



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

**PSICOSSOMÁTICA PSICANALÍTICA: REFLEXÕES SOBRE O LUGAR DO
CORPO DO ANALISTA**

ANA LUIZA HENRIQUES SAMARCOS

BRASÍLIA

2022



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

**PSICOSSOMÁTICA PSICANALÍTICA: REFLEXÕES SOBRE O LUGAR DO
CORPO DO ANALISTA**

ANA LUIZA HENRIQUES SAMARCOS

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura, sob orientação da professora Dra. Kátia Cristina Tarouquella Rodrigues Brasil

BRASÍLIA

2022

Esta dissertação, requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura pelo Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, foi apreciada pela banca examinadora composta por:

Profa. Dra. Kátia Cristina Tarouquella Rodrigues Brasil
Universidade de Brasília (UnB)
Presidente

Profa. Dra. Francilene Maria de Melo e Silva
Secretaria de Saúde do Estado do Pará – Hospital Ophir Loyola
Membro externo

Prof. Dr. Francisco Martins
Universidade de Brasília (UnB)
Membro interno

Profa. Dra. Sheila Giardini Murta
Universidade de Brasília (UnB)
Membro suplente

BRASÍLIA

2022

A toda minha família e amigos que me
acolheram e me apoiaram em toda a
trajetória do mestrado.

Ao amor da minha vida, Alan Viana.

Ao meu irmão Wilson que sempre me
incentivou e não me deixou desistir.

A todos os meus pacientes que confiam em
mim para embarcar e descobrir juntos a
beleza da psicanálise.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus por ter me iluminado no decorrer de mais essa etapa em minha vida profissional e pessoal.

Agradeço a minha querida orientadora Profa. Dra. Katia Tarouquella que aceitou embarcar comigo no meio do caminho e me orientou com tanta dedicação e acolhimento.

Agradeço aos membros da banca de defesa por aceitarem o convite e por contribuírem com a avaliação da minha dissertação.

Agradeço a minha família por sempre acreditar em mim. De modo especial, agradeço aos meus amados pais Lucimar e Samarcos (*in memoriam*), pois sem eles nada disso seria possível.

Agradeço ao meu marido e amor da minha vida Alan Viana por estar comigo em mais esse momento, sempre me acolhendo, me amando e me dando força.

Agradeço aos meus irmãos Wilson, Marco Antonio e Rafael (*in memoriam*) por estarem sempre comigo, me apoiando, incentivando e acreditando no meu potencial.

Agradeço aos meus sobrinhos Bernardo Augusto e João Fernando pelos momentos de diversão, amor e descontração durante esse período.

Agradeço às minhas queridas amigas Renata de Leles e Jéssika de Freitas por todos os anos de amizade, de incentivo, de cumplicidade e de amor. De modo especial, reforço meu agradecimento à Renata, pois além de ouvir minhas angústias e me entender, me ajudou com tanto carinho no percurso da escrita.

Agradeço às minhas eternas amigas Luiza Helena, Amanda Gerk, Mariana Muniz e Mariana de Paula por todos os momentos que compartilhamos juntas e pelo amor verdadeiro.

Agradeço a minha amiga Estela Reihl por sempre me incentivar e acreditar em mim.

Agradeço a minha querida analista Alba Dezan por ser suficientemente boa e saber me ouvir e me acolher em todos os momentos.

Agradeço aos meus colegas de mestrado Andréa Leão, Claudia Beato, Alvinan Magno, William Selau e Carlos Alexandre pela amizade e por todas as trocas e aprendizados compartilhados durante esse ano.

Agradeço a todos os professores do programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília pelo conhecimento transmitido ao longo do curso, o qual está sendo fundamental para o meu crescimento profissional e pessoal.

*“De tudo ficaram três coisas...
A certeza de que estamos começando...
A certeza de que é preciso continuar...
A certeza de que podemos ser
interrompidos antes de terminar...
Façamos da interrupção um
caminho novo...
Da queda, um passo de dança...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro!”*

(Fernando Sabino)

RESUMO

A partir de uma contextualização histórica acerca das contribuições psicanalíticas no que tange ao corpo e à psicossomática, o presente estudo investiga o corpo do analista na clínica psicossomática. A clínica contemporânea depara-se cada vez mais com demandas ligadas ao corpo, especialmente ao adoecimento somático, onde o corpo em sofrimento do paciente mobiliza também o corpo do analista. Levando em consideração que a relação analítica se dá no campo da intersubjetividade, o objetivo geral desta dissertação é investigar o corpo do analista como elemento do enquadre na clínica psicossomática psicanalítica. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica com discussão de fragmentos clínicos disponibilizados pela literatura, a qual busca abarcar o objeto de estudo sem a pretensão de esgotá-lo. Constata-se que o enquadre na clínica psicossomática precisa ser flexibilizado para se adaptar às necessidades do paciente, que se caracteriza pela capacidade simbólica empobrecida e pela desertificação do corpo erógeno. Devido à experiência sensorial na escuta, conclui-se que o corpo do analista pode ser um “algo a mais” no atendimento ao paciente somático, no sentido de que todo o seu corpo funciona como um órgão de escuta. As sensações sentidas no corpo, permitem ao analista figurar em sua mente aquilo que o paciente não consegue ainda representar. Assim, o trabalho do analista consiste em um trabalho de libidinização, além do de para-excitação, a fim de reestruturar o corpo erógeno e o desenvolvimento psíquico dos pacientes somáticos.

