um subgrupo das ditas organizações limite.

Ao fazer uma comparação entre o modelo da neurose e o modelo dos estados fronteiros, o autor afirma que, se a neurose remete à angústia de castração, no que se refere aos casos-limite nos deparamos com a contradição formada pela dualidade de ansiedade de separação/intrusão. Esta dupla ansiedade parece relacionar-se, para o autor, à problemática da formação do pensamento. Há, nestes casos, um núcleo psicótico fundamental, ou psicose em branco, que se caracteriza por um bloqueio nos processos de pensamento, pela inibição das funções de representação e pela “bi-triangulação”. São dois aspectos da libido que não estão bem separados. Como a diferença dos sexos que separa dois objetos acaba disfarçando a divisão de um objeto simples – bom ou mau – o paciente, então, sofre com os “efeitos combinados de um objeto intrusivo persecutório e de uma depressão consequente à perda do objeto” (1988: 46).

A presença intrusiva desperta um sentimento delirante de influência e inacessibilidade à depressão, o que torna impossível constituir a experiência de ausência. Desse modo, o objeto não se deixa esquecer, ocupando permanentemente o espaço psíquico. Não se ausentando, não pode ser pensado, não podendo tornar-se presença imaginária ou metáfora. O resultado disso, para Green, é a paralisia do pensamento, expressa por “um sentimento de se ter a cabeça oca, de um buraco na atividade mental, incapacidade de se concentrar, de recordar” (op. cit:48).

O autor traz a noção de limite sob o ângulo do tempo, que pode ser contraído, como na contemporaneidade, ou suspenso, “fora do tempo” como ultrapassagem de um limite. O último está fora do campo da consciência. Green trabalha a noção de limite enquanto fronteira tanto intersubjetiva como intrapsíquica. Com efeito, nos casos-limite esta fronteira é falha, porosa ou pouco definida.

Em suas *Conferências Brasileiras*, cuja temática gira em torno da metapsicologia dos limites, Green articula a noção de limite à de territorialidade.

O autor argumenta que a pulsão é uma “excitação que se põe em movimento e transpõe um espaço” (1990: 17). Segundo sua compreensão os casos-limite são:

“[...] uma estrutura geral que é indeterminada, mas que pode se voltar tanto para o lado da depressão como para o lado da perversão, toxicomania, da psicose [...] é como se no interior da estrutura psíquica os núcleos psicopáticos, perversos, toxicomaniacos, depressivos, delirantes, travassem uma luta uns contra os outros, para saber qual deles conseguirá apoderar-se da totalidade da estrutura psíquica no interior do “continente”” (GREEN, 1990: 20).

O autor se apoia em Bion para defender que há diferentes núcleos que se apresentam na relação transferencial, obrigando o analista a restabelecer os vínculos atacados pelos processos de pensamento dos pacientes, exigindo dele a abolição dos próprios limites da atividade racional. A situação analítica, nestes casos, é de difícil manejo, porquanto que em termos de transferência, há nesses pacientes uma impossibilidade de lidar com enquadre, de forma que observamos ou uma aderência excessiva ou um ataque. A comunicação, então, ocorre por meio do que o paciente produz no analista.

O autor, ao resgatar Bion, recoloca em pauta a dimensão da contratransferência na clínica e o efeito que o paciente causa no analista. Em outras palavras, o autor parece apontar para o trabalho de filtragem do analista de comunicações recebidas em “bruto”, isto é, de estados afetivos e sensoriais que invadem o campo analítico (FERRO, 1998).

Tal observação nos remonta aos primórdios da constituição do psiquismo, quando os afetos e a sensorialidade têm um papel central na relação do bebê com o mundo. Assim, consideramos pertinente fazer um recuo em direção às relações precoces para aprofundarmos nossa compreensão sobre o adoecimento psicossomático.

### 3.4

#### **Experiências precoces: o papel do corpo na constituição de defesas precoces**

Retomando a noção de apoio/desvio freudiana, lembramos que o bebê tem no seio sua primeira fonte de satisfação. No encontro primordial com o outro – que neste momento ainda não pode ser reconhecido em sua alteridade – a amamentação associa-se não apenas ao fato de saciar a fome, mas também de obter prazer por meio do contato da mucosa da boca com o seio. A partir deste encontro, como vimos, opera-se um desvio do instintivo para o pulsional. Os primeiros cuidados corporais propiciam esse desvio, funcionando como possibilidade de integração e formação de uma imagem corporal. Logo, a pulsão se apoia, primeiramente, na satisfação das necessidades vitais, para logo se desviar das funções biológicas e buscar o prazer. O objetivo principal da pulsão passa a ser reviver essa primeira experiência de satisfação para sempre perdida. O prazer no contato do bebê com o outro adulto é essencial para o estabelecimento de um corpo fantasiado, integrado, representado psiquicamente.

O psicanalista francês, Christophe Dejours prefere chamar esse processo de subversão libidinal, já que entende que a noção de apoio de Freud (1905) trata de uma emancipação da ordem fisiológica. O autor argumenta que há um jogo entre a mãe e seu bebê durante os cuidados cotidianos. Esse jogo mobilizaria vários órgãos. Na amamentação, por exemplo, estão incluídos a boca, a língua, o estômago, o intestino, o ânus... Trata-se de uma brincadeira na qual ocorre uma subversão da função original, geradora de intenso prazer. Para que ela ocorra é necessária a presença de um outro que também queira jogar. Como esclarece:

“Devagarinho, a criança pode solicitar à sua mãe brincar com diferentes partes de seu corpo, brincadeiras durante as quais, não somente ela brinca, mas também adquire o controle com relação as exigências de autoconservação, a urgência de satisfazer suas necessidades. Devagarinho, todo corpo vai sendo colonizado, até que se constitua o que se chama de segundo corpo, ao qual damos o nome de corpo erógeno. [...] O segundo corpo é o corpo que habitamos; não é mais o corpo fisiológico, é um corpo que foi arrancado ao corpo biológico, mas é um corpo que nos faz verdadeiramente humanos” (DEJOURS,1998:44)

Para Dejours, a origem da vida psíquica se encontra no corpo erógeno. Ele é primordial e, de fato, o fracasso na subversão libidinal acaba se traduzindo num desenvolvimento psíquico que não se completa. Mas a colonização subversiva do corpo fisiológico tem, sempre, um caráter inacabado, pois há algo a ser conquistado, num processo constante que não cessa de se impor ao sujeito.

O autor sustenta que a sexualidade psíquica e a economia erótica estão sempre sob ameaça, de se “desapoiar”, levando a um movimento que o autor denomina de contraevolutivo. Por outro lado, a conquista do corpo erótico é resultado do diálogo entre o corpo e suas funções que se apoiam nos primeiros cuidados. Por meio do brincar com o corpo uma troca prazerosa entre o bebê e o adulto poderá ocorrer. Nesse processo, o funcionamento psíquico materno, convocado nesse cuidar, trará para a relação, não apenas sua história precoce, mas também sua sexualidade, marcando de maneira singular o diálogo que se instaura entre ela e seu filho. Um diálogo fantasmático, fundamental para a economia psíquica do bebê. Assim, os afetos que perpassam o corpo, através dos encontros, rupturas e lutos vividos, vão marcar a economia erótica ao longo de toda a vida.

No que tange à clínica psicossomática, o autor sugere que a desintração da pulsão de sua função seria capaz de facilitar a somatização, pois que as perturbações do funcionamento psíquico alteram a economia erótica.

Assim, no caso dos pacientes psicossomáticos, parece não ter havido uma completa representação corporal. Como argumenta D’Alvia, a relação destes pacientes com seu próprio corpo vem marcada por exigências externas e uma tendência a ignorar os sinais interceptivos. As sensações corporais, não tendo contenção psíquica, tomam a via da descarga corporal direta.

Aprofundando esta discussão, Joyce McDougall (2000) amplia a noção de pensamento operatório, propondo uma visão bastante particular sobre o adoecimento psicossomático. Integrando sua experiência clínica tanto no seio da escola inglesa quanto francesa de psicanálise, a autora opõe a neurose e a psicose de uma parte e os pacientes psicossomáticos de outra, e avança dando sua contribuição à discussão.

A psicanalista, ao introduzir a problemática psicossomática na clínica psicanalítica, inicia sua reflexão a partir da ideia de que cada um de nós cria “peças de teatro interno” ainda na primeira infância e estas têm um efeito duradouro sobre a sexualidade do adulto. Ampliando esta ideia, a autora propõe que há “teatros somáticos” que se apresentam no palco psicanalítico.

Discutindo sobre o papel das somatizações na economia libidinal, McDougall (op.cit) afirma que certas formas de funcionamento mental são adquiridas nos primeiros meses de vida e podem predispor mais às manifestações psicossomáticas, do que às soluções neuróticas, por exemplo. São quadros nos quais prevalece o pensamento operatório com maneiras “desafetadas” de pensar e relacionar-se. A autora sustenta que inicialmente o infans é “alexímico”, na medida em que “as mensagens enviadas pelo corpo ao psiquismo, ou inversamente, eram inscritas sem representação de palavras” (: 26-27). O conceito de aleximia, na obra da autora, diz respeito à dificuldade que o sujeito encontra de entrar em contato, bem como expressar suas emoções. Além disso, há uma dificuldade patente de distinguir os afetos entre si. Nesse contexto, o pensamento operatório e a alexitimia são entendidos pela autora em sua dimensão defensiva, remetendo a um período precoce, anterior à aquisição da linguagem verbal.

Como a autora defende, há nos quadros psicossomáticos uma outra forma de lidar com o conflito. Seja nas organizações neuróticas e ou psicótica, a dimensão do conflito está colocada em termos psíquicos, podendo envolver a vida interior ou a realidade externa. Trata-se de um drama, cuja cena é imaginária.

Nos quadros psicossomáticos há, pelo contrário, um teatro do corpo. ela comenta que primeiramente entendia que os estados psicossomáticos eram consequência de uma reação do corpo a uma ameaça psicológica como se esta fosse fisiológica, perspectiva esta que leva em conta uma separação nítida entre o psiquismo e o corpo. Porém, a autora observa em seus pacientes um esmagamento dos estados afetivos, como se, em suas palavras:

“A cortina estava, de alguma forma, hermeticamente fechada sobre o palco psíquico; nenhum som alcançava os ouvidos daqueles que se encontravam fora dele e, no entanto, um drama estava sendo representado no palco interno daquele cuja própria vida corria perigo” (MCDUGALL, 2000: 2).

Para ela, estes pacientes têm uma recusa por parte do psiquismo, de lidar com o conflito pulsional, que se expressa, então, no corpo. As palavras ficam sufocadas, num drama silencioso encenado internamente. Contudo, ela não deixa de apontar para uma parte psicossomática mesmo em outros quadros:

“Todos temos tendência a somatizar toda vez que as circunstâncias internas ou externas ultrapassam os nossos modos psicológicos de resistência habituais. Ocorre frequentemente também que desaparecem como certos fenômenos psicossomáticos, assim como certas tendências recorrentes a adoecer fisicamente, desaparecem como efeito secundário inesperado do tratamento psicanalítico, às vezes sem ter sido feita a investigação específica da significação subjacente de tais doenças na economia psíquica” (op. cit: 3).

McDougall acredita que uma parte significativa de pacientes que expõe sua problemática psicossomática não tem consciência de sua dor mental, chegando a negar a relação entre o a dor física e seu sofrimento psicológico. Para ela, devemos nos manter atentos às solicitações de liberação de sintomas psicológicos, pois se trata de um paradoxo, já que “esses sintomas constituem tentativas infantis de cura de si mesmo e foram inventados como solução para a dor mental insuportável [...] os sintomas desta natureza constituem técnicas de sobrevivência psíquica” (op. cit: 9)

Essas defesas, constituídas num período extremamente precoce, visam criar um espaço de separação entre o indivíduo e a mãe que, por dificuldades internas, não consegue entrar em contato com aquilo que o bebê comunica em termos sensório-afetivos. Os cuidados maternos iniciais funcionam como tela protetora contra estímulos transbordantes. As perturbações na relação mãe-bebê podem levar a rupturas nos fenômenos transicionais, fundamentais para a internalização da função maternante.

Quando, por alguma razão inconsciente, a mãe não consegue escutar as necessidades do bebê, “este é freado em sua tentativa de construir lentamente dentro de si mesmo a representação de um ambiente maternante que cuida e alivia” (MCDUGALL, 2000: 67). O *holding* materno inicialmente deve funcionar como um continente, tornando propícia a atividade de pensar, viável

quando o continente se transforma em conteúdo (ZORNIG, 2009: 35), sustentação fundamental para que o sujeito possa futuramente cuidar de si. Sem a internalização dessa função há, para McDougall (op. cit), um risco de explosões somáticas.

D’Alvia, por sua vez, sustenta que esses pacientes estão no campo da problemática narcísica. Suas desordens orgânicas são prevalentes, devido a relações precoces disfuncionais, tendendo para o excesso. Segundo argumenta, houve uma alteração da função parental fundada numa hiper presença da função materna, não permitindo a instauração da ausência, fundamental para a estruturação da capacidade representativa. Como afirma D’Alvia (1994:145):

“ O vínculo primário foi realizado como um exercício intelectual desconectado e carente de empatia para decodificar as necessidades da criança. Foi lidando-se com o bebê, com ações baseadas num “trabalho de mãe”; cuidados ritualizados segundo o ritmo materno, sem poder levar em conta as necessidades e as características próprias da criança. Foi estabelecendo-se um desencontro entre o ritmo pulsional do lactante e a freqüência super exigente de uma conduta materna que ultrapassa as possibilidades adaptativas da criança. Estas exigências elevadas teriam um valor traumatizante, isto é, superariam a capacidade defensiva do bebê, gerando-se um transbordamento tensional, com alterações na distribuição de cargas no psiquismo (alterações na economia narcísica).”

