

AFECÇÕES CORPORAIS E PSICANÁLISE: REFLEXÕES TEÓRICO/CLÍNICAS A PARTIR DE FREUD E WINNICOTT

*Nadja Nara Barbosa Pinheiro
Maria Vitória Campos Mamede Maia*

A presente comunicação constitui os resultados parciais de uma pesquisa que vem sendo desenvolvida no âmbito do Laboratório de Psicanálise da Universidade Federal do Paraná, intitulada *Corpo e Psicanálise: reflexões sobre os fenômenos psicossomáticos a partir do trabalho clínico*. O início da pesquisa se deu do encontro, no exercício de nossa clínica cotidiana, com um tipo específico de expressão sintomática que, embora se manifestando por meio do corpo, nos pareceu, distinta de uma manifestação histérica na medida em que se mostrava bastante resistente à simbolização proposta pelo trabalho analítico. Inicialmente, levantamos a hipótese que estaríamos lidando com elementos que diziam respeito às relações soma/psique e como objetivo de pesquisa demarcamos o estudo dessas relações nas obras de Freud e Winnicott. Para tal, tomamos a noção de angústia como via de acesso na medida em que esta se sustenta, nas obras dos dois autores, sobre uma dobradiça, produzindo efeitos ora psíquicos ora somáticos. Deste objetivo maior, recortaremos, na presente comunicação, os posicionamentos clínicos tomados por cada um dos autores frente aos impasses impostos pelas manifestações da angústia, construindo, cada qual a seu modo, soluções originais. Soluções estas, que, se por um lado os afastam em termos teóricos, por outro os aproximam em termos clínicos: abrir-se ao inusitado, ao inesperado, ao desconhecido, fundando, na clínica, a especificidade do que se pode conceber como, genuinamente, psicanalítico.

É sabido por todos nós que a preocupação teórico/clínica freudiana se concentrou em torno das psico-neuroses. Nestas, o ponto principal e fundamental dos conflitos a serem solucionados giravam em torno do drama edipiano e seus avatares. Circunscrita pela pulsão e suas possibilidades de representação, a clínica se estabelece sobre os pilares da interpretação, via campo transferencial, com o objetivo de alcançar e permitir a emergência de conteúdos recalçados e inconscientes, encontrando na Interpretação o instrumento clínico mais importante para o alcance dessa tarefa. No entanto, nos parece importante salientar que tal concentração no estudo em torno das psico-neuroses por Freud, não significou exclusividade. Ao longo de sua obra o vemos, aqui e ali, citar, teorizar e tecer considerações importantes sobre impasses suscitados na clínica nos momentos em que se defronta com elementos que não se referem efetivamente ao Inconsciente recalçado e para os quais seria imprescindível forjar instrumentos específicos, que não a interpretação. Para nossos propósitos, recortaremos aqui, dois desses impasses: diante da Neurose de Angústia e diante do sonho de angústia relatado pelo Homem dos Lobos.

Freud (1894; 1895 [1894]), partindo do princípio que as neuroses se baseiam sobre um solo etiológico sexual, sustenta a existência de uma distinção de base entre as neuroses que se referem a uma questão psíquica (as psico-neuroses) e outras somáticas (as neuroses atuais). Entre as neuroses atuais, Freud destaca a Neurose de Angústia, afecções que se sustentam sobre uma problemática sexual somática que não encontrando meios pelos quais se possa expressar psiquicamente, recorre às vias corporais para escoar sua energia. Em termos clínicos, Freud faz uma recomendação que nos parece importantíssima: ele afirma que embora em termos teóricos, o método clínico desenvolvido seja recomendado apenas para as psico-neuroses, ele produz efeitos indiretos sobre as afecções das neuroses de angústia. Provavelmente tais efeitos se devam ao fato de ao se tratar de uma histeria, por

exemplo, a paciente comece a vivenciar sua sexualidade de uma forma por meio da qual a energia sexual somática encontre as vias adequadas para se fazer presente no campo psíquico. Independente da questão teórica aí esboçada, nosso intuito aqui será o de demarcarmos o posicionamento clínico adotado por Freud nesse momento inicial de teorização: não se furtar em perceber os efeitos em desdobramento de seu trabalho de modo a poder perceber que na clínica não estamos trabalhando com aspectos exclusivos e excludentes, mas sobre um pano paradoxal no qual elementos múltiplos se relacionam e tecem teias infinitas entre si de modo que uma intervenção produzida surtirá efeitos que ultrapassam o plano das representações organizado pelo registro da linguagem e referentes ao recalco (FREUD, 1895).