Palavras-chave: psicossomática; corpo do analista; enquadre; psicanálise

ABSTRACT

From a historical context about the psychoanalytic contributions regarding the body and psychosomatics, the present study investigates the analyst's body in the psychosomatic clinic. The contemporary clinic is increasingly faced with demands linked to the body, especially somatic illness, where the patient's suffering body also mobilizes the analyst's body. Taking into account that the analytic relationship takes place in the field of intersubjectivity, the general objective of this dissertation is to investigate the analyst's body as an element of the frame in the psychoanalytic psychosomatic clinic. This is a bibliographic research with discussion of clinical fragments available in the literature, which seeks to encompass the object of study without the intention of exhausting it. It appears that the setting in the psychosomatic clinic needs to be flexible to adapt to the patient's needs, which is characterized by an impoverished symbolic capacity and by the desertification of the erogenous body. Due to the sensorial experience in listening, it is concluded that the analyst's body can be an "extra" in the care of the somatic patient, in the sense that his whole body works as an organ of listening. The sensations felt in the body allow the analyst to figure in his mind what the patient is not yet able to represent. Thus, the analyst's work consists of a work of libidinization, in addition to that of para-excitation, in order to restructure the erogenous body and the psychic development of somatic patients.

Keywords: psychosomatics; analyst's body; setting; psychoanalysis

RÉSUMÉ

À partir d'un contexte historique sur les apports psychanalytiques concernant le corps et la psychosomatique, la présente étude examine le corps de l'analyste dans la clinique psychosomatique. La clinique contemporaine est de plus en plus confrontée à des exigences liées au corps, notamment à la maladie somatique, où le corps souffrant du patient mobilise aussi le corps de l'analyste. Tenant compte du fait que la relation analytique se situe dans le champ de l'intersubjectivité, l'objectif général de cette thèse est d'étudier le corps de l'analyste en tant qu'élément du cadre dans la clinique psychosomatique psychanalytique. Il s'agit d'une recherche bibliographique avec discussion de fragments cliniques disponibles dans la littérature, qui cherche à englober l'objet d'étude sans intention de l'épuiser. Il apparaît que le cadre de la clinique psychosomatique doit être flexible pour s'adapter aux besoins du patient, caractérisés par une capacité symbolique appauvrie et par la désertification du corps érogène. En raison de l'expérience sensorielle de l'écoute, on conclut que le corps de l'analyste peut être un "plus" dans la prise en charge du patient somatique, en ce sens que tout son corps fonctionne comme un organe d'écoute. Les sensations ressenties dans le corps permettent à l'analyste de se représenter mentalement ce que le patient n'est pas encore capable de représenter. Ainsi, le travail de l'analyste consiste en un travail de libidinisation, en plus de celui de la para-excitation, afin de restructurer le corps érogène et le développement psychique des patients somatiques.

Mots clés : psychosomatique ; corps de l'analyste ; Cadre; psychanalyse

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
Considerações metodológicas	16
CAPÍTULO 1 - PSICOSSOMÁTICA E CORPO: CONTRIBUIÇÕES PSICANALÍTICAS	20
1.1 Histeria e neurose atual: revisitando os conceitos freudianos	22
1.2. Influências da psicanálise para a psicossomática além de Freud	28
1.3 A trajetória do corpo em psicanálise	33
1.4 Corpo, psiquismo e intersubjetividade	36
CAPÍTULO 2 - .A CLÍNICA PSICOSSOMÁTICA: DA METAPSIKOLOGIA AO CORPO	43
2.1 Clínica e teoria psicossomática	44
2.2 Procedimento terapêutico na clínica psicossomática	53
2.3. Desafios da clínica contemporânea	56
CAPÍTULO 3 - O CORPO DO ANALISTA NO ENQUADRE DA CLÍNICA PSICOSSOMÁTICA	71
3.1 O enquadre na clínica psicossomática: algumas considerações sobre a técnica psicanalítica	72
3.2 O corpo do analista e os desafios do trabalho analítico	82
CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS	100

INTRODUÇÃO

*“Nos momentos em que o sistema psíquico falha,
o organismo começa a pensar”*

(Sándor Ferenczi)

O interesse pelo estudo da psicossomática surgiu a partir dos desafios sentidos por mim, enquanto pesquisadora e psicanalista, na escuta de pacientes que apresentam sintomas somáticos. Os quadros de somatização, ao lado de outras configurações clínicas não neuróticas, tem aparecido cada vez mais na clínica contemporânea, suscitando reflexões acerca da necessidade de ampliações teórico-clínicas dentro da psicanálise.