Os acontecimentos traumáticos precoces, assim, acabam por desorganizar o psiquismo, determinando a presença de um vazio psíquico, tendo como consequência as alterações nos processos de pensamento, na atividade fantasmática e dos afetos.

Nestes quadros, as relações parentais acontecem quase que de maneira exclusiva com o filho, visando realimentar as exigências de satisfação grandiosas, segundo a perfeição de ideais narcisistas. Há uma “superpresença sobre-adaptadora”, atuando de modo extremamente exigente e controlador e com visível déficit na decodificação das necessidades tanto físicas como emocionais da criança. Observamos ainda com D’Alvia que, nestes casos, há uma contradição entre um excesso de cuidado manifesto e uma intolerância e hostilidade latente. São pais que têm dificuldades de discriminar seus filhos como sujeitos separados, de forma que há falhas na diferenciação e na distância do objeto, visíveis através

da pouca capacidade para investir em objetos discriminados. Eles “necessitam imperiosamente que seus filhos respondam com uma excessiva adaptação ao meio e cumpram à perfeição o que deles se espera”.

Neste tipo de conformação familiar há pouco espaço para a dor mental, gerando na criança uma pobreza tanto nos registros corporais como afetivos, com a presença de “déficits estruturais na imagem corporal que se traduzem em alterações nos canais expressivos de descarga. Todo sentimento de frustração tende a ser evacuado e rejeitado de imediato” (:146). A criança, nesse contexto, tem uma intolerância à separação do objeto idealizado, assim como uma pobreza na capacidade para estabelecer vínculos estáveis.

### 3.5

#### **Adoecimento psicossomático: falhas de pensamento ou zonas de fragilidade?**

Como já observamos, dentre os autores que problematizam o adoecimento psicossomático encontramos diversas perspectivas. Christophe Dejours (1998), por exemplo, ao tratar deste tema, afirma não concordar que a somatização é somente efeito de um acontecimento psíquico, pois essa visão parte da aceitação do dualismo psique e soma.

Dialogando e questionando a visão clássica dos transtornos psicossomáticos, sobretudo do psicossomatista Pierre Marty, Dejours vai defender que em qualquer estrutura pode haver somatização, mesmo nas neuroses e psicoses “bem mentalizadas”. Isto porque, segundo ele, uma das bases fundamentais da teoria deste autor é a existência de uma regularidade entre a estrutura de personalidade e a forma de descompensação psicossomática, o que sugere uma certa previsibilidade. Nesse sentido, ele questiona se, de fato, um bom funcionamento psíquico poderia proteger o sujeito de uma descompensação somática.

Para se contrapor a essa teoria, o autor traz um caso clínico, em análise há muitos anos. Em termos de *mentalização*, segundo Dejours, o paciente tinha um ótimo funcionamento psíquico, com produções oníricas, retorno do recalado, o que supostamente protegeria o sujeito de descompensações somáticas. O paciente era médico e sempre assíduo às sessões até que uma falta inexplicável chamou a atenção do autor. Na semana seguinte, Dejours (1998:40) descobre que o paciente está internado numa UTI com hemorragia fruto de uma “crise de retocolite hemorrágica”.

O autor descobre, depois, que anteriormente o pai de seu paciente havia sido internado com o mesmo quadro. Ao ajudar a curar o pai, é o filho que descompensa. Tal exemplo clínico leva o autor a colocar em pauta a dimensão da alteridade na etiologia do adoecimento psicossomático. Há uma lógica que escapa ao discurso, que ainda não pode ser dita. Nesse sentido, o adoecimento talvez tenha algo a nos contar em termos relacionais. O autor deixa claro que não se trata de um sintoma conversivo ou da ordem do retorno do recalado, como ocorre na histeria. A nosso ver, há uma *narrativa a ser construída* para dar sentido ao que só pôde aparecer via corpo. Nas palavras de Dejours (op. cit: 42):

“[...] o sintoma somático poderia ter um significado, que seria justamente ligado à dinâmica intersubjetiva. Se o sintoma psicossomático pode ter um significado (o que estava em jogo durante a somatização), se formos capazes de analisar o que se passava naquela relação, seja com o outro, seja como analista na transferência, eu poderia então compreender o sentido do sintoma.”

Avançando em seu argumento, Dejours critica o solipsismo de Marty, pois entende que o autor, assim como em certa medida Freud, analisa o funcionamento psíquico em função do intrapsíquico, sem considerar o externo, a relação com o outro. Este autor faria um uso um pouco livre demais da biologia, quase como se quisesse fundar uma “mitologia do biológico”. Defendendo que um bom funcionamento também pode sofrer com descompensações somáticas, Dejours sustenta é o encontro com o outro pode ser perigoso e podemos falhar neste encontro. No seu ponto de vista, o sintoma somático é endereçado a um outro. É

por alguém que se adocece, mas diante de um impasse psíquico que se coloca numa relação esse outro estranho ao sujeito.

Dejours entende que Marty usa como pontos de referência os mecanismos de defesa, de forma que o corpo erógeno é mero cenário. Ressaltando que há uma construção do corpo representado, o autor destaca que esta construção depende da capacidade de brincar dos pais com o corpo da criança. Segundo entende, nem sempre os pais conseguem brincar com este corpo. Por vezes brincam com algumas partes, negligenciando outras que lhes gerariam angústia. Com efeito, há partes do corpo nas quais a subversão do corpo fisiológico em corpo erógeno não pode se completar, funcionando como zonas excluídas da relação com o outro. Assim, a doença somática não se localiza em qualquer parte do corpo, mas em zonas de fragilidade: zonas forcluídas da subversão libidinal. Como afirma:

“Na relação com o outro eu mobilizo não apenas pensamentos, ideias e desejos, mas também o meu corpo para expressar este pensamento e este desejo. De certa forma, eu mobilizo o corpo a serviço da significação. A significação não é o sentido, mas o fato de fazer, de transmitir o sentido. Quando eu busco expressar alguma coisa a alguém, eu busco não somente passar uma informação, [...] mas eu busco agir sobre o outro, movê-lo, seduzi-lo ou amedrontá-lo, ou talvez, adormecê-lo e, para isso, eu mobilizo todo o meu corpo, tudo aquilo que posso mobilizar de meu corpo. Esse corpo é o corpo erógeno. As partes que são forcluídas da subversão não podem servir à expressão” (DEJOURS, 1998: 46).

O autor, ao questionar a posição assumida pela Escola de Psicossomática de Paris, aproxima a somatização da passagem ao ato, afirmando que não importa em que organização psíquica, é possível haver os dois, pois que no segundo caso há zonas de fragilidade que teriam escapado da subversão libidinal. É nestas zonas que a doença psicossomática se instala.

Ao lançar mão da noção de subversão libidinal, ele joga os holofotes para a dimensão intersubjetiva do sintoma psicossomático. Em contraposição a Marty, o autor entende que o sintoma somático, apesar de não ser da ordem de uma conversão ou do recalque, poderia ter um significado ligado à dinâmica intersubjetiva. Em suas palavras:

“Nada é mais perigoso do que encontrar alguém, encontra-lo verdadeiramente, em particular no amor [...] o sintoma somático é endereçado a um outro: eu adoço *por* alguém. A crise somática acontece no âmbito de uma relação com o outro, quando esta relação me coloca num impasse psíquico” ( DEJOURS, 1998: 41).

É interessante observar como este autor enriquece a reflexão sobre o sintoma psicossomático propondo, em contraposição a afirmação freudiana de 1914, que o encontro amoroso pode ser propiciador de impasses psíquicos e adoecimento. Chamando a atenção para o papel central dos cuidados precoces para a erotização do corpo, ele defende que as zonas que adoecem são zonas que não puderam ser devidamente erotizadas, permanecendo vulneráveis à eclosão do sintoma psicossomático. Nesse sentido, é viável supor que o sintoma somático implica uma alteridade, na medida em que se reporta a zonas a serem libidinizadas, que podem vir a entrar numa relação prazerosa com o outro.

Parece-nos que este posicionamento é um contraponto da vertente que defende um tipo de organização psíquica específica dos pacientes psicossomáticos. Essa perspectiva nos permite avançar na compreensão do fenômeno psicossomático, como uma problemática que não se restringe a apenas uma forma de funcionamento psíquico, como o operatório, bem como não se trata apenas de uma ausência ou falência de alguns mecanismos psíquicos fundamentais para a elaboração, tal como defendem os autores clássicos deste campo.

Sabemos que no campo psicanalítico não há como determinarmos como as vivências traumáticas precoces vão repercutir na vida adulta. Trabalhamos com o *a posteriori*. No entanto, não podemos negligenciar o fato de que o ambiente inicial tem grande importância na constituição psíquica. Apostar na possibilidade do sintoma psicossomático ganhar um sentido é o grande desafio da nossa prática. Passamos a discutir esse aspecto no próximo capítulo.

#### 4.

### **Corpo nos primórdios: a origem da capacidade narrativa**

O texto freudiano, ao abordar os fenômenos neuróticos e a relação entre o psíquico e somático, pauta-se primeiramente no entendimento de que há uma ancoragem de um corpo erotizado nas funções biológicas, que paulatinamente se desvia da pura necessidade para dar lugar à busca de satisfação. Esta visão concebe uma dimensão quantitativa do plano somático, de impulsos pulsionais que precisam ser regulados, para que o desprazer vivido por esta estimulação não ultrapasse o limite do tolerável.

Laplanche (1988), comentando a obra freudiana, procura integrar a perspectiva econômica com a relacional, ressaltando o lugar da sexualidade como fundadora da dimensão humana. Despertada nos primeiros contatos prazerosos entre mãe e bebê, ela vem carregada de aspectos não elaborados da própria sexualidade materna. São mensagens enigmáticas que, por um lado, fundam o aparelho psíquico a partir da implantação do sexual no corpo e, paradoxalmente, o “atacam” do interior, promovendo um constante trabalho psíquico de tradução das intensidades pulsionais. Esta dimensão tradutiva é um processo contínuo que não cessa, já que a pulsão é constante, sempre em busca de satisfação.

Ao caracterizar as zonas erógenas como “zonas de passagem” que solicitam os cuidados do adulto (LAPLANCHE, 1997) o autor reitera a dimensão constitutiva da alteridade, entendendo que o corpo é um lugar de encontro entre a ternura e a sexualidade. Esta visão contribui para refletirmos sobre a relevância de se levar em consideração a dimensão intersubjetiva nos sintomas somáticos.

Observamos como, ao longo do desenvolvimento da obra freudiana, há a construção de um novo olhar sobre a dimensão corpórea que abarca a visão de um corpo para além do organismo. A introdução do estudo mais aprofundado sobre o Eu, iniciada com o conceito de narcisismo e a necessidade de uma virada teórica que desemboca na segunda teoria pulsional, favorece os estudos pós-freudianos de diversos tipos de organização psíquica para além da neurose, propondo um trabalho analítico com um sujeito cujo corpo não se manifesta exclusivamente em

termos de conversão histérica. Dessa forma, núcleos de funcionamento psicótico que remetem à forma de funcionamento psíquico-corporal mais arcaico, além de organizações psicossomáticas e o estudo sobre a constituição dos limites entre estas duas instâncias, passam a ser considerados.

Contudo, tomando Pierre Marty como um dos principais expoentes da primeira geração de psicossomáticos da escola francesa, verificamos que seu enfoque se centra na problemática intrapsíquica. Para o autor, o adoecimento é fruto de uma ausência ou impossibilidade de elaboração das intensidades, numa perspectiva contraevolutiva, isto é, segundo Marty, lançar mão do corpo somático diz respeito a uma falha dos processos psíquicos. Este olhar restringe o fenômeno psicossomático a uma forma específica de organização psíquica, cujo pensamento é operatório.

Uma segunda geração de autores que discutem a psicossomática procura rever esta perspectiva, ressaltando o lugar do outro na constituição do psiquismo. Selecionamos neste trabalho Christophe Dejours (1988, 1998, 2003) e Joyce McDougall (2000), que questionam a ausência de sentido do sintoma psicossomático. Ambos deixam claro que estes fenômenos devem ser considerados como conversão histérica e não se restringem a apenas uma forma de organização psíquica. Recuando para um período precoce da vida psíquica, os autores apontam para um sentido dos sintomas psicossomáticos a ser construído, a partir de um outro capaz “ouvir” as comunicações corporais do bebê (MCDUGALL, 2000) e libidinizar seu corpo (DEJOURS, op cit).

Sabemos que, ainda em Freud, principalmente nos textos após a introdução da pulsão de morte, como o *Inibição, sintoma e angústia*, a presença de um outro passa a ser cada vez mais valorizada. A mãe, além de erotizar o corpo do bebê, também é responsável por conter as intensidades pulsionais que o invadem. Tal necessidade de contenção nos remete à dimensão da processualidade inerente ao encontro humano, favorecendo a passagem da pura quantidade de excitação para uma qualidade de trabalho psíquico de elaboração.

Em outras palavras, a mãe tem a função de para-excitação, a alteridade estando na origem do sujeito psíquico. Cabe, assim, nos voltarmos para a reflexão sobre o trabalho do psiquismo materno, que inclui a tradução das intensidades

pulsionais e a nomeação das vivências somáticas do bebê. Nesse contexto, podemos entender que os mecanismos psíquicos têm como pano de fundo a qualidade da relação mãe-bebê. Trata-se de um processo no qual pouco a pouco as sensações e afetos, que têm o corpo como primeiro espaço de expressão, vão dando lugar às palavras. Esse processamento de intensidades, a nosso ver, é a condição de possibilidade para a aquisição da capacidade de pensamento que emerge da criação de uma narrativa co-construída no encontro da criança com o adulto cuidador.