Tal posicionamento nos parece estar presente igualmente em Freud (1918 [1914]) quando este se defronta com a angústia suscitada em seu paciente diante do famoso sonho com os Lobos. Sabemos que diante da narrativa do sonho, Freud e seu paciente são remetidos a um momento primitivo da constituição subjetiva no qual o paciente ainda não contava com recursos lingüísticos que tornassem possíveis a simbolização e compreensão das experiências vivenciadas. De forma perspicaz Freud indica que o modo de organização psíquica possível para seu paciente ao presenciar a cena primária era extremamente primitivo. O que, no entanto, não impede que algum tipo de inscrição seja efetuada e que desta inscrição inúmeros efeitos sejam produzidos. O problema clínico enfrentado por Freud nesse momento se refere, portanto, em como utilizar a interpretação, um recurso fundamentalmente lingüístico, com processos psíquicos que não se inscrevem no registro da linguagem. Diante do desafio, contudo, Freud não recua, ao contrário, lança mão de um recurso organizador por meio do qual as experiências vivenciadas possam receber outras e novas forma de organização: constrói uma cena, repleta de personagens, ações e afetos.

Cena primária ao redor da qual re-arranjos organizadores foram estabelecidos. Novamente gostaríamos de destacar aqui, o posicionamento clínico de Freud: primeiro, ele acolhe o sofrimento de seu paciente, expresso por meio da angústia; segundo, ele enfrenta o que havia ali de não compreensível e não simbolizável; e, por fim, ele usa mão de um recurso, fundamentalmente, criativo.

É sobre esse material clínico que aparece na obra freudiana como um limite ao representável e ao simbolizável, referente ao que há de mais primitivo em relação à constituição subjetiva e aos modos de manejo clínico possível que, nos parece, Winnicott traz uma contribuição fértil. Uma contribuição genuína e original a qual se sustenta sobre os pilares fincados por Freud no momento em que ele, acolhendo o sofrimento de seus pacientes, percebe o desdobramento dos efeitos terapêuticos da clínica do recalcado sobre elementos que não se inscrevem no campo lingüístico, e, por fim, a decisão em ser, sobretudo, criativo em seu labor. Para promovermos a transição entre os autores, nos parece importante destacar dois aspectos da questão aqui delineada. Primeiro o fato de Freud manter em aberto a possibilidade de haver modos distintos de organizar o material psíquico referentes a momentos distintos de constituição subjetiva que dependem dos recursos psíquicos disponíveis em cada um desses momentos. Importa frisar também que ele afirma que não se trata de uma questão desenvolvimentista, isto é, o alcance de recursos psíquicos mais elaborados não significa que os modos primitivos serão abandonados ou suplantados, mas, ao contrário, estes permanecem em funcionamento constante e ininterruptamente. Em segundo lugar, nos importa salientar que Freud afirme estar lidando com um material primitivo referente ao momento em que percepções que se estabelecem ao nível corporal (sensitivas, auditivas, olfativas e táteis) vão recebendo possibilidades de inscrição psíquica e posteriormente organização lingüística.