Iniciei a minha prática clínica logo que me graduei em psicologia e comecei a trabalhar em um serviço de saúde, atendendo tanto crianças e adolescentes quanto pacientes adultos, ao mesmo tempo em que ingressei no curso de especialização em teorias psicanalíticas. A demanda de pacientes era grande e a maioria era encaminhada por médicos de diversas especialidades com queixas como fibromialgia, insônia, crises de asma, distúrbios alimentares, dificuldades para engravidar, distúrbios gastrointestinais, doenças coronarianas, pacientes em tratamento de câncer e/ou em remissão, entre outros.

Muitos desses casos me deixavam intrigada e me faziam pensar sobre o sentido desses adoecimentos na história de vida dos pacientes. Questionava-me sobre a analisabilidade deles e se a psicanálise seria uma ferramenta adequada para os atendimentos, pois percebia um discurso concreto, muito ligado ao factual, e uma dificuldade em associar livremente. Demonstravam também não se sentirem confortáveis com o divã, preferindo o atendimento face a face, e alguns não suportavam uma frequência maior que uma vez por semana.

Na busca de trabalhos psicanalíticos sobre a psicossomática, me deparei com a teoria de Pierre Marty e de seus colegas precursores da Escola Psicossomática de Paris, os quais observaram que os pacientes com queixas somáticas se caracterizavam:

Pela ausência de liberdade associativa, pela raridade de expressões faciais e fantasmáticas espontâneas, pela relativa ineficácia do trabalho do sonho, dos processos sublimatórios e simbólicos ... [pela] ausência de fluidez entre os processos inconscientes e a consciência ... [pela] existência de falhas no tratamento psíquico das excitações corporais mobilizadas pelas experiências vividas e de sua ligação às representações mentais (Tabacof, 2016, p. 97).

Devido a isso, provavelmente, sentia certa dificuldade nas sessões com esses pacientes. Além disso, a maioria deles não chegava com o desejo de fazer análise, mas sim porque eram encaminhados pelo médico. Costumavam trazer seus exames na primeira sessão e relatavam a história e a evolução da doença como se fosse algo dissociado de si. Por trás dessa procura passiva, por assim dizer, mostravam uma expectativa de condução de tratamento e de cura nos moldes da prática médica. Algo um tanto quanto diferente do que a psicanálise propõe.

A ausência de demanda espontânea é apontada tanto pela literatura psicanalítica (Brasil, 2005; Tabacof, 2016, 2020), quanto pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V). Segundo o manual, indivíduos com transtornos de sintomas somáticos geralmente são encontrados em contextos de atendimento primário e em outros contextos médicos, sendo menos frequente encontrá-los em contextos psiquiátricos ou em centros de atendimento à saúde mental. Como a ênfase recai mais sobre as preocupações somáticas, é comum que esses pacientes passem por diversos médicos antes de serem encaminhados para algum serviço de saúde mental.

Isso significa dizer que a demanda à qual o paciente somático se refere é relativa ao corpo biológico, de forma que o corpo erógeno fica fora do registro da demanda espontânea. Nesse sentido, a ausência ou mesmo a inespecificidade da demanda configura um desafio importante a ser considerado na clínica psicanalítica, já que é a demanda que impulsiona o paciente a se engajar no processo terapêutico (Brasil, 2005).

Uma vez estabelecido o vínculo terapêutico, percebia que o atendimento a esses pacientes com sintomas somáticos suscitava em mim diversos sentimentos contratransferenciais, os quais me motivaram também a estudar mais sobre psicossomática, especificamente sobre o lugar do corpo do analista nessa clínica. Em algumas sessões, percebia em meu corpo um desconforto, um cansaço, por vezes sentia sono ou dores de cabeça. Sentia ainda que precisava digerir para o paciente aquilo que ele trazia, mas que nem sabia que estava trazendo, me deixando muitas vezes com a sensação de um peso no corpo. Após os atendimentos, essas sensações costumavam passar, me fazendo então refletir sobre como o corpo do analista é impactado e afetado na clínica psicossomática e sobre como é importante a presença viva do analista para esse paciente.

Célérier (2013) considera que o corpo pode ser um mediador importante na análise de pacientes somáticos. Para a autora, às vezes uma mão na mão ou um copo d'água que o analista oferece ao paciente, dirigindo-se a ele, pode ser a única forma de contato possível, antes que se tenha acesso à fala. Além disso, devido às particularidades do funcionamento psíquico desses pacientes, Dejours (1993/2019) afirma que eles podem experimentar o vazio e o atendimento face a face pode tranquilizá-los, pois permite que eles se apeguem à percepção da presença do analista, caso necessário.