Assim, cabe fazermos uma torção no nosso percurso, a fim de privilegiar a dimensão qualitativa da relação mãe-bebê e um olhar que privilegia a compreensão de que o processo de constituição psíquica é constante e inacabado. Essa visão contribui para pensarmos o sintoma psicossomático para além de sua dimensão patológica. Nesse sentido, dentre os pós-freudianos que se debruçam sobre a discussão do lugar do outro na constituição psíquica, Winnicott merece destaque. Este autor, sobretudo um analítico e amante da clínica, com sua originalidade de pensamento, produziu novos efeitos de sentido na psicanálise (GRANÃ, 2007).

Apesar de ter manifestado uma atitude mais anárquica ou ambivalente frente ao pensamento freudiano - como sua oposição ao conceito de pulsão de morte -, Winnicott foi, nas palavras de Granã (op. cit), “criativamente” freudiano, introduzindo uma ruptura epistemológica no paradigma neurótico e inaugurando uma psicanálise “não edípica” e “não pulsional”. Tendo como principal interlocutor a psicanálise tradicional – Freud, Klein – Winnicott defende que os fundamentos de uma boa saúde encontram-se no princípio da vida e não estão necessariamente consoantes com uma ausência de doença.

Ao introduzir a discussão que propõe pensar os primórdios da constituição psíquica para além/aquém da dimensão pulsional, ele sustenta que só se pode falar em pulsão a partir da emergência de um Eu como entidade que integra as experiências sensório-corporais. Como afirma: “não faz sentido usar a palavra ‘id’ para fenômenos que não são registrados, catalogados, vivenciados e eventualmente interpretados pelo funcionamento do ego” (WINNICOTT, 1983[1962]: 55).

Seu ponto de vista parte da compreensão de que no cerne da constituição do psiquismo está o processo de integração do eu, seguindo um percurso não linear, mas oscilatório, favorecendo gradualmente a experiência de unidade (WINNICOTT, 2000 [1945]). Segundo sustenta, o outro com seu olhar, com sua disponibilidade para atender as necessidades prementes do bebê, fornece as condições que possibilitam à criança experimentar um sentimento de continuidade de existência. A partir das vivências corporais arcaicas de unidade, torna-se viável a constituição gradativa de um *self* capaz de metabolizar as experiências sensório-corporais e transformá-las em pensamento.

Nesse sentido, as vivências mais básicas são corporais, no contexto da relação com um outro que, por meio do cuidado continuado, integra e reúne as experiências fragmentadas do bebê. As vivências de *self*, de si mesmo, propiciadas através desse encontro, são fundamentos que possibilitam a apropriação das funções corporais e a emergência de uma unidade egóica.

Assim, levando em conta a importância da dimensão corpórea no pensamento de Winnicott, consideramos pertinente abordar a problemática da saúde não apenas em termos de ausência de doença, mas como experiência integrada de si, que permita ao sujeito habitar o seu corpo.

Vale observar que o autor chega a apontar para uma certa positividade da doença psicossomática, na medida em que esta é uma defesa contra a despersonalização. Em suas palavras, esta é uma forma de insistência da interação psique-soma (WINNICOTT, 1962). Uma integração que não está lá, *a priori*, pois se trata de uma conquista que pode ou não se realizar. O corpo torna-se soma reunido pelo olhar, assim como pelo toque materno. Como veremos, esta é chave para entendermos porque, segundo Winnicott, mesmo na saúde há um risco de perda da unidade psicossomática.

## 4.1

### Habitando o corpo

No contexto do movimento psicanalítico, Winnicott durante muito tempo foi considerado um autor menos importante, devido a sua forma de escrever pouco acadêmica e não sistemática. Entretanto, a releitura de seu trabalho no cenário clínico atual permite reconhecer a importância da sua compreensão sobre os fenômenos psíquicos para além de uma perspectiva representacional, visto sua abertura para a reflexão clínica sobre uma dimensão corpórea constitutiva e a compreensão de que a experiência psicossomática é parte integrante da vida psíquica, mesmo na idade adulta.

Num período no qual a psicanálise estava mais voltada para os processos intrapsíquicos, Winnicott procurava valorizar o lugar do meio ambiente na formação da subjetividade. Raramente referindo-se a seus interlocutores, aos poucos suas noções se impuseram como uma maneira muito singular de extrair consequências de situações clínicas e pessoais. Ao adotar o pressuposto relacional, o autor acaba por afastar o processo de subjetivação das pré-determinações etárias, diagnósticas ou desenvolvimentistas (IZHAKI, 2007).

O conceito de *holding* reflete bem a proposta do autor de conceber o encontro corporal com a mãe em termos de uma qualidade de relação. Ligado a um processo contínuo, esta noção é compreendida como um estado psicofísico de sentir-se segurado, contido, reunido nas mãos da mãe. Diferentemente da perspectiva laplancheana, que sustenta que há sempre um outro que “invade” o bebê com suas mensagens enigmáticas (LAPLANCHE 1988), para Winnicott uma das funções do *holding* materno é proteger o bebê da alteridade implacável, num momento no qual a consciência do “não eu” é insuportável e perturbadora para a continuidade de ser do bebê.

Como pediatra, o autor defende um processo de desenvolvimento emocional, calcado na qualidade de relação do bebê com seu ambiente. Esse processo contínuo de interação do indivíduo imprime a compreensão pessoal winnicottiana de que há uma processualidade inacabada, inerente à vida humana, cuja separação entre sujeito / meio e corpo e mente não é totalmente completa. Há

um caminho que leva de uma dependência absoluta aos cuidados do outro a uma dependência relativa. Mas o caráter humano faz dele um sujeito em relação e co-dependência tanto com o outro quanto com seu corpo.

Nesse sentido, o sujeito e mundo externo se entrecruzam no processo de constituição recíproca, num movimento contínuo que abarca tanto formas estáveis como um plano transitório (BEZERRA JR, 2007). Para o autor, o Eu é “parte da personalidade que tende, sob condições favoráveis, a se integrar em uma unidade”. Essas condições implicam uma presença materna suficientemente estável e asseguradora. Portanto, o Eu winnicotiano é definido como uma entidade que cataloga as experiências do *self*, emergindo a partir da integração de experiências primitivas do *self* que passam pelo corpo. De fato, ele só aparece quando a criança passa a usar o intelecto “para examinar o que os demais veem, sentem ou ouvem e o que pensam quando se encontram com esse corpo infantil” (WINNICOTT, 1983 [1962]: 55).

Primeiramente, como bem ressalta o autor, devemos nos voltar para o estudo das condições de possibilidade para a constituição de um Eu forte ou frágil, antes de problematizar a vida pulsional do bebê. Como afirma:

“[...] um ambiente suficientemente bom na fase mais primitiva capacita o bebê a começar a existir, a ter experiências, a construir um ego pessoal, a dominar os instintos e a defrontar-se com todas as dificuldades inerentes à vida. Tudo isso é sentido como real pelo bebê que se torna capaz de ter um eu [*self*]” (WINNICOTT, 2000 [1956]: 404).

A mãe não deve aparecer como alteridade num primeiro momento, pois somente gradativamente ela vai desiludindo o bebê de forma que ele tenha meios próprios para poder suportar as exigências internas e externas. A vulnerabilidade inicial em termos de dependência absoluta do outro cuidador implica uma necessidade de garantia da manutenção do equilíbrio psicossomático no bebê. Como esclarece Ogden (2005:123):

“[...] o *holding* mais precoce da mãe envolve sua participação na sensação de tempo do bebê, deste modo transformando para ele o impacto da alteridade do tempo e criando em seu lugar a ilusão de um mundo no qual o tempo é medido

quase totalmente nos termos de ritmos físicos e psicológicos do bebê. Esses ritmos incluem os ritmos de sua necessidade sono e vigília, de sua necessidade de envolvimento com outrem e de sua necessidade de isolamento, os ritmos de fome e saciedade, os ritmos de respiração e batimentos cardíacos”.

Zornig chama atenção que o *holding* (sustentação) “traz em seu bojo a relação do ser no tempo, já que são os cuidados maternos que protegem e garantem o continuar a ser do bebê” (2010: 18). A ritmicidade dos cuidados, baseados primeiramente nas satisfações das necessidades corporais, favorece uma experiência de ser, calcada em elementos motores e sensoriais que gradativamente vão ganhando “corpo”, fruto de um contorno que se estabelece a partir dos cuidados maternos.

Avançando nessa reflexão, Winnicott sustenta que a existência humana é psicossomática, isto é, psique e soma estão interligados, apesar de serem elementos distintos. Chama atenção como o autor trabalha com um dualismo entre o corpo e a psique de forma original, já que para ele ambos não são opostos entre si. Para ele há, sim, diferença operacional (DIAS, 2003) entre as funções corpóreas e as funções psíquicas, a mente sendo uma ordem à parte dessa interação. Como nos indica Bonamino:

“*A instalação da psique no soma* é a base deste processo de personalização que se realiza nos primeiros meses, nas primeiras semanas de vida, facilitada pelos cuidados maternos. É um processo que não pode ser considerado implícito e que a genialidade da obra de Winnicott, justamente neste caso, ajuda-nos a compreender melhor o fundamento da existência do indivíduo no próprio corpo, e o surgimento da individualidade.” (2011: 265)

Esse momento pré-reflexivo e pré-verbal tem no corpo a ancoragem para o estabelecimento das trocas entre o indivíduo e o ambiente. O mundo é experimentado e conhecido primeiramente no corpo, enquanto lugar fundamental de encontro e interação com o outro, cuja vitalidade reside num sentimento de realidade corpórea. A autora brasileira Elsa Dias, ao comentar a obra de Winnicott, esclarece bem essa paradoxal relação de unidade/ distinção entre corpo e psiquismo. Como afirma:

“[...] o soma é o corpo vivo, que vai sendo personalizado à medida que é elaborado imaginativamente pela psique. Esse corpo é físico, sem dúvida, mas

não meramente fisiológico ou anatômico [...] O corpo vivo é um aspecto do “estar vivo” individual; da vitalidade deste como pessoa, fazem parte intrínseca a respiração, a temperatura, a motilidade, além da vitalidade dos tecidos” (2003: 104 [grifo da autora]).

No pensamento do analista inglês, a psique é fruto da “elaboração imaginária dos elementos, sentimentos e funções somáticas, ou seja, da vitalidade física” (WINNICOTT, 2000[1949]: 333). Segundo argumenta, gradualmente os aspectos psíquicos e somáticos do indivíduo vão se interligando até a aquisição de uma unidade que possibilita a constituição de limites entre interior e exterior. Ao longo do processo de amadurecimento emocional, a psique se desenvolve “em funções cada vez mais avançadas, que incluem todas as operações mentais que podem ser abrangidas pelos vários significados da palavra pensar.” A mente é, assim, na teoria winnicottiana, apenas um modo especializado de funcionamento psicossomático (DIAS, 2003:105).

Cabe destacar que quando o autor fala de elaboração imaginativa, não se trata de fantasia, pois que esta função é uma aquisição posterior, incluindo a constituição da memória temporal. Referindo-se a uma função psíquica primária, a elaboração imaginativa das funções corpóreas é, segundo o autor, a base necessária para o advento da capacidade de fantasiar. Como considera, este primeiro tipo de elaboração não inclui imagens ou figurações, pois situa-se no registro do não verbalizado, dos elementos afetivo-sensoriais.

Quando tudo vai bem, em termos de cuidados ambientais, as funções corporais poderão ser organizadas e articuladas pelo ego resultando numa experiência de unidade do Eu. A elaboração imaginativa não cessa nunca, mas vai se complexificando ao longo do amadurecimento emocional, fazendo parte da função de organização, fundamental para a experiência de integração. Graças a ela, as experiências instintuais poderão ser reunidas, lembrando que para Winnicott só tem sentido falarmos de experiências instintuais quando há um ego que possa organizá-las. Retomando a noção de um Eu emergente da experiência corporal, o autor reforça a necessidade de um ambiente facilitador: à medida que o bebê pôde receber cuidados maternos se estabelecem os fundamentos para a experiência de integração.

Assim, é plausível sua afirmação de que a saúde não é a ausência de doenças, mas a conquista da integração. Como veremos, a saúde abarca a identidade com o corpo, um relacionamento próximo e íntimo com ele. Ao propor uma forma original de se entender a saúde, o autor abre a possibilidade de se pensar nas dificuldades que o bebê pode encontrar no estabelecimento de uma relação psicossomática e a constante ameaça de rompimento desta interação.

Se em Freud o Eu é consequência da projeção mental da superfície do corpo (DIAS, 2003), o eu corpóreo winnicottiano é fruto de uma elaboração imaginativa, experiência de um corpo inteiro, constituído por meio da gradual distinção entre eu e não eu. A constituição inicial do Eu é silenciosa. Um ambiente adequado, suficientemente bom, é condição de possibilidade para a emergência de uma unidade psicossomática.

No que se refere à compreensão do autor sobre uma vida saudável, em seu texto “Provisão para a criança na saúde e na crise”, o autor esclarece que seu enfoque se volta para a saúde mental, cujos fundamentos residem nos cuidados da primeira infância, principalmente nos corporais. A saúde mental da criança é possibilitada pela mãe enquanto esta se preocupa (*concern*, sente concernimento) com a criação de seus filhos, num tipo de cuidado que possibilita a continuidade do crescimento emocional.

Seguindo seu raciocínio, a saúde tem estreita ligação com o amadurecimento emocional: estar de acordo com a idade do indivíduo só é possível quando há um ambiente suficientemente bom, promovendo as forças no sentido da vida, da integração da personalidade e da independência. Saúde mental é, então, sinônimo de maturidade. Cabe observar que essa perspectiva amplia a noção de saúde, ao postular que uma vida saudável está relacionada à capacidade de ter experiências enriquecedoras e de qualidade. Nesse sentido, trata-se de prover não apenas a criança, mas a criança dentro do adulto que toma parte da atividade de prover (WINNICOTT, 1962a).

