

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.