A importância do atendimento face a face e da presença do analista na clínica psicossomática pôde ser observada, por exemplo, quando houve a migração do

atendimento presencial para o *online*, devido à pandemia do coronavírus. A ausência do corpo físico do analista na sessão parece ter impactado significativamente alguns de meus pacientes com queixas somáticas, de forma que parte deles optou por interromper os atendimentos até poderem voltar para o presencial. Nesse novo contexto, os analistas foram desafiados a trabalhar usando novos dispositivos, como o telefone e o computador, e precisaram se adaptar a um novo *setting*, marcado por interferências e dependente de uma conexão de internet. Os canais sensoriais ficaram, assim, limitados na análise virtual.

Dejours (1993/2019) afirma que é importante, na clínica psicossomática, o analista considerar os sinais do corpo do paciente, uma vez que as “tremulações, tremores, agitação, instabilidade motora, cadência verbal, etc. assinalam o transbordamento do paciente pela excitação que ele não consegue ligar mentalmente (ou ‘mentalizar’)” (p.102). No atendimento *online*, os canais sensoriais ficam reduzidos à visão e audição ou, em alguns casos, apenas à audição. Paciente e analista ficam enquadrados pela tela, como um busto, e o contato se dá por meio dos corpos virtuais. A expressão corporal, em alguma medida, também pode ficar comprometida. Um pé que está inquieto durante a sessão ou uma mão que transpira excessivamente, por exemplo, passam despercebidos por não estarem ao alcance da tela.

O corpo do analista, no que diz respeito essencialmente a suas emoções, afetos e sensações despertadas durante a sessão analítica, tem sido privilegiado por alguns autores (Célérier, 2013; Dejours, 1993/2019; Fernandes, 2019; Fontes, 1999, 2006; Labaki & Cartocci, 2016; Leite, 2006; Mattuella, 2015, 2020) no discurso psicanalítico. Na chamada clínica dos casos difíceis, onde o analista mais frequentemente se depara com dificuldades de representação, os efeitos em seu corpo são mais presentes. Neste trabalho, nosso foco é na clínica psicossomática, entendendo que diante da precária capacidade de

simbolização observada em parte dos pacientes somáticos (Tabacof, 2016), o corpo do analista é convocado de alguma forma e essas sensações não devem ser ignoradas.

O tema da psicossomática, de modo geral, tem sido encontrado em trabalhos recentes dentro dos estudos psicanalíticos. Através de uma busca realizada na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações, foram encontrados trabalhos que privilegiaram o estudo do corpo em psicossomática e as particularidades e desafios da clínica com esses pacientes (Corrêa, 2019; Ferraretto, 2010; Pereira, 2010; Ventura, 2011). Todavia, apesar de abordarem o trabalho do analista em algum aspecto, não foram encontradas, na referida busca, pesquisas recentes que privilegiassem especificamente a discussão entre o corpo do analista e sua relação com o enquadre na psicossomática.

É nesse cenário, portanto, que nasce o desejo em estudar o trabalho do analista na clínica psicossomática e que a relevância desta dissertação se apresenta. Partindo do entendimento de que a relação analítica se dá no campo da intersubjetividade, o objetivo geral desta dissertação é investigar o corpo do analista como elemento do enquadre na clínica psicossomática psicanalítica.

Como objetivos específicos, esta dissertação pretende: a) analisar o corpo em psicanálise e o lugar do corpo erógeno no adoecimento somático; b) investigar como o corpo do analista é convocado e como pode ser um elemento importante do enquadre na clínica com pacientes somáticos; e c) apresentar e discutir fragmentos clínicos sobre os desafios do enquadre na clínica psicossomática.

Considerações metodológicas

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica em psicanálise de caráter exploratório, com discussão de fragmentos clínicos publicados por diferentes analistas. Segundo Figueiredo e Minerbo (2006), a pesquisa em psicanálise consiste em atividades voltadas

para a produção de conhecimento que mantém algum tipo de relação com a teoria psicanalítica, permitindo, assim, a compreensão de fenômenos sociais, culturais e subjetivos. No caso desta dissertação, conceitos psicanalíticos serão utilizados como instrumento de investigação e de compreensão da teoria e da clínica psicossomática.

Silva e Rocha (2017) afirmam que o campo do método psicanalítico é o campo das significações, onde se busca compreender o significado do que é dito e dos elementos que fazem parte desse dito. Para os autores:

A pesquisa psicanalítica, quando especificamente teórica tem a mesma perspectiva de entendimento e compreensão objetivados na clínica psicanalítica: encontrar sentidos, significados em atitude de confiança e de suspeita. Confiança, enquanto confirmação da lógica do pensar de Freud, porém, também de suspeita, porque acreditamos nos sentidos a serem descobertos, aprofundados e mesmo confrontados, uma vez que nos encontramos frente a uma ciência que está sempre crescendo (J. J. da Silva & Rocha, 2017, p. 49).