O autor usa uma imagem bem interessante para esclarecer o que entende como um cuidado precoce adequado. Segundo descreve, é como uma piscina que abastecemos com todos os acessórios necessários. Nesse “mergulho” no qual o ambiente circundante ainda é sem contorno e sem limites bem definidos entre o que é do bebê e o que vem do outro, a mãe em seu cuidar dá banho e o provê com aquilo que satisfaz sua necessidade de movimento e expressão corporal, assim

como com experiências musculares e cutâneas que produzem satisfação. Vale destacar que “a provisão facilita a tendência inata da criança de habitar o corpo e apreciar as funções dele, e de aceitar a limitação que a pele acarreta, como membrana limitante, separando o eu do não eu” (Winnicott, 1983 [1962a]: 66 [grifo nosso]). O autor se refere a uma “preocupação despreocupada”, espontânea e não intelectualizada. Trata-se de poder responder se identificando e entendendo a necessidade do bebê de ser segurado no colo, ser acariciado e alimentado de modo sensato, sem excessos.

Se, no início da vida, a personalidade não está integrada, são os cuidados corporais continuados que vão reunindo os pedaços fragmentados do bebê. O processo de integração do eu segue um percurso oscilatório que, se tudo correr bem, desemboca numa vivência de unidade. Aos poucos, a tendência inata à integração no tempo e no espaço vai se consolidando no bebê, numa integração que se origina de elementos sensoriais e motores, a partir dos quais é construída uma rudimentar elaboração imaginária do funcionamento do próprio corpo. A elaboração imaginativa das funções corpóreas de todos os tipos cria as bases para o armazenamento e a reunião das memórias dessas experiências.

Um novo ser humano, então, começa a existir com experiências que podem ser consideradas pessoais. Passa a prevalecer o estado do ser que emerge do *não ser* (DIAS, 2003). Mas há um risco envolvido nesse processo. A ausência da mãe pode perturbar o sentimento de existência da criança. Se a incipiente memória de sua presença se perder, a sensação de aniquilamento toma o bebê, rompendo a continuidade pessoal de sua existência e deixando-o à mercê de ansiedades inimagináveis, tais como a desintegração, o cair para sempre, a falta de conexão com o próprio corpo e a falta de orientação (WINNICOTT, 1962).

Num primeiro momento, a mãe se apresenta em termos de mãe ambiente, cujo cuidar se revela em partes: expressões de rosto, sons, cheiros, que ao poucos vão sendo reunidos. Durante o cuidar, emergem pequenas marcações de tempo, ligadas às experiências sensoriais, como o respirar materno e do bebê e as alternâncias entre os estados de movimento e quietude. A presença deve ser uma constante, já que como afirma o autor:

“[...] a mãe sabe que deve se manter vivaz e fazer o bebê sentir e ouvir sua vivacidade. Sabe que precisa adiar seus próprios impulsos até a época em que a

criança possa utilizar sua existência separada de modo positivo. Sabe que não deve deixar a criança por mais minutos, horas ou dias acima da capacidade da mesma de conservar a lembrança dela vivaz e amiga” (WINNICOTT, 1962a: 68).

A noção de habitar o próprio corpo, apreciando as funções dele e aceitando a limitação que sua pele acarreta, diz respeito, então, ao estabelecimento de um *self*, enquanto “uma unidade que está contida fisicamente na pele do corpo e que está psicologicamente integrada”, momento no qual a mãe torna-se na mente da criança uma imagem coerente, um “objeto total” (WINNICOTT, 1983[1963]: 72). Este desenvolvimento permite que o bebê sinta que há um interior no qual ele habita, organizado por um ego que começa a ser independente da mãe. Esta vivência de um interior implica que o esquema corporal esteja vivo e adquira uma complexidade, uma vida psicossomática.

Vincenzo Bonaninio (2011) entende que esta noção implica ocupar um lugar, um espaço, hospedar-se, acomodar-se, sentir-se bem como se estivesse em casa no próprio corpo. Essa compreensão nos permite postular que noção de saúde winnicottiana passa pela apropriação do corpo próprio e suas sensações. Nesse sentido, como buscaremos aprofundar a seguir, o corpo é um espaço fundamental para a manutenção do equilíbrio psíquico.

Por meio dos primeiros cuidados corporais, a criança vai se integrando no tempo e no espaço, seguindo o ritmo natural de suas necessidades. Podemos dizer que na origem da experiência subjetiva o mundo é corpo. A corporeidade é a espaço essencial da relação do sujeito com o objeto e da constituição de um trânsito entre o mundo interno e externo.

#### 4.1.1

##### **O corpo como morada**

Winnicott, ao discutir o desenvolvimento emocional primitivo, afirma que “quando um ser humano se percebe como uma pessoa relacionada a outras pessoas, um longo caminho já foi percorrido em termos de desenvolvimento primitivo” (2000[1945]: 222). Esse longo caminho inclui a capacidade de se sentir contido pelo seu corpo, delimitado por ele, habitando esse espaço.

Como já apontamos, ao longo do processo de amadurecimento emocional as conquistas como a integração, personalização e a realização ocorrem de forma gradual, com idas e vindas. Elas estão relacionadas ao processo de espacialização do bebê, isto é, a capacidade de habitar o próprio corpo que emerge a partir da qualidade dos cuidados que a criança pôde receber.

O autor britânico introduz a dimensão da processualidade na aquisição da capacidade de pensamento, de forma que no decurso dessa conquista, num primeiro momento, o corpo da mãe, enquanto presença viva, é fundamental para o bebê se sentir reunido dentro de si. Sua primeira morada é, então, o próprio corpo no colo da mãe. Nessa perspectiva, no início, o indivíduo não é uma unidade, mas um conjunto ambiente-indivíduo nos braços da mãe. É necessária a participação ativa de um outro que agrupe o corpo ainda vivido como fragmentado do bebê em seus braços, possibilitando o estabelecimento da coesão psicossomática. “Um bebê que não foi reunido pela mãe sente-se espalhado”, nos esclarece Dias (2003: 209).

Ao sentir-se seguro e reunido no corpo, o bebê pode entregar-se aos cuidados maternos sem precisar reagir, o que comprometeria sua vivência de continuidade. Desse modo, criam-se as condições para que a psique possa realizar o trabalho de elaboração imaginativa das funções corpóreas:

“Aos poucos, o corpo torna-se soma e vai sendo estabelecida uma íntima conexão de complexidade crescente entre soma e a psique, tornando real o caráter potencialmente psicossomático da existência. A psique passa a habitar no corpo, tornando-se sua morada” (DIAS, 2003: 209).

A noção de corpo como morada se refere a um estágio de amadurecimento emocional no qual a criança já se percebe como uma pessoa inteira e distinta da mãe, vivendo dentro de um corpo, com um interior (eu) e um exterior (não eu), ambos separados pela pele. Nesse estágio, ela já sente que tem onde estocar suas coisas, de forma que, em sua fantasia, a realidade pessoal está localizada no seu interior (WINNICOTT, 2000 [1963a]).

A pele, como envoltório e principal demarcador dos limites corporais, é fundamental nesse momento. Aprofundando o que foi apontado por Freud no *Ego e o Id* e retomando algumas direções apontadas por Winnicott, Didier Anzieu (1989: 27) afirma que as “sensações cutâneas introduzem as crianças da espécie

humana, mesmo antes do nascimento, em um universo de grande riqueza e de grande complexidade”, dando origem ao sistema percepção-consciência.

Para esse importante teórico dos primórdios da constituição psíquica, esse invólucro viabiliza o sentimento de existência e a formação de um espaço psíquico originário. Transformando o organismo em um sistema sensível capaz de experimentar diversos tipos de sensações, a pele é protótipo e base de referência onde ocorrem as primeiras trocas de sinais com o meio.

A pele, como superfície, é lugar de encontro, troca e delimitação. Envolvido por todos os lados num abraço vivo, com um ritmo e temperatura próprios, o bebê experimenta seu corpo em contato com o corpo da mãe. Desse modo, ele se percebe encerrado dentro de um espaço corpóreo. Por meio das primeiras experiências, a criança vai se apropriando de seu corpo, primeiramente por curtos espaços de tempo, depois por períodos mais duradouros. De fato, essa associação psicossomática permite que a criança possa sentir-se viva, real, com peso, gravidade. É um momento no qual o funcionamento corporal está estritamente vinculado ao modo do bebê ser - é a própria realidade de si mesmo.

Por outro lado, é interessante observar como em Winnicott a percepção de si enquanto unidade distinta encontra-se estritamente vinculada com o gradual reconhecimento de que há alguém que cuida, há um outro do qual dependemos. Logo, com o tempo, o bebê vai juntando os diferentes pedaços desse cuidar – como os rostos, os sons, os cheiros – transformando-os num único ser: a mãe. Para este autor, o estado psicótico de não integração remete a um estágio primitivo de desenvolvimento emocional, um momento precoce no qual a conquista de uma unidade espaço-tempo ainda não havia ocorrido.

Segundo defende:

“[...] na saúde, o indivíduo encontra-se sempre integrado, vivendo dentro do próprio corpo e sentindo que o mundo é real. No entanto, muito do que chamamos de sanidade é, de fato, um sintoma, carregando dentro de si o medo ou a negação da loucura, o medo ou a negação da capacidade inata de todo indivíduo de estar não integrado, despersonalizado e sentindo que o mundo não é real” (WINNICOTT, 2000 [1945]: 225).

Assim, nos parece extremamente inovadora a visão winnicottiana sobre a saúde, na medida em que introduz uma perspectiva de processualidade, de um

trabalho psicossomático que nunca cessa de se realizar. No decurso do amadurecimento emocional, a psique vai se assentando no corpo. Porém – e esse é o grande paradoxo da concepção winnicottiana – mesmo em adultos que podem ser considerados como saudáveis e muito bem integrados, essa aquisição pode ser perdida devido ao esgotamento, à falta de sono ou em razão das ansiedades vinculadas a estágios anteriores de desenvolvimento. Avançando nesse ponto, Bonaminio ressalta que:

“Os distúrbios psicossomáticos são determinados por muitos fatores, mas aquele geralmente omitido é talvez o mais importante. É comum assistirmos a uma discussão sobre a psicologia de um distúrbio psicossomático sem que se faça menção alguma ao valor positivo que existe para o paciente na vinculação entre algum aspecto da psique a alguma parte do corpo. Existem ansiedades psicóticas subjacentes às perturbações psicossomáticas, ainda que, em muitos casos, em níveis mais superficiais, possam ser percebidos claramente os fatores hipocondríacos ou neuróticos” (op. cit: 274).

Desse modo, Winnicott parece ir além da intensa rede de mecanismos mentais da psicanálise clássica, defendendo que nós, adultos, independente da organização psíquica, devemos muito mais às experiências corporais precoces do que gostaríamos de admitir. O corpo é a nossa morada. A partir da integração psicossomática podemos ter acesso a experiências ricas e pessoais, a uma consistente experiência de si. Como o Eu winnicottiano é sobretudo expressão de uma continuidade do ser, há sempre uma “busca criativa de um sentido para a experiência do viver” (BEZERRA JR, 2007: 49).

Nesse sentido, podemos extrair da obra winnicottiana que é possível pensar numa potencialidade criativa presente no adoecimento psicossomático, na medida em que este é um retorno à dimensão corporal, arcaica, um reencontro com a forma mais primitiva de comunicação. A importância do registro somático para o funcionamento psíquico nos permite postular que o adoecimento psicossomático, mesmo ameaçando a vida biológica, paradoxalmente é uma forma de sobrevivência psíquica (MCDUGALL, 2000), como vemos adiante.

## 4.2

### O corpo: início e espaço de encontro constitutivo

Na pesquisa psicanalítica contemporânea observamos um retorno ao estudo da dimensão arcaica, cuja problemática não gira em torno de conflitos sexuais como no caso das neuroses, mas da relação do sujeito com o objeto e com seu próprio corpo. Nesse sentido, o estudo em volta da clínica com a primeira infância coloca o corpo num lugar central. Se Freud falava no sonho como representante ou via real de acesso ao consciente, o bebê representa hoje a via real de acesso à simbolização, ao processo de subjetivação da espécie humana (GOLSE 2003: 21). De fato, não há como pensar em psiquismo sem incluir o corpo, lembrando que inicialmente trata-se de um psiquismo corpóreo, cujo registro pictográfico permanecerá ao longo da vida (AULAGNIER, 1979).

A vida psíquica começa com uma experiência corporal, de fusão da mãe com seu bebê formando uma unidade indivisível. Tal vivência constitui a fantasia de que há um mesmo corpo e um só psiquismo para os dois. Inicialmente, só existe uma mãe ambiente, uma “mãe-universo onipotente” integrada ao bebê. Esta é uma fantasia necessária para a constituição subjetiva de todo ser humano. (MCDUGALL, 2000).

Esta indistinção permite que o bebê possa se sentir existindo nos braços da mãe-ambiente. Na primeira infância, a criança precisa ser cuidada, ninada, mantida no calor, sendo chamada pelo nome. Esta vivência vai reunindo os diferentes segmentos da personalidade num período no qual ainda não há uma distinção entre estar integrada no rosto da mãe ou viver no próprio corpo.