Em nossa opinião, esses são os pontos que podem ser tomados como ponte para a obra de Winnicott, pois esse autor se debruçará, especialmente, sobre esses processos primitivos e rudimentares de constituição subjetiva, tendo como visada principal os movimentos da clínica determinando um posicionamento específico do analista. Se em Freud podemos sublinhar que haja um privilégio ao campo lingüístico, na medida em que o autor funda uma cena para fazer as vezes de um pano de fundo à simbolização, em Winnicott vemos que esse privilégio é dado não à palavra mas à sustentação das vivências sensitivas de modo a permitir sua inscrição e enlaçamento no plano psico-somático. Reino do indizível que nos habita e produz seus efeitos ao longo de toda existência humana. O interessante é que se aqui nos deparemos com os limites ao representável e ao simbolizável, tal fato não implica, contudo, em um limite ao clinicável. E Winnicott é taxativo em nos afirmar que é aqui que a clínica psicanalítica, ao acolher (holds) as manifestações psico-somáticas de seus pacientes, permite que algo seja transformado. Algo que diz respeito, não ao campo da compreensão e da elaboração, mas referente a um vivido que se estabelece no nível limítrofe entre o soma-e-a-psique. Para compreender melhor sobre o que Winnicott (1949a) está tematizando, ele parte do princípio que todo ser humano nasce com uma tendência natural à integração soma/psique. Dizer que há uma tendência natural não significa que haja garantias para tal, muito ao contrário é necessário para que essa conquista seja alcançada que um ambiente humano permita seu acontecimento. Ao acolher (holds) e satisfazer as necessidades básicas de seu bebê, o ambiente permite que a integração dessas vivências de satisfação vá paulatinamente ocorrendo “enlaçando” de certa forma soma-e-psique. Destacamos que Winnicott não supõe que haja a possibilidade de um contínuo “progresso” do soma à psique de tal modo que os dois registros possam um dia ser independentes, mas ele supõe que haverá sempre um ponto ‘dobradiça’ entre soma e psique ao qual ele nomeia

de psique-soma (psyche-soma) justamente para marcar, com o hífen, tanto a união quanto a separação, ou seja, para marcar que há aí uma indissociabilidade que não significa uma identidade. Por tratar-se de constantes arranjos e re-arranjos, as expressões do psique-soma estão sempre abertas aos desarranjos, ou seja, estão sempre abertas à perturbações provocando desordens sentidas tanto corporalmente quanto psiquicamente, não à toa, ele destaca que aqui estaremos lidando com o campo das angústias primitivas ou impensáveis e suas manifestações que nos afetam nesses dois registros (WINNICOTT, 1970).

Diante desses efeitos, na clínica, como podemos agir? Segundo o autor, re-fundando a função materna de acolhimento (holds) pois assim estaremos permitindo a sustentação e manutenção da “unidade” psique-soma. Se não temos possibilidades de mensurar, verificar, comprovar quais são as transformações que estaremos alcançando com essa atitude clínica, acreditamos que temos razões teóricas e efeitos terapêuticos suficientes para agirmos de uma forma condizente com as indicações dos autores (WINNICOTT, 1949b, 1952, 1974).

Seguindo essas indicações, acreditamos, estaremos trabalhando não apenas sobre os pilares da contribuição winnicottiana, mas re-tomando o caminho aberto por Freud ao sustentar, como pudemos demonstrar, que os efeitos de sua clínica iam além das possibilidades de representação e elaboração. Ou seja, em nossa concepção, o posicionamento clínico adotado pelos autores destacados, se direciona para a aposta que haja, entre o corpo e a palavra, um mar de infinitas composições. Em nossa opinião, isso é um convite à navegação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FREUD, Sigmund. Sobre os fundamentos para destacar uma síndrome específica denominada neurose de angústia. (1895[1894]). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, vol. 3. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. As neuropsicoses de defesa. (1894) In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, vol. 3. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. A psicoterapia da histeria. (1895). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, vol.3. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. História de uma neurose infantil. (1918) [1914]. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, vol.17. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

WINNICOTT, Donald Woods. (1949a). A mente e suas relações com o psicossoma. In: Winnicott, C. (org.). **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. (1949b). Memórias do Nascimento, Trauma do Nascimento e Ansiedade. In: Winnicott, C. (org.). **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. (1952). Ansiedade associada à insegurança. In: Winnicott, C. (org.). **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. (1974). O medo do colapso (brakdown). In: Winnicott, C. (org.). **Explorações psicanalísticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

_____. (1970). Sobre as bases para o self no corpo. In: Winnicott, C. (org.). **Explorações psicanalísticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

SOBRE AS AUTORAS

Nadja Nara Barbosa Pinheiro. Doutora em Psicologia Clínica (PUC/RJ). Professora da graduação e do Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Paraná.

Maia Vitória Campos Mamede Maia. Doutora em Psicologia Clínica (PUC/RJ). Professora da graduação e da pós graduação do Instituto de Educação da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