A pesquisa em psicanálise, portanto, visa abarcar o objeto de seu estudo sem a pretensão de esgotá-lo. Iribarry (2003) afirma que a pesquisa psicanalítica não exige uma sistematização completa e, diferentemente das abordagens quantitativas e qualitativas, não tem como objetivo fazer inferências generalizadoras. A meta do pesquisador psicanalítico é problematizar um aspecto do campo psicanalítico, oferecendo contribuições para além da confirmação da teoria. O pesquisador aparece como primeiro sujeito de sua pesquisa, estando implicado na investigação que realiza; isto é, estabelece-se uma relação entre o mundo subjetivo do autor e o mundo objetivo da realidade pesquisada.

De acordo com Lowenkron (2004), a pesquisa psicanalítica tem como direção a experiência clínica, pois é ela quem fornece os eixos fundamentais para a teoria. Como

sabemos desde Freud (1912/1996b), pesquisa e tratamento coincidem na psicanálise. A partir dos impasses com os quais se deparou na clínica, o inventor da psicanálise construiu e reconstruiu conceitos à medida que novos contextos apareciam. Assim, a questão que chama atenção do analista-pesquisador na clínica possibilita que seja traçado um caminho de investigação, caminho este marcado por associações e ligações (Magtaz & Berlinck, 2020).

Neste trabalho selecionaremos fragmentos clínicos de pacientes com queixas somáticas disponibilizados pela literatura psicanalítica, os quais possam contribuir para a discussão sobre o corpo, o enquadre e os desafios clínicos. A utilização de exemplos clínicos é importante pois nos possibilita construir uma transformação da teoria a partir da prática (Soares et al., 2015). Assim, a discussão clínica promove tanto o desenvolvimento da teoria quanto o desenvolvimento de dispositivos terapêuticos, contribuindo para a academia científica e para a prática clínica dentro da psicanálise. Este trabalho se propõe a contribuir ainda para a articulação entre a psicanálise e outras disciplinas da área da saúde, uma vez que traz à tona a subjetividade presente nas manifestações somáticas e permite um olhar diferenciado do saber médico sobre o sofrimento físico.

Como referencial teórico, adotaremos, então, a psicanálise, apoiando-nos em trabalhos clássicos de Sigmund Freud e Donald Winnicott e em autores contemporâneos, como Christophe Dejours e Jean Laplanche. Além disso, traremos o enfoque abordado pelo Instituto de Psicossomática de Paris (IPSO), o qual, sob a liderança de Pierre Marty, consolidou os estudos sobre a psicossomática psicanalítica a partir da década de 1960. Tal estudo se faz relevante uma vez que os trabalhos desenvolvidos pelos autores do IPSO foram construídos na direção de uma metapsicologia psicossomática, trazendo, assim, novos olhares para o fenômeno e para a sua articulação com a psicanálise. Em âmbito

nacional e internacional, serão contemplados ainda outros autores psicanalíticos contemporâneos, os quais se dedicam ao estudo da interface entre psicossomática, corpo e psicanálise.

Para o alcance dos objetivos propostos, esta dissertação está organizada em 3 capítulos, além da introdução e das considerações finais. No primeiro, discutiremos as contribuições psicanalíticas no que tange ao corpo e à psicossomática. Inicialmente faremos um resgate histórico, voltando a Freud para analisar as manifestações somáticas na histeria e na neurose atual, além de traçar um panorama sobre outros nomes da psicanálise que exerceram influência no estudo da psicossomática, como Groddeck e Alexander. Em seguida, traremos para a discussão a concepção de corpo em psicanálise, dando lugar para a noção do eu corporal e enfatizando a dimensão da intersubjetividade.

Já o segundo capítulo trata da teoria e da clínica em psicossomática. Apresentaremos a concepção desenvolvida pelo Instituto de Psicossomática de Paris (IPSO) desde a primeira geração até contribuições mais atuais. Falaremos sobre a teoria de Pierre Marty e de seus colaboradores, abordando os principais conceitos e o procedimento terapêutico que eles adotavam. Finalizaremos com as contribuições de Dejours sobre o lugar do corpo em psicossomática e de outros nomes importantes na clínica contemporânea.

Por fim, no terceiro capítulo, discutiremos o lugar do corpo do analista, o conceito de enquadre dentro da psicanálise e algumas considerações técnicas trazidas por Freud. Discutiremos também estes conceitos à luz da clínica psicossomática, bem como os impasses e desafios encontrados nesta clínica. Concluiremos dando destaque ao corpo do analista, como ele é convocado nos atendimentos a pacientes somáticos e como ele pode funcionar como um elemento do enquadre na psicossomática.

CAPÍTULO 1

PSICOSSOMÁTICA E CORPO: CONTRIBUIÇÕES PSICANALÍTICAS

“Quem tem olhos para ver e ouvidos para escutar, logo se convence de que os mortais não são capazes de esconder segredo algum. Quem silencia com os lábios, fala com a ponta dos dedos...”