Mas para que isso possa ocorrer a mãe, identificada com o bebê que foi outrora, precisa estar disponível de forma atenta, mas “despreocupada”, criando um ambiente calmo e acolhedor que permita que uma boa comunicação, em termos afetivos e sensoriais entre ela e o bebê, possa se consolidar. Como nos chama atenção McDougall (op. cit), as atuais pesquisas no campo das relações precoces reforçam a relevância das primeiras trocas mãe-bebê e têm confirmado

que frequentemente o bebê vai enviar ao adulto sinais sobre seus estados corporais, indicando suas preferências e aversões. Como a autora afirma:

“Tudo aquilo que ameaça destruir a ilusão de indistinção entre o próprio corpo e o corpo materno lança o bebê numa busca desesperada para reencontrar o paraíso perdido intrauterino. Assim, também os gritos do bebê e seus sinais de sofrimento impelem a mãe a responder intuitivamente a essa demanda urgente, trazendo alívio ao seu lactante e recriando essa ilusão do Um: ela emprega seu calor, o ritmo, a proximidade protetora de seu corpo e a música de sua voz para conseguir isso. Por sua capacidade de manter essa ilusão, ela proporciona ao bebê a possibilidade de integrar uma imagem interior essencial do ambiente maternal, que tem por consequência o reconforto ou a simples possibilidade de se entregar tranquilamente ao sono” (op. cit: 34)

Desse encontro suficientemente bom se constitui uma matriz somatopsíquica original, possibilitando uma progressiva diferenciação entre os corpos, fundada na representação de mundo externo em termos de seio materno, além do início do processo de distinção entre os elementos psíquicos e os somáticos no interior da criança. Esse percurso gradual de diferenciação entre psique e soma é chamado de “dessomatização” (op. cit). Naturalmente, o bebê vai introjetando os cuidados maternos, integrando suas experiências e possibilitando que posteriormente ele possa cuidar de si mesmo.

Para a constituição de um Eu integrado e capaz de entrar em contato com o próprio corpo é importante que a mãe possa funcionar como escudo protetor contra os estímulos que vêm tanto de fora como da excitação interna, decodificando as comunicações do bebê e compreendendo suas necessidades alternadas de estímulo ou sossego. Desse modo, gradualmente, o infante vai poder substituir as formas mais primordiais de comunicação corporal por palavras, que permitem que ele possa chamar por ajuda e prescindir da presença física da mãe enquanto presença apaziguadora.

De fato, é por meio do próprio espaço corporal que o mundo se apresenta para o psiquismo ainda em constituição do bebê (AULAGNIER, 1979, 1985), enquanto encontro contínuo que nunca cessa de se impor ao aparelho psíquico, mantendo-se ao longo de toda a vida do sujeito. É um processo inacabado, constante, de metabolização e transformação das experiências corporais em pensamento. O psiquismo infantil só poderá entrar em ação tendo como prótese o

psiquismo materno (AULAGNIER, 1979), por meio dos cuidados no corpo, elemento central da relação primordial mãe-bebê.

Aulagnier recorre à metáfora biológica para propor um aparelho psíquico que emerge do encontro entre as experiências corporais e a linguagem do outro que antecipa as necessidades do bebê. Segundo a autora, o sujeito para se constituir necessita da criação de uma imagem, um “Eu antecipado”. Reconhecendo a importância de um investimento narcísico primeiro para a constituição do psiquismo, ela defende que, para a criação dessa imagem antecipada do Eu, é necessário um pré-investimento não apenas materno, mas do casal parental.

Os diferentes discursos sobre o corpo singular vão introduzindo palavras às vivências e modificações corporais, que o indivíduo poderá com o tempo ler e decodificar. A mãe, segundo Aulagnier (1979, 1985), metaboliza as sensações do bebê, pois em sua função dupla de porta-voz, fala *pelo* e *para* o bebê. Num momento no qual o psiquismo só tem acesso ao campo das intensidades, a autora sustenta que é a palavra do outro que vai dar significação aos afetos que invadem a criança. A mãe, como aquela que cuida cotidianamente do seu bebê, o introduz na cultura, decodificando e contendo seus estados somáticos. Ela manuseia, limpa, fala, brinca com seu filho, colocando em palavras o que consegue compreender das mensagens enviadas pela criança. Parece-nos que a autora desloca o eixo do trabalho tradutivo do psiquismo proposto por Laplanche (1988) do psiquismo incipiente do bebê para a função materna de antecipar suas necessidades, metabolizando as intensidades pulsionais e transformando-as em palavras.

Em outras palavras, a realidade externa mais antiga forma-se a partir do inconsciente materno, responsável pela qualidade de seus cuidados, influenciado pela relação que esta pôde estabelecer com sua mãe e o pai da criança. Estamos no campo pré-simbólico, no qual a mãe vai se encarregar de ser o aparelho de pensar do bebê (MCDOUGALL, 2000).

Como já procuramos apontar, o aparelho psíquico inicialmente está às voltas apenas com o que toca corporalmente em termos sensoriais. Os efeitos somáticos dos estímulos tanto internos como externos, ao serem metabolizados pela mãe, fundam as bases para as formações psíquicas posteriores. Avançando no

entendimento desse processo, Aulagnier (1985) introduz a noção de *corporização* figurativa para esclarecer como ocorre a forma mais primordial de inscrição.

Esta noção se refere a um fundo representativo que dispõe seus materiais ao corpo; devido a esse empréstimo, o corpo mantém ao longo da vida sua participação nos estados afetivos e emocionais que tomam o sujeito. Indo nessa direção, a autora sugere a ideia de uma fonte somática da representação psíquica do mundo (AULAGNIER, 1985), que nos permite entender a relação de figuração mundo-corpo ou pictograma.

Detendo-se um pouco mais neste aspecto, vale esclarecer que para a autora o pictograma se refere a um processo originário, definido como um tipo de representação das experiências anterior ao processo primário e secundário. Ele se processa no corpo e seu intuito é metabolizar as vivências afetivas que tomam o infante. É um tipo de representação que advém de experiências afetivo-corporais.

A partir da noção de pictograma, desenvolvida pela autora, verificamos que as representações mais precoces ocorrem ao nível corporal. No campo sensorial se desenrolam as trocas mais originárias, já que o corpo, sendo o primeiro espaço de relação do adulto com o recém-nascido, é o mediador entre as duas psiques e entre a psique e o mundo. Nele residem os fundamentos da inscrição psíquica.

Dejours (2003), por sua vez, defende que o corpo tem uma dupla dimensão de troca, isto é, um corpo é experimentado ao mesmo tempo que mobiliza o corpo do outro, refletindo fielmente a história das relações entre a criança e seu cuidador. A arquitetura corporal se faz, segundo o autor, a partir da forma com que a infância poderá ser memorizada no adulto. Para ele, não há vida sem um corpo para experimentá-la – o que, do ponto de vista ontológico, é de início a origem e o lugar onde a vida se revela em si mesma.

O autor entende que a vida deve ser considerada como subjetividade absoluta, começando a partir do poder sentir advindo do corpo e seu modo fundamental de padecer, isto é, o sofrimento. Portanto, não há sofrimento sem um corpo. Não há nem angústia, nem prazer sem um corpo para sentir, pois que o sofrimento nada mais é do que um modo radical de revelação da vida. Do corpo

advém a subjetividade. Não se trata de um corpo fisiológico. “É o corpo que habito, o corpo que experimento” (DEJOURS, 2001:155).

O autor retoma as primeiras brincadeiras corporais descritas pelo Freud nos *Três ensaios* para sustentar que o pensamento nasce dos saberes elementares do corpo como, por exemplo, andar, puxar, pegar, gritar etc. É da experiência carnal que emergem os processos psíquicos. Assim, de fato, não há pensamento sem corpo. É preciso, enfatiza Dejours, que haja um corpo habitado afetivamente, um corpo que se sinta, se experimente para poder pensar, já que para os psicanalistas a origem do pensamento não estaria no córtex ou cérebro, mas no corpo inteiro, erótico, em relação com o outro. “Pensar é transformar a experiência afetiva do corpo. Um corpo para pensar os pensamentos” ou uma pele como bem lembra o autor a partir de Didier Anzieu. É a partir da relação desigual com o adulto que o bebê vai descobrir seu corpo e sua afetividade, pois “o lugar essencial do encontro entre a criança e o adulto é no início o corpo: os cuidados do corpo, os jogos do corpo” (DEJOURS, 2001:157).

Entretanto há sempre algo que escapa, provocando um movimento constante de processamento das intensidades somáticas. Este corpo a ser habitado, nos faz pensar nos quadros nos quais uma eclosão psicossomática pode ocorrer nos momentos de crise.

#### 4.2.1

##### **Um corpo “inabitado”: onde o encontro não pôde ocorrer**

Evidentemente, como já apontamos no capítulo anterior, nem sempre a mãe consegue compreender e interpretar as necessidades de seu filho, por estar aprisionada em seus próprios conflitos internos, levando-a a impor suas próprias necessidades em detrimento das do bebê. Esta impossibilidade de “ouvir” as comunicações primitivas que provem do corpo pode levar a dificuldades na idade adulta. O sujeito pode não conseguir entrar em contato com sua própria dor psíquica, mantendo-a de difícil acesso à intervenção analítica por se tratar de um sofrimento da ordem do inominável, das ansiedades primitivas em termos winnicottianos.

A ausência de uma identificação com uma mãe amorosa pode ocasionar um sentimento de que o sujeito não é responsável pelos cuidados com seu corpo. Estamos nos referindo a pacientes que ignoram os sinais de sofrimento corporal, não conseguindo ouvir os sinais de sofrimento psíquico. São sujeitos que tendem a ejetar os afetos dolorosos para manter sua organização mental. (MCDOUGALL, 2000).

Para ilustrar o que estamos tratando, vale lembrar o caso clínico relatado por McDougall (2000). A partir de trechos do atendimento do paciente denominado de Christophe, a autora busca discutir o que compreende como *privação psíquica*, procurando elucidar um tipo de funcionamento mental adquirido precocemente numa relação mãe-bebê que não pôde proporcionar a elaboração interna dos cuidados maternos.

O paciente em questão não era um somatizante grave e sua análise não tinha os sintomas psicossomáticos como ponto central. Observado de fora, sua vida era um sucesso pessoal e profissional: era um universitário, casado e pai de dois filhos. Já tendo feito análise anteriormente por dez anos, em parte bem sucedida, Christophe procura uma nova analista devido à análise anterior ter sido apenas um “trabalho de cabeça”. Isto é, no *setting* analítico predominava o silêncio do analista pautado num tipo de escuta do significante. Tal postura levava o paciente a dizer aquilo que imaginava que o analista esperava ouvir, mas não chegara a trabalhar os elementos mais arcaicos de seu psiquismo.

Assim, mesmo após este longo período de análise, ele permanecia sentindo-se mal com seu corpo. Se por um lado a análise anterior tinha colaborado com as questões profissionais, pessoalmente ele continuava se sentindo confuso e inadequado, além de ter a sensação de que não habitava o próprio corpo, como se não morasse dentro de si.

Sentindo-se muito dependente da mulher e “perplexo” em relação às decisões da vida cotidiana, o paciente se perdia não apenas no seu pensamento, mais em seus projetos, além de frequentemente perder objetos pessoais. Seu “*self corporal*” apresentava uma dificuldade frequente de dormir e uma colopatía sem causa orgânica que raramente se manifestava.

Como a autora procura nos mostrar, sua relação com as figuras primordiais tinha sido difícil, a mãe parecia cindida entre, por um lado, uma figura idealizada, poderosa e inacessível e, por outro, uma “mãe-rejeitadora”, que na idade adulta se

tornara uma mãe persecutória para o próprio paciente. O pai, “representava um papel apagado no mundo interno do indivíduo”, de forma que ele mantinha um sentimento de ter uma ferida indizível, com momentos de “angústia do tipo psicótico” em relação a sua integridade psíquica e corporal levando a uma vulnerabilidade psicossomática (MCDOUGALL, 2000: 56).

Ao falar de uma tuberculose que contraiu aos doze anos de idade, o paciente relembra que era um menino reservado e extremamente apegado à mãe, pois tinha medo que ela não o amasse. Na ocasião desse episódio psicossomático, seu pai sofreu um grave acidente e passou por dificuldades profissionais. O temor da morte do pai, no início de sua puberdade, segundo a autora, contribuiu para sua vulnerabilidade à infecção.

A insônia era um inconveniente. Já pai de dois filhos, o paciente traz pesadelos vinculados ao desejo de sua esposa ter um terceiro filho. A etiologia do sintoma, para a autora, reside em fantasias aterrorizantes que não chegam a se manifestar por meio de sonho, já que o psiquismo não tem palavras para exprimi-las. Inspirada pela escola inglesa de psicanálise, a autora postula a existência de fantasias ligadas a experiências muito precoces, ocorridas antes da aquisição da linguagem verbal. Para trabalhar analiticamente esses conteúdos ela propõe:

“[...] ouvir relatos somáticos ao longo de uma sessão não somente como parte de uma cadeia de associações, mas também como uma comunicação infraverbal com uma significação dinâmica e econômica particular – de qualquer forma, como um sonho que não ocorreu” (op. cit: 58).

Avançando um pouco mais na compreensão dessa problemática, a autora sustenta que quando não há outras formas de escoamento de eventos da ordem do traumático que mobilizam intensamente o sujeito, este pode entrar num estado de *privação psíquica*, de forma que uma representação é “ejetada do consciente” não tendo nenhuma possibilidade de recuperação, seja na forma de um sintoma, seja como uma sublimação. Para preencher o vazio pela falta de palavras, lança mão de “mensagens primitivas, sinais de ordem somato-psíquica, como durante toda a primeira infância” (op. cit: 65).

No caso das somatizações pontuais há, segundo a autora, um retorno de afetos vinculados a angústias primitivas, que não puderam ser integradas. Ao

longo da vida, existem ocasiões que podem ter um impacto traumático como nascimentos, mortes, casamentos e separações, entre outras, de forma que se produzem vivências psíquicas que não apenas são excluídas do consciente como da cadeia de representações, ficando sem compensação. Nesses casos, ocorre um “curto-circuito” dos processos secundários: trata-se de uma repetição do modo infantil de reação. Como a autora procura esclarecer, nestes casos não lidamos com uma simples regressão, mas com elementos que ainda não estiveram ligados à linguagem, são como “objetos estranhos” ou “elementos beta” em termos bionianos. Essa “mensagem primitiva” oriunda do psiquismo se reflete no plano corporal, “seguindo os vestígios contidos *na memória da qual está dotado o funcionamento automático do corpo*” (MCDUGALL, 2000: 66). De fato, a autora entende que qualquer um é capaz de somatizar suas dores mentais quando as defesas habituais falham diante de uma situação de sofrimento.

Logo, o retorno a um tipo de funcionamento precoce que provoca uma eclosão psicossomática pode ocorrer esporadicamente ou não e independe do tipo de organização defensiva, isto é, há vivências que mobilizam os aspectos mais precoces, que não puderam ser integrados e encontram-se vinculados ao tipo de encontro com a mãe que o bebê pôde ter. Nos casos nos quais predominam formas de defesa somáticas, ansiedades muito precoces ligadas ao temor de perder a identidade subjetiva permanecem atuais. Nas palavras da autora:

Quando o inconsciente materno funciona como anteparo que bloqueia a escuta das necessidades do bebê, este é freado em sua tentativa de construir lentamente dentro de si mesmo a representação de um ambiente maternante que cuida e alivia. Do mesmo modo, o bebê será impedido de um dia *identificar-se* com esta “mãe interna”, e essa falta da imago protetora interna persistirá até a idade adulta e pela vida inteira” (MCDUGALL: 2000: 67-68).

Ao darmos destaque ao lugar do outro na constituição psíquica, procuramos chamar atenção para duas condições necessárias para que o bebê possa ter a experiência de corpo unificado: o prazer do contato com a mãe e a nomeação de seu corpo por ela (FERNANDES, 2003a). Sem este encontro “suficientemente bom”, o sujeito tem risco de, na idade adulta, ser tomado por angústias extremamente precoces que permaneceram na ordem do impensável. Como já observamos acima, é necessário um suporte ambiental confiável para que o eu

ainda imaturo do bebê possa ter a experiência de habitar seu corpo. Por meio do encontro “falado” com um outro cuidador, é possível que a criança vá transformando sensações em palavras, possibilitando a construção de uma narrativa sobre seu sofrimento.

Caso essa experiência não seja possível devido às dificuldades do adulto de “ouvir” e acolher as demandas de cuidado do bebê, a criança experimenta ansiedades impensáveis, de forma que o corpo entra em cena como uma testemunha carnal de um tempo arcaico, pré-verbal. Como podemos perceber, estas ansiedades acompanham o sujeito mesmo na idade adulta, já que, como nos aponta primeiramente Winnicott (1983 [1962]), as bases da saúde mental são construídas na primeira infância. Se as ansiedades experimentadas num período precoce de amadurecimento emocional do Eu dizem respeito à ameaça de aniquilamento, o corpo, como registro primordial das vivências precoces, entrará em jogo como um recurso precoce de comunicação.

### 4.3

#### **A constituição narrativa**

Como sustentamos ao longo de nossa pesquisa, somos todos formados por afeto, corpo e linguagem, num encontro entre as primeiras necessidades de cuidado com o investimento e expectativas narcísicas de nossos pais. Se inicialmente o recém-nascido não entende as palavras, sua comunicação com o mundo ocorre através da experiência sensorial e emocional. O adulto cuidador, como aquele que fala, introduz a criança na cultura, narrando e dando sentido as suas experiências, promovendo a possibilidade de pensá-las e integrá-las. De fato, nesse momento, a mãe – ou seu substituto – tem uma dupla-função de porta-voz, como nos mostra Aulagnier (1979, 1985).

Narrar é contar uma história, é transmitir ou comunicar algo de si, mas também algo que se refere ao ambiente que nos cerca. A narratividade como atividade psíquica, fundada sobre o jogo dos processos de ligação (GOLSE, 2003), implica a possibilidade de formar uma teia de sentidos, uma representação

psíquica entendida como uma concepção sobre algo, tendo um lugar no aparelho psíquico, a partir das interações mais precoces.

No caso dos bebês, vemos como eles figuram no próprio corpo as experiências vividas. As atividades proto-simbólicas são as primeiras tentativas de historicização de vivências e afetos. São como um esboço de inscrição narrativa que vai representar um estímulo para os processos de pré-simbolização precoce. Nesse sentido, a narratividade inclui um duplo movimento: os bebês contam sua história a nós e a eles mesmos (GOLSE, 2003).

Considerando as diversas formas de integrar as experiências pelas quais o bebê passa desde seu nascimento, acreditamos que a capacidade narrativa está estritamente vinculada à aquisição de uma experiência de si mesmo. A partir da

repetição de uma narrativa, a serviço da construção de um sentimento de continuidade, cria-se um fio de ligação, propiciando as bases necessárias para o desenvolvimento da capacidade simbólica. No contato do adulto com o bebê se instaura a co-construção de uma história, baseada nas vivências e representações que o adulto tem da própria infância.

Sem dúvida, o bebê chega num mundo que para ele é novo, mas no qual a linguagem e o pensamento já estão presentes. Num primeiro momento, a criança está atravessada apenas por suas necessidades corporais. Aos poucos, a necessidade vai dando lugar ao prazer compartilhado no encontro com o outro cuidador, sedimentando a integração psique-soma.

Para poder se apropriar das faculdades de pensar e elaborar suas experiências, o bebê precisa do corpo, de um ambiente favorável e, é claro, da inscrição numa história. Nesse sentido, a metabolização das vivências corporais passa por um processo de metabolização/tradução, ligando diferentes experiências sensoriais de partes do corpo. Essa dimensão de um processamento continuado cria a possibilidade de traçar um fio condutor entre os diferentes eventos na passagem do tempo. A partir da relação com o adulto, a criança vai gradualmente construindo uma teia narrativa, primeiramente compartilhada, co-construída na relação com o outro.

Vale notar como diversos autores contemporâneos sustentam que desde muito cedo o bebê é capaz de interagir com a mãe e com o meio que o cerca. Bernard Golse (2003, 2004, 2005, 2008), como um representante desta corrente, defende que a narratividade emerge precocemente, na interação com o outro cuidador. Este autor se refere a um tipo de contato que implica um prazer compartilhado, um brincar junto, no qual o bebê vive o clima emocional envolvido na relação com o adulto. Sob esse aspecto, destaca que o prazer do adulto ao narrar as vivências do bebê é fundamental para que se instaure o espaço de narração.

Este autor defende a importância do estudo dos períodos mais arcaicos do desenvolvimento. Em seu livro *Sobre a psicanálise pais-bebê: narratividade, filiação e transmissão* afirma que o bebê é um historiador, narrando para si mesmo e para o outro suas vivências. São narrações que têm no corpo seu espaço primordial de expressão. Segundo esclarece, as primeiras narrações corporais estão no registro de um “só depois” imediato, possível apenas no jogo de presença/ausência da mãe. Vale lembrar que as ligações entre as experiências tão precoces têm por base o sentimento de continuidade do qual tanto nos fala Winnicott, de maneira que é o sentimento de ser o mesmo, ao longo do tempo, que viabiliza a instauração da narratividade. Como bem afirma Golse (2003:70-71):

“[...] o papel do meio ambiente é essencial na emergência progressiva, na criança, de uma capacidade própria à ligação e à narratividade, na medida em que o bebê deverá se apropriar dessa capacidade que primeiramente lhe foi oferecida, se tudo se passa bem, através das modalidades de funcionamento psíquico de sua mãe. Trata-se, portanto, para o bebê de interiorizar uma mãe não somente continente e transformadora, mas também uma mãe, ela mesma, suficientemente narrativa, e isso remete, de fato, à interiorização de uma mãe suficientemente contínua”.

Nesse sentido, o espaço de narração é compreendido como um espaço compartilhado mãe-bebê, no qual o corpo é o primeiro mediador desta interação. Golse (2004) sustenta que interessar-se pelo bebê é voltar-se para a vida física e psíquica, pois que desde muito cedo o infante é ativo. Estabelece-se, desta maneira, uma inter-relação com o adulto. Durante os cuidados cotidianos, a mãe

narra e interpreta os movimentos de seu bebê, construindo um sentido, uma história do que ela entende que seu bebê lhe comunica corporalmente. O bebê, por sua vez, aos poucos vai encenando no corpo o que pôde apreender do contato com sua mãe.

Ainda sobre esse ponto, Golse (2003) sustenta que o brincar é um espaço de narração e liberdade. Assim, tal como aponta Déjours (1998), brincar com esse corpo, erotizá-lo através dos cuidados cotidianos, permite um mapeamento, para que uma representação deste corpo possa emergir. O corpo é, em última análise, lugar onde a criança começa a esboçar, a encenar, o tipo de relação, prazerosa ou não, que pôde ter com sua mãe. Para este autor, a figuração se apresenta no corpo como um “teatro comportamental” equivalendo para o bebê à presença materna, de forma que a narratividade analógica ou comportamental é responsável pela constituição de uma “pré-forma da representação mental” (: 63).

Ao se instaurar um espaço de narração, a criança começa figurar e refigurar o que acabou de viver num “só depois” imediato. Observamos como, para este autor, desde muito cedo o bebê conta à sua maneira para si e para o outro as interações intersubjetivas com as quais se encontra envolvido. Este é um momento “auto” muito precoce da narratividade.

Golse (2010) defende, ainda, que o *après-coup* não se inicia com o Édipo. Tudo que se passa pelo corpo e em ato não está somente a serviço do recalque. Essa linguagem pré-verbal serve, por tempo indeterminado, a diferentes propósitos, de modo que o que foi pela primeira vez representado, através do corpo, continua a se exprimir e, podemos dizer, “testemunha” um arcaico ainda forte e vivo, mas com acesso à linguagem verbal é possível ressignificar as experiências de outra maneira.

Retomando o conceito de identificação intra-corporal, Geneviève Haag, Golse (2003) afirma que estas identificações permitem à criança vencer a ausência da mãe. Durante esse processo, o corpo do bebê adquire o estatuto de objeto, implicando um verdadeiro trabalho psíquico para suprir esta ausência. Entretanto, vale lembrar que esse movimento só é possível quando há uma vida relacional efetiva. Será ao longo da continuidade de interação com a mãe que o bebê vai

poder construir uma representação sobre o seu estilo interativo. De fato, trata-se de uma relação dialética, porém assimétrica, pois que:

[...] o adulto ensaia fazer funcionar o bebê à imagem de suas próprias representações de infância, induzindo no bebê movimentos identificatórios ou contra-identificatórios [...] Cada um “conta” ao outro algo de sua história precoce, relato bem dissimétrico, mais ou menos remanejado, ou mais ou menos reconstruído” (GOLSE, 2003:103).

O psicanalista brasileiro Celso Gutfreind (2010), assim como Golse, também sustenta que a mãe boa é a mãe suficientemente narrativa. Com suas palavras, com seu olhar, ela vai constituindo a subjetividade de seu filho. Indo na mesma direção, o casal de psicanalistas Diana Corso e Mario Corso (2010) afirma que narrar sua história para o filho, não é acessório, mas fundamental. É a terra onde germina a identidade da criança. Para eles, a boa troca simbólica não é apenas uma possibilidade de enriquecimento subjetivo, mas algo fundamental, permitindo que o bebê tenha o que eles chamam de um segundo nascimento: o nascimento subjetivo.

Aprofundando essa visão, Gutfreind (2010) ressalta que somos feitos de mãe, pai e histórias. Somos essencialmente o que narram de nós, já que o próprio nascimento seria o início de uma narrativa. A narratividade como atividade psíquica fundada sobre o jogo dos processos de ligação (GOLSE, 2003) remete à co-construção de sentido entre o adulto e a criança. Como esclarece Gutfreind (2010: 30):

“A narrativa não é, necessariamente, literária, com palavras frases, tramas, intrigas. Antes, é gesto, é som, imagem, movimento, ação, como é no começo da vida [...] é mais toque ou *holding* (sustentação) do que palavra. [...] A narrativa é a ponte entre o eu e o outro (pai, mãe, seus substitutos) que nos fará sentir-nos existindo verdadeiramente”.

De fato, a narratividade está para além das palavras, abarcando uma diversidade de aspectos sensoriais. Comporta sua própria musicalidade, permitindo que o bebê se estruture a partir de movimentos internos e externos, isto é, tanto de seus movimentos e sons corporais como as entonações de voz e o tipo

de manejo (*handling*) e sustentação (*holding*) que a mãe pode oferecer. São ritmos de presença e ausência, de sincronia de sensações e afetos, de um espaço psíquico emergindo de forma compartilhada. Essas trocas rítmicas permitem “modular os registros sensoriais” (FONTES, 2010: 58).

Cabe ainda destacar a importância da experiência de integração nesse processo. Como já apontamos, o caminho rumo à integração egóica segue um percurso não linear que gradualmente vai favorecendo a experiência de unidade. Os processos de subjetivação e historização implicam um sentimento de continuidade, como uma linha ligando as diferentes vivências. Para isso é fundamental a presença do adulto, representante de um ambiente acolhedor, auxiliando na ligação e metabolização das experiências primeiramente fragmentadas do bebê. Na intersubjetividade se desenvolve a narratividade, constituindo aos poucos o aparelho psíquico e formando a representação da unidade corporal.