(Sigmund Freud)

Apesar de estarem ligadas, a psicossomática e a psicanálise não se confundem. Volich (2000) afirma que a psicossomática é a ciência que procura compreender o ser humano por meio da interação entre as expressões psíquicas e somáticas, considerando o contexto biopsicossocial que o circunda. De acordo com Kamieniecki (1993), a psicossomática constitui uma disciplina em si, com o intuito de trazer respostas sobre a unidade fundamental do ser humano, tendo na psicanálise uma permanente referência.

Todavia, antes de se constituir uma disciplina e de se aproximar da psicanálise, a psicossomática, ou melhor, a ideia de uma relação entre corpo e mente, já era objeto de estudo desde a Grécia Antiga, a partir de Hipócrates. A doutrina hipocrática tinha como característica voltar-se mais para os doentes do que para a doença em si, não tratando o corpo sem cuidar também da alma, uma vez que tal distinção não estava estabelecida (L. T. L. da Silva, 2016; Volich, 2000).

A partir de Platão começou a surgir um olhar dualista que separava corpo e alma. Descartes corroborava esse dualismo, considerando o corpo um autômato puro e a alma uma entidade racional. Em contrapartida, em 1818, um médico alemão chamado Johann Heinroth, como reação à essa tradição dualista cartesiana, passou a defender que corpo e psique eram dois aspectos de uma mesma coisa, sendo que o primeiro aparecia

exteriormente no espaço e o outro interiormente como psique. Para o autor, esses dois aspectos do eu não seriam divisíveis. A literatura aponta que Heinroth, nessa época, foi quem primeiro introduziu o termo psicossomática (Santos & Peixoto Junior, 2019b; L. T. L. da Silva, 2016; Vicente, 2005; Volich, 2000).

Avançando um pouco na história, observamos que a aproximação com a psicanálise se deu somente no século posterior. Freud é considerado um grande precursor, uma vez que seus conceitos trouxeram contribuições valiosas para a área e permitiram pensar a participação dos fatores psíquicos nas doenças orgânicas. O sintoma físico, na teoria freudiana, pode estar relacionado tanto à psiconeurose, nos casos de conversão histórica, quanto às neuroses atuais. Todavia, Freud privilegiou em seus estudos as psiconeuroses e os conflitos intrapsíquicos, enquanto outros psicanalistas como Groddeck se dedicaram mais às manifestações somáticas.

Em meados dos anos 30, o movimento dentro da área da psicossomática começou a ganhar força nos Estados Unidos, com a Escola de Chicago, representada por Franz Alexander, considerado pioneiro da medicina psicossomática. O modelo desenvolvido por Alexander, além de trazer muitas contribuições para a área, inspirou outros psicanalistas, como os da Escola Francesa. A partir da década de 60, a psicossomática se consolidou com o Instituto de Psicossomática de Paris (IPSO), liderado por Pierre Marty e em colaboração com Michel Fain, Christian David, Michel de M'Uzan, Léon Kreisler (Kamieniecki, 1993).

Este breve percurso histórico nos permite perceber que a psicossomática sofreu modificações ao longo do tempo e que a psicanálise teve um papel importante, fornecendo ferramentas para olharmos o fenômeno sob uma ótica diferente do saber médico e servindo de base para a constituição de uma disciplina em si de psicossomática. Reconhecendo a importância da psicanálise para a psicossomática, o objetivo deste

capítulo é revisitar a obra freudiana para entendermos como as contribuições de Freud impulsionaram os estudos posteriores na psicossomática e como isso aparece no que hoje entendemos como o enquadre da clínica psicossomática. Em seu percurso teórico-clínico, Freud classificou diferentes configurações clínicas (divididas em dois grandes grupos: psiconeuroses e neuroses atuais) e desenvolveu o método psicanalítico, sendo que este teria maior êxito no caso das psiconeuroses.

Além disso, Freud chamou atenção para os sintomas corporais tanto na histeria quanto nas neuroses atuais e deu ao corpo um lugar privilegiado, trazendo para o discurso psicanalítico uma compreensão de corpo diferente do que até então havia sido abordada, a saber, a concepção de corpo erógeno. Que corpo é esse do qual fala a psicanálise e como ele se constitui são alguns dos pontos que iremos abordar ao longo deste capítulo.

Este capítulo divide-se, então, em três partes. Na primeira, falaremos sobre as manifestações históricas e conversões somáticas, bem como sobre as neuroses atuais, pois são configurações em que os sintomas corporais se evidenciam. Em seguida, percorreremos a concepção de corpo em psicanálise, concepção esta que nasce a partir da clínica da histeria. Por fim, discutiremos a noção do eu corporal de Freud a partir do campo da intersubjetividade e da contribuição de autores pós freudianos.

1.1 Histeria e neurose atual: revisitando os conceitos freudianos

Embora Freud não tenha utilizado o termo psicossomática, o inventor da psicanálise é considerado precursor na área, uma vez que chamou atenção para a relação entre os fatores psíquicos e somáticos. Sendo assim, para pensarmos na clínica psicossomática contemporânea, de modo especial no lugar do corpo nas manifestações somáticas, é importante entendermos como os desdobramentos da teoria freudiana

exerceram influência na área, nos permitindo fazer uma leitura psicanalítica sobre o fenômeno psicossomático.