Em termos de qualidade de relação, o corpo é elemento fundamental para o estabelecimento de um espaço de trânsito entre o mundo interno e externo. Se inicialmente o recém-nascido não entende as palavras, sua comunicação com o mundo ocorre através da experiência sensória e afetiva. A pele, como envoltório e principal demarcador dos limites corporais, é fundamental nesse momento. Como Anzieu (1989: 27) procura chamar atenção, as “sensações cutâneas introduzem as crianças da espécie humana, mesmo antes do nascimento, em um universo de grande riqueza e de grande complexidade”, dando origem ao sistema percepção-consciência. Para o autor, esse invólucro viabiliza o sentimento de existência e a formação de um espaço psíquico originário. Transformando o organismo em um sistema sensível capaz de experimentar diversos tipos de sensações, a pele é protótipo e base de referência onde ocorrem as primeiras trocas de sinais com o meio.

Atraindo investimentos tanto libidinais como narcísicos, Anzieu discute como a pele é espaço de bem-estar e também de sedução, oferecendo a mesma quantidade de dor e prazer. Nesse sentido, a mãe sabe bem o prazer que proporciona com seu toque ao bebê e a si mesmo, estimulando-o com carícias e brincadeiras que gradualmente passarão de simples estímulos a mensagens.

Segundo o autor, a aprendizagem da palavra exige o estabelecimento prévio deste tipo de comunicação pré-verbal. A pele forneceria, ainda, o núcleo fantasmático a pacientes vítimas de privações precoces.

Nas palavras do autor:

“O *infans* adquire a percepção da pele como superfície quando as experiências de contato de seu corpo com o corpo da mãe e no quadro de uma relação de apego com ela tranquilizadora. Ele assim chega não apenas à noção de um limite entre exterior e interior, mas também à confiança necessária para o controle progressivo dos orifícios, já que não pode se sentir tranquilo quanto ao seu funcionamento, a não ser que possua, por outro lado, um sentimento de base que lhe garanta a integridade de seu envelope corporal” (ANZIEU, 1989: 60).

De fato, o ser humano necessita de um envelope narcísico, investido afetivamente para poder se constituir subjetivamente. Este envelope, o *Eu-pele* (ANZIEU, op. cit) delimita e instaura uma interioridade. O *Eu-pele* pode ser definido como uma representação da qual a criança se serve para integrar seu Eu com conteúdos psíquicos usando a superfície corpórea. Para Anzieu, toda atividade psíquica se estabelece sobre funções biológicas. O *Eu-pele*, portanto, encontra seu apoio sobre as diversas funções da pele.

Retomando a teoria freudiana, podemos dizer que há um primeiro tempo de associação originária psíquico-somático ou pulsão-instinto. O segundo tempo é o tempo do autoerotismo, do afastamento entre pulsão e instinto. Assim, retomando a experiência de chuchar, sabemos que há algumas zonas erógenas predestinadas como a boca, mas que, de fato, “todas as extremidades do corpo e da pele podem servir de zonas erógenas” (BALESTRIÈRE, 2008).

Parece-nos que o conceito de *Eu-pele* de Anzieu aprofunda essa compreensão, defendendo que a própria integração do corpo emerge da superfície da pele. Portanto, o reconhecimento de si tem como base o envelopamento corporal propiciado pela mãe. Nesse sentido, *Eu-pele* pode ser caracterizado como um envelope tátil, sonoro, gustativo, olfativo, muscular e térmico (FONTES, 2010). Trata-se da integração das diferentes zonas de troca e de interação com o outro.

O contato corporal mãe-bebê envolve o infante “num envelope externo repleto de mensagens que viabilizam uma base narcísica primária”. A superfície corporal funciona, desse modo, como “uma superfície fantasmática originária”, sendo “precursora e base do funcionamento psíquico” (DAMOUS e SOUZA, 2005: 188). Damous e Souza se reportam a Anzieu ao discutirem a importância do ambiente na constituição das fronteiras internas e externas, que possibilitam a vivência de coesão de si-mesmo. Segundo apontam, para Anzieu há uma correspondência entre o psiquismo e a superfície corpórea, fundada a partir das funções de envelopamento e proteção do corpo. O conceito de *Eu-pele* retrata essa correspondência.

A dimensão afetiva e sensorial, presente desde o início da vida, é via de comunicação, de constituição narrativa que emerge da relação mãe-bebê. A pele, como envoltório e principal demarcador dos limites corporais, é um continente que envolve as vivências sensoriais do infante. Como Anzieu (1989: 27) procura chamar atenção, as “sensações cutâneas introduzem as crianças da espécie humana, mesmo antes do nascimento, em um universo de grande riqueza e de grande complexidade”, dando origem ao sistema percepção-consciência. Para o autor, esse invólucro viabiliza o sentimento de existência e a formação de um espaço psíquico originário. Transformando o organismo em um sistema sensível capaz de experimentar diversos tipos de sensações, a pele é protótipo e base de referência onde ocorrem as primeiras trocas de sinais com o meio.

Como chama atenção Bonaminio (2011: 274):

“Universalmente, a pele é de importância óbvia no processo de localização da psique exatamente no e dentro do corpo. O manuseio da pele dentro do corpo, da mesma forma como os modos de segurar a criança auxiliam o processo de integração. Se a utilização de processos intelectuais cria obstáculos para a coexistência entre psique e soma, a experiência de funções e sensações da pele e do erotismo muscular fortalecem essa coexistência. Poderíamos dizer que todos os seres humanos que, nos momentos em que uma frustração instintiva provoca um sentimento de desesperança ou futilidade, a fixação da psique no corpo enfraquece, sendo então necessário tolerar um período de não relação entre a psique e o soma. Este fenômeno pode ser exacerbado em todos os graus possíveis da doença” .

Como vimos, Winnicott nos indica que nos momentos nos quais a integração psique-soma enfraquece, o adoecimento pode ser uma forma de

reestabelecimento desta ligação. Sob essa ótica, paradoxalmente trata-se de uma tentativa de cura, dimensão importante de se considerar na clínica. É uma forma de sobrevivência psíquica (MCDOUGALL, 2000) que lança mão do corpo como forma mais arcaica de comunicação.

Ao levarmos em conta a dimensão dos primórdios da vida psíquica, verificamos que a aquisição do pensamento é fundada nas funções de envelopamento tátil e sonoro do corpo. “Pensar é partir das sensações corporais transformá-las em ideias e conceitos”, afirma Fontes (2010:64). Esta compreensão nos permite revisar a clínica com pacientes psicossomáticos buscando conceber o adoecimento para além da perspectiva de falha simbólica ou como um processo específico de uma dada organização psíquica, mas em sua potencialidade narrativa, isto é, como um texto pictografado a ser co-contruído no processo analítico.

## 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 fantasmática) 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 (MCDUGALL, 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 potencialidade 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 (MCDUGALL, 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 nomeação/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.

## 6.

### Conclusão

Como vimos, no decorrer da formação do campo psicanalítico, a visão do corpo se sedimentou em torno da sintomatologia histérica, enquanto um impasse clínico da medicina do final do século XIX. Sua lógica de funcionamento particular, distinta da biologia e contradizendo as leis anatômicas, demonstrou que o corpo pode servir de cenário fantasmático, palco onde se desenrola uma gama de conflito e narrativas. Com seus sintomas corporais conversivos, da ordem do desejo inconsciente e do recaiado, o quadro histérico está inscrito no campo da representação, cujo trabalho clínico centra-se numa reconstrução narrativa via associação livre, permitindo aproximar-se da etiologia do sintoma. Esta compreensão inspirou Freud a defender um sentido subjacente ao sintoma somático, a ser investigado por meio da linguagem e do encontro analítico propiciador da (re)construção de uma narrativa sobre si.

Contudo, diferente do cenário clínico freudiano, ultimamente observamos um predomínio da ação e de sintomas somáticos que aparentemente não têm um sentido simbólico a ser desvelado. A narrativa destes pacientes é muitas vezes empobrecida, factual, sugerindo uma dificuldade de metaforização e elaboração psíquica. Ao nos depararmos no consultório com apresentações corporais compreendidas em termos de falha dos processos de representação, fomos convocados a repensar nosso manejo clínico, considerando que há um trabalho analítico a ser realizado para além do campo da representação.

Certamente o que se inscreve e o que permanece “fora do psiquismo” é uma discussão cada vez mais atual, que nos conduziu a indagar o que se encontra para além ou aquém da linguagem verbal, a fim de compreender com que elementos a psicanálise pode efetivamente trabalhar. Buscando responder a essas indagações, verificamos que o estudo sobre os primórdios da vida psíquica nos oferece recursos clínicos ao indicar o papel do corpo nas primeiras formas de comunicação com mundo.

Tal observação nos levou a considerar que o corpo está implicado nas respostas dadas aos conflitos internos e este é um fato bastante banal naquilo que Fernandes (2011: 51) denomina de “psicopatologia do corpo na vida cotidiana”.

Nesse contexto, observamos como diversos autores têm se interessado ao que escapa ao registro verbal (FERNANDES, 2002, 2003, 2011; FONTES 2002, 2010, GOLSE, 2002, 2003, entre outros), se interrogando sobre a dimensão pré-representacional, isto é, a dimensão corpórea, terreno de base para a constituição psíquica. Também não deixamos de mencionar que outros autores contemporâneos se dedicaram à dimensão constitutiva dos processos psíquicos que o corpo comporta (BIRMAN, 2003[2001], 2009, AULAGNIER, 1979, GOLSE, 2002, 2003, 2008, ANZIEU, 1989, ROUSSILLON, 2006).

Segundo essa perspectiva, a capacidade elaboração psíquica, tão cara à psicanálise, não é um mecanismo dado *a priori*, pois trata-se de uma construção que se inicia com as primeiras inscrições corporais e vai se complexificando ao longo da vida. A partir do estudo da aquisição da capacidade narrativa, verificamos que capacidade de narração verbal tem sua origem na narração comportamental, por meio de gestos, afetos e emoções que compõem um tipo de comunicação precoce. São comportamentos pré-linguísticos responsáveis pela figuração, enquanto pré-forma da representação mental (GOLSE, 2002, 2003). Baseado numa vida relacional, o bebê vai contar para si mesmo, através de jogos corporais e comportamentais, as sequências interativas nas quais ele se encontra implicado.

Nesse sentido, nosso interesse clínico particular se pauta na compreensão de que há uma comunicação arcaica subjacente ao adoecimento psicossomático. Este entendimento nos faz vislumbrar uma ampliação da escuta clínica destes sintomas. Para fundamentar nosso argumento, primeiramente percorremos as principais obras freudianas buscando compreender sua visão teórica sobre a dimensão corporal. Assim, sustentamos que podemos postular três “tempos” do corpo, a saber, o corpo fragmentado autoerotismo, a unidade corporal do narcisismo e o corpo do arcaico, isto é, entre o transbordamento pulsional e a constituição de um Eu-corporal.

A seguir, adentramos no campo dos estudos da psicossomática, visando traçar um panorama sobre a compreensão deste campo, surgido a partir das indicações freudianas. Verificamos, então, que há um percurso que se inicia com a compreensão dos quadros psicossomáticos como uma forma específica de organização psíquica, caracterizada por uma dificuldade nos processos de

mentalização e a presença de um pensamento operatório (MARTY, 1999, MARTY & M'UZAN, 1994 [1962]) para, posteriormente, inclui-los no estudo dos estados-limite (GREEN, 1988, 1990). O estudo desse panorama apontou para a importância de se levar em consideração a dimensão intersubjetiva na etiologia da somatização.

Para fundamentar esta compreensão, voltamo-nos para Winnicott, com o qual verificamos que a partir das vivências corporais arcaicas de unidade, constituídas a partir dos primeiros cuidados corporais, é possível a constituição gradativa de um *self* capaz de metabolizar as experiências sensório-corporais e transformá-las em pensamento. Enriquecendo esta discussão, trouxemos as contribuições das psicanalistas Piera Aulagnier e Joyce McDougall para refletir sobre uma dupla dimensão corporal: como espaço de um encontro constitutivo ou desorganizador com o outro, assim como de emergência da subjetividade. Ao final deste capítulo, vislumbramos uma terceira dimensão corporal que inclui a aquisição da capacidade narrativa.

Finalmente, chegamos ao âmbito da discussão sobre o manejo na clínica contemporânea, trazendo novos olhares à reflexão sobre as problemáticas corporais. Partindo de abordagens sobre os primórdios da vida psíquica, observamos como estas contribuem para uma ampliação do manejo clínico da problemática psicossomática. Defendemos que há um trabalho analítico construído a dois, pela dupla analítica, estabelecendo um espaço potencial no qual uma narrativa sobre si possa ser co-construída a partir do que o adoecimento psicossomático comunica das relações precoces do paciente. “Escutar” os elementos arcaicos que se manifestam na clínica em termos sensório-corporais, assim como “traduzi-los” em palavras criando um sentido para o sintoma psicossomático na história do paciente, permitem que o registro do corpo possa virar discurso, fazendo parte de uma cadeia narrativa.

Vale destacar que Winnicott defende que nós, adultos, devemos muito mais às experiências corporais precoces do que gostaríamos de admitir. De fato, o corpo é a nossa morada. A partir da integração psicossomática podemos ter acesso a experiências ricas e pessoais, a uma consistente experiência de si. Assim, é plausível supor que o aparecimento de um sintoma psicossomático pode servir como um primeiro tempo da comunicação com o outro, uma primeira nomeação

de sofrimento. Trata-se de uma tentativa de cura de si mesmo (MCDOUGALL, 2000) que se utiliza do corpo em sua potencialidade expressiva como um espaço de comunicação com o outro cuidador.

Roussillon (2008) nos adverte que “o que vem do corpo tem má fama”, na medida em que suas formas de expressão podem ser consideradas pela maioria dos clínicos – e mesmo por alguns especialistas da psicossomática – como desprovidas de sentido. Os sintomas somáticos têm valor mensageiro, dando notícias de um tempo anterior à aquisição da linguagem. Entendidos como tentativa ambígua de comunicação, na medida em que o sentido permanece inacabado (Roussillon, 2008), cabe ao analista ter a sensibilidade clínica de acolher o que o paciente tem a comunicar ali, no corpo, viabilizando que, gradativamente, uma narrativa compartilhada possa se instituir.

## 7.

### Referências Bibliográficas

- ANZIEU, D. O Eu-Pele. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989
- AULAGNIER, P. *A violência da Interpretação: do pictograma ao enunciado*. Rio de Janeiro: Imago, 1979.
- \_\_\_\_\_. O nascimento de um corpo, origem de uma história. In: MACDOUGALL, J; et al (org). *Corpo e história: IV encontro psicanalítico d'Aix-en-Provence – 1985*. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- DIAS, E. *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago Ed, 2003.
- BIRMAN, J. *Corpo e formas de subjetivação em psicanálise*. Estados Gerais da Psicanálise: segundo encontro mundial, Rio de Janeiro, 2003. [http://egp.dreamhosters.com/encontros/mundial\\_rj/download/3\\_Birman\\_38020903\\_port.pdf](http://egp.dreamhosters.com/encontros/mundial_rj/download/3_Birman_38020903_port.pdf)
- \_\_\_\_\_. *As pulsões e seus destinos: do corporal ao psíquico*. Civilização Brasileira: Rio de Janeiro, 2009.
- BALESTRIÈRE, L. *Freud et la question des origens*. Bruxelles: Grupe de Boeck, 2008
- BEZERRA JR, B. Winnicott e Merleau-Ponty : o *continuum* da experiência subjetiva. In BENILTON, B. Jr & ORTEGA, F. *Winnicott e seus interlocutores*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2007.
- CARDOSO, M. R. Servidão ao “outro” nos estados limites. In: *Psychê*. São Paulo, Ano IX, nº 16, jul-dez/2005. pp. 65-75.
- CASSETTO, S. Sobre a importância de adoecer: uma visão em perspectiva da psicossomática psicanalítica no século XX. In *Psychê*. São Paulo : jan-jun/2006. Ano X, nº 17. p. 121-142
- CICCONE, A. *La part bébé du soi : approche clinique*. Paris : Dunod, 2012
- D’ALVIA, R. Narcisismo, patologias de risco e doença somática. In: *Revista Brasileira de Psicanálise* vol. XXVII n. 1,1994. pp.143-152.
- DAMOUS, I. L. & SOUZA, O. A. de. A dor nos casos-limite e as funções do eu-pele. In: *Cadernos de Psicanálise*. SPCRJ, Rio de Janeiro, vol 2, n.024, p. 181 - 197

DEJOURS, C. *O corpo entre a biologia e a psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

\_\_\_\_\_. Biologia, psicanálise e somatização. In: VOLICH, R. M; FERRAZ; F. C & ARANTES, M. A (org). *Psicossomática II: psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

\_\_\_\_\_. *Le corps d'abord : corps biologique, corps érotique et sens moral*. Paris: Payot, 2003.

DIAS, Elsa. *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

FERNANDES, M. H. *L'hypocondrie du reve et le silence des organes : une clinique psychanalytique du somatique*. Fédida, P (1934-2002), Directeur de thèse. Paris VII: 1996

\_\_\_\_\_. Entre a alteridade e a ausência: o corpo em Freud e sua função na escuta do analista. *Percurso*, n. 29, 2/2002a, p. 51-64.

\_\_\_\_\_. A hipocondria do sonho e o silêncio dos órgãos: o corpo na clínica psicanalítica. In: AISENTEIN, M., FINE, A. & PRAGIER, G (org). *Hipocondria*. São Paulo: Escuta, 2002b

\_\_\_\_\_. As formas corporais do sofrimento: a imagem da hipocondria na clínica psicanalítica contemporânea. In VOLICH, R. M, FERRAZ, F. C & RANNÃ, W (org). *Psicossoma III: interfaces da psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003a.

\_\_\_\_\_. *Corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003b.

\_\_\_\_\_. A relação entre o psíquico e o somático: o corpo na clínica psicanalítica. In: GARCIA, A. C. & CARDOSO M. R (org). *Limites da clínica. Clínica dos limites*. Rio de Janeiro: FAPERJ, 2011. pp. 47-62.

FERRO, A. *Na sala de análise: emoções, relatos, transformações* [tradução Mércia Justum]. Rio de Janeiro: Imago Ed, 1998.

FERRAZ, F.C. Das neuroses atuais à psicossomática. In: FERRAZ, F.C & VOLICH, M.R. *Psicossoma I: psicanálise e psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

FERRO, A. *Na sala de análise: emoções, relatos, transformações*. [Tradução Mércia Justum]. Rio de Janeiro, Imago Ed, 1998.

FIGUEIREDO, L. C. O silêncio e as falas do corpo (1994). In: FIGUEIREDO, L. C, *Modos de subjetivação no Brasil e outros escritos*. São Paulo: Editora Escuta, 1995. pp 129-151.

\_\_\_\_\_. *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2009.

FONTES, I. *Memória corporal e transferência: fundamentos para uma psicanálise do sensível*. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria, 2002.

\_\_\_\_\_. *Psicanálise do Sensível: fundamentos e clínica*. São Paulo: Ideias & Letras, 2010

FREUD, S. Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim (1886). In FREUD, S. *Histeria: Primeiros Artigos*. Rio de Janeiro, Imago, 1998.

\_\_\_\_\_. Algumas considerações para o estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas. In FREUD, S. *Histeria: Primeiros Artigos*. Rio de Janeiro, Imago, 1998.

\_\_\_\_\_ & FLIESS, Wilhelm. *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhem Fliess (1887-1904)*. Rio de Janeiro: Imago Ed, 1986.

\_\_\_\_\_. As neuropsicoses de defesa. In. FREUD, S. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago Ed, 1976, vol. III.

\_\_\_\_\_. Uma recordação de infância de Leonardo da Vinci (1910). In. *Obras Completas, volume 9* [tradução Paulo César de Souza]. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

\_\_\_\_\_. Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia [*dementia paranoide*] relatado em autobiografia (1911). In. *Obras Completas, volume 10* [tradução Paulo César de Souza]. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

\_\_\_\_\_. À guisa de introdução do narcisismo (1914). In FREUD, S. *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago Ed. 2004, vol. I. p. 95-132

\_\_\_\_\_. Pulsão e destinos da pulsão (1915). In FREUD, S. *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago Ed. 2004, vol. I. p. 133-174.

\_\_\_\_\_. O inconsciente (1915). In FREUD, S. *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago Ed. 2006, vol. II. p. 13-74.

\_\_\_\_\_. A angústia e os instintos. Novas Conferências introdutórias à psicanálise (1933). In. *Obras Completas* [tradução Paulo César de Souza]. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, vol. 18, p. 224-262.

\_\_\_\_\_. Além do princípio do prazer (1920). In FREUD, S. *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2006, vol II. p. 123-199.

\_\_\_\_\_. *Inibição, sintoma e angústia* (1926). In. *Obras Completas* [tradução Paulo César de Souza]. São Paulo: Companhia das Letras, 2014, vol. 17, p. 13-123.

\_\_\_\_\_. Construções em análise (1937). In: FREUD. *Moisés e o monoteísmo, esboço de psicanálise e outros trabalhos* [Tradução sob a direção de Jayme Salomão]. Rio de Janeiro: Imago, 1975. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 23, p. 289-304).

GARCIA, C.A & CARDOSO, M. R. *Limites da clínica, clínica dos limites*. Rio de Janeiro: Cia de Freud: FAPERJ, 2011.

GREEN, A. O analista, a simbolização e a ausência no contexto analítico. In: \_\_\_\_\_. *Sobre a loucura pessoal*. Trad. Carlos Alberto Pavanelli. Rio de Janeiro: Imago, 1988. p. 36-65

\_\_\_\_\_. *Conferências Brasileiras de André Green: metapsicologia dos limites*. [Trad. Helena Bresserman Viana]. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1990.

GOLSE, B. *Do corpo ao pensamento*. Lisboa: CLIMEPSI Ed., 2002.

\_\_\_\_\_. *Sobre a psicanálise pais-bebê: narrativa, filiação e transmissão*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

\_\_\_\_\_. *O bebê, seu corpo e sua psique: explorações e promessas de um novo mundo*. In: ARAGÃO, R. O. O bebê, o corpo e a linguagem. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

\_\_\_\_\_ & ROUSSILLON, R. *La naissance de l'objet*. Paris: PUF, 2010

\_\_\_\_\_. Séminaire *La psychologie et la psychopathologie de la périnatalité et du très jeune enfant*. Paris: Faculté de Médecine, Université René Descartes. De outubro de 2013 a fevereiro de 2014

GRODDECK, G. O livro d'isso. Trad. José Teixeira Coelho Netto. São Paulo, Perspectiva, 1984.

GUTFREIND, C. *Narrar, ser mãe, ser pai & outros ensaios sobre a parentalidade*. Rio de Janeiro: DIFEL, 2010.

IZHAKI, F. Meio ambiente e o self em Winnicott. In BENILTON, B. Jr & ORTEGA, F. *Winnicott e seus interlocutores*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2007.

KERNBERG, O. Borderline personality organization (1967). In: *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 15:641-685

LAPLANCHE, J. A sexualidade e a ordem vital no conflito psíquico. In: *Vida e morte em psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985. p. 32-53.

\_\_\_\_\_. *Teoria da sedução generalizada e outros ensaios*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

\_\_\_\_\_. Apoio e narcisismo I. In: *Freud e a sexualidade: o desvio biologizante*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. p. 52-64.

MARTY, P. *Mentalização e psicossomática* [Trad. A. E. V. A. Güntert,]. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

\_\_\_\_\_ & M'UZAN, M. (1962). O pensamento operatório [ Trad. V. A. C. Beusson]. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28 (1), 1994, pp. 165-174.

MENACHEM, R. *Joyce McDougall*. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria, 1999. (Psicanalistas de Hoje).

MCDUGALL, J. *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

\_\_\_\_\_. Angustia de separação e identidade. Palestra feita em Paris no GERPEN em 15 de janeiro de 1995. In MENACHEM, R. *Joyce McDougall*. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria, 1999. (Psicanalistas de Hoje).

NETCHAEVA MARIZ, N. *Violência precoce e constituição psíquica: limites e possibilidades de representação no corpo*. Dissertação (Mestrado) –

Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

NICÉAS, C. A. *Introdução ao narcisismo: o amor de si*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

OGDEN, T. Sobre sustentar e conter, ser e sonhar. In: *A arte da psicanálise: sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

PLASTINO C. A. O quinto rombo: a psicanálise. In: Santos B. S, organizador *Conhecimento prudente para uma vida decente*. São Paulo: Cortez; 2004.

RANNÃ, W. Psicossomática e o infantil: uma abordagem através da pulsão e da relação pulsional. *Psicossoma I: psicanálise e psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

ROUSSILLON, R. *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris: PUF, 1999.

\_\_\_\_\_. *Corpo e atos mensageiros*. Colóquio Lyon 2, março 2006.

\_\_\_\_\_. A associatividade e as linguagens não verbais. In: *Revista de Psicanálise da SPPA*, v. 16, n. 1, p. 143-165, abril 2009.

SILVA, F. M. M. A transformação do corpo erógeno e do narcisismo no câncer de mama: entre amputação do corpo biológico e reconstrução do corpo erótico. Um olhar inspirado no conceito de “subversão libidinal” de Christophe Dejours. In: *Psic. Rev. São Paulo*, volume 18, n.1, 67-80, 2009, pp: 67-80.

OGDEN, T. Sobre sustentar e conter, ser e sonhar. In: *A arte da psicanálise: sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

PAROBINI, P. *Angustia e perseguição na hipocondria: a eterna atualização do mesmo*. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, IP/UFRJ, Rio de Janeiro, 2014.

QUINODOZ, J.M. *Ler Freud: guia de leitura da obra de S. Freud*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

VIEIRA, W.C. Procedimentos calmantes e autocalmantes. In: In: VOLICH, R. M; FERRAZ; F. C & ARANTES, M. A (org). *Psicossomática II: psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

WINNICOTT, Donald Woods. Desenvolvimento emocional primitivo (1945). In: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000. \_\_\_\_\_ . A mente e sua relação com o Psicossoma (1949). In: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000.

\_\_\_\_\_. Preocupação materna primária. In: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000.

\_\_\_\_\_. A integração do ego no desenvolvimento da criança (1962). In: WINNICOTT, D. W. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre, Artes Médicas, 1983.

\_\_\_\_\_. Provisão para a criança na saúde e na crise (1962a). O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre, Artes Médicas, 1983.

\_\_\_\_\_. O desenvolvimento da capacidade de se preocupar (1963). In: WINNICOTT, D. W. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre, Artes Médicas, 1983.

\_\_\_\_\_. Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo (1963a). O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre, Artes Médicas, 1983.

ZIGANTE, F. Groupe de travail: *La narrativité, un pont entre attachement et psychanalyse*. Paris: Faculté de Médecine, Université René Descartes. De outubro de 2013 a fevereiro de 2014.

ZORNIG, S. Reflexões sobre a ética do cuidado na primeira infância. In: *Primórdios, psicanálise aplicada: diferentes formas de cuidar*. Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro, v 1. n 1, p. 15-23, Rio de Janeiro, 2010.

\_\_\_\_\_. Prematuridade e Trauma. In: *Cadernos do Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, v. 33, p. 129-136, 2001.

\_\_\_\_\_. A criança e o infantil em psicanálise. São Paulo: Escuta, 2008.

\_\_\_\_\_. A corporeidade na clínica: algumas observações sobre os primórdios do psiquismo. In: *Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, vol 40.2, 2008a. p. 327-337.

ZUCCHI, M. O psicossomático e a subversão dos limites das ciências. In: Dejours, C. *Repressão e subversão em psicossomática: pesquisas psicanalíticas sobre o corpo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.