Em suas primeiras investigações psicanalíticas, Freud estava engajado no estudo das neuroses e fazia uma distinção entre as neuroses atuais (neurastenia, neurose de angústia e hipocondria) e as psiconeuroses (histeria, neurose obsessiva, paranoia, confusão alucinatória, etc.), dedicando-se com mais profundidade na investigação desse segundo grupo.

Para Freud (1896/1996c), as psiconeuroses – também denominadas neuroses de defesa e posteriormente de neuroses de transferência - caracterizavam-se por “sintomas [que] emergiam por meio do mecanismo psíquico de defesa (inconsciente) – isto é, emergiam como uma tentativa de recalcar uma representação incompatível que se opunha aflitivamente ao ego do paciente” (p.163). Os acontecimentos e influências que estão na origem das psiconeuroses, segundo Freud (1898/1996), referem-se a uma época passada da vida, ao período da primeira infância e, por isso, seriam esquecidos pelo paciente. Neste momento, Freud ainda não havia teorizado sobre a sexualidade infantil nem sobre o recalque, porém essas ideias já davam sinais nessas primeiras publicações.

Dentre as psiconeuroses, interessa-nos aqui a histeria, uma vez que esta tem como uma de suas características a conversão somática. Freud (1896/1996c), antes de abandonar a teoria da sedução e desenvolver a teoria da sexualidade infantil, compreendia a histeria como resultado de traumas sexuais infantis, ocorridos antes da puberdade, especificamente envolvendo passividade sexual durante o período pré-sexual. Freud ressaltava que não eram as experiências em si que agiam de forma traumática, mas a lembrança que era revivida pelo paciente posteriormente quando se ingressava na maturidade sexual.

O termo conversão aparece pela primeira vez na obra freudiana em 1894 no texto *As neuropsicoses de defesa* para referir-se à aptidão que as histéricas tinham de transformar o acúmulo de excitação de uma representação incompatível em uma inervação somática. Os sintomas corporais das histéricas, para Freud (1894/1996a), eram de origem psíquica indo de encontro ao que os médicos da época defendiam, a saber, bases orgânicas para a histeria. Esses sintomas consistiam em substitutos simbólicos de conflitos intrapsíquicos que podiam desembocar em conversões somáticas e por isso podiam ser tratados através da psicanálise.

McDougall (1982/2015) afirma que nas conversões histéricas há uma “rica cadeia de laços recusados, prestes a se metaforizarem, inicialmente no sintoma e posteriormente na palavra” (p.83). Isso significa dizer que as conversões histéricas conferem às funções corporais uma significação simbólica, proveniente de material recalçado, e por isso são passíveis de interpretação. Laplanche e Pontalis (1967/2001) corroboram essa ideia reforçando que o sintoma conversivo se especifica justamente por sua significação simbólica, fazendo da psicanálise uma ferramenta possível no atendimento a pacientes histéricos. Estes autores seguem a mesma linha de Freud (1905/1996) que afirma:

A psicanálise elimina os sintomas dos histéricos partindo da premissa de que tais sintomas são um substituto – uma transcrição, por assim dizer – de uma série de processos, desejos e aspirações investidos de afeto, aos quais, mediante um processo psíquico especial (o *recalcamento*), nega-se a descarga através de uma atividade psíquica passível de consciência. Assim, essas formações de pensamento que foram retidas num estado de inconsciência aspiram a uma expressão apropriada a seu valor afetivo, a uma *descarga*, e, no caso da histeria, encontram-na mediante o processo de *conversão* em fenômenos somáticos... (p.155).

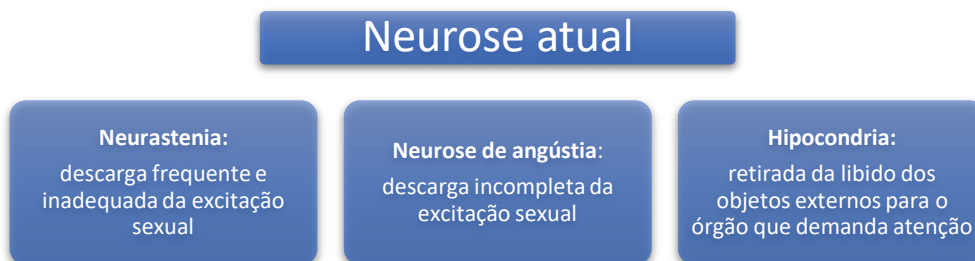
Em relação às neuroses atuais, denominadas de neuroses simples ou neurose propriamente dita, a etiologia também é de natureza sexual, porém de caráter contemporâneo, atual – e não infantil, como nas psiconeuroses (Freud, 1898/1996). O termo neurose atual - embora o conceito fosse antigo e já estivesse implícito nos *Estudos sobre histeria* - aparece na obra freudiana pela primeira vez em 1898 em *A sexualidade na etiologia das neuroses*. Inicialmente, Freud classificava como neurose simples apenas a neurastenia, porém, em 1894, quando publica *Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada 'neurose de angústia'*, acrescenta esse outro subgrupo. Sobre a neurose de angústia, afirma que esta

Partilha com a neurastenia uma característica essencial – a saber, a de que a fonte da excitação, a causa precipitante do distúrbio, reside no campo somático, e não no psíquico, como ocorre na histeria e na neurose obsessiva. Em outros aspectos, constatamos, antes, uma espécie de antítese entre os sintomas da neurose de angústia e os da neurastenia, que poderia evidenciar-se em rótulos como “acúmulo de excitação” e “empobrecimento da excitação” (Freud, 1894/1996b, p. 114–115).

A categoria das neuroses atuais ganha outro subgrupo quando, em *Sobre o narcisismo: uma introdução*, Freud (1914/1996) coloca a hipocondria ao lado da neurastenia e da neurose de angústia. Tal relação, porém, já era sugerida em outros momentos da obra freudiana, como no trabalho de 1894 supracitado. Então, em 1917, na conferência *O estado neurótico comum*, Freud expõe lado a lado essas três formas de neuroses atuais, conforme ilustrado na Figura 1:

Figura 1

Subgrupos da neurose atual



A neurastenia, primeiro subgrupo da neurose atual, define-se por sintomas como fadiga, constipação, cefaleias, fraqueza sexual, dentre outros devido à descarga frequente e inadequada da excitação sexual, como ocorre na masturbação (Freud, 1896/1996b, 1898/1996). A neurose de angústia, por sua vez, compreende sintomas de irritabilidade, tremores, suores, congestão, vertigem locomotora, sensibilidade à dor aumentada, dispneia, taquicardia, insônia, diarreias e outros em decorrência da descarga incompleta da excitação sexual, em geral nos casos de coito interrompido e abstinência sexual (Freud, 1898/1996, 1896/1996b). Para Freud (1894/1996a), a neurose de angústia é “o equivalente somático da histeria” (p.115), sendo diferentes apenas pelo fato de a neurose de angústia tratar-se de uma excitação sexual somática e a histeria de uma excitação psíquica provocada por um conflito.

Já a hipocondria consiste na manifestação de sensações somáticas aflitivas e caracteriza-se pela retirada da libido dos objetos do mundo externo para o órgão que demanda atenção (Freud, 1914/1996). O autor afirma que essas sensações corpóreas desagradáveis são semelhantes às manifestações somáticas encontradas na neurastenia e na neurose de angústia.

Para Fernandes (2001), o excesso de sinais somáticos presente nos pacientes hipocondríacos leva a uma escuta exagerada do corpo e evidencia este corpo como um

objeto singular de investimentos. Embora o prazer seja travestido pela dor, a autora ressalta o aspecto auto erótico, a presença do investimento libidinal. Ela afirma ainda que o modelo da hipocondria serve para pensarmos sobre o corpo do analista no processo analítico, uma vez que “o corpo do analista ... é solicitado a dar ouvidos àquilo que a palavra não tem condições de expressar” (p.76).

Observamos que os sintomas característicos nas configurações supracitadas ocorrem no corpo biológico, afetando o funcionamento somático. Embora na conversão histérica o sintoma também seja corporal, nesses casos o funcionamento somático não é afetado. O corpo serve como uma via de descarga do conflito psíquico que, devido ao recalque, não pôde ser descarregado através da atividade psíquica.

A distinção entre as neuroses atuais e as psiconeuroses é retomada em *Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna* de 1908, onde Freud diz que os sintomas na neurose atual são de “natureza tóxica” (p.172) e reafirma a etiologia na vida sexual atual, afetando o funcionamento somático. Na conferência de 1917 anteriormente mencionada, porém, Freud faz uma observação a respeito da relação entre elas, afirmando que no núcleo de um sintoma psiconeurótico frequentemente está um sintoma de neurose atual. Posteriormente, ressalta que os sintomas das neuroses atuais são desprovidos de significados psíquicos e, por isso, não seriam passíveis de tratamento através da psicanálise (Freud, 1917/1996).

O termo atual, de acordo com Laplanche e Pontalis (1967/2001), além de se referir à questão da temporalidade atual entre causa e sintoma, diz respeito ao que Freud (1917/1996) pontuou sobre a falta de mediação psíquica (deslocamentos e condensações), tal qual ocorre no caso das psiconeuroses. Os autores apontam para a ausência ou insuficiência de elaboração psíquica da excitação sexual somática, sendo essa derivada no soma sob a forma de angústia.

Segundo a literatura (Ferraz, 1997; Melgaré, 2020; Santos & Peixoto Junior, 2019b), o conceito de neurose atual deixou de aparecer na obra freudiana ao longo de seu desenvolvimento. A clínica da neurose atual não se beneficiaria da psicanálise já que a etiologia dos distúrbios somáticos não se encontrava em material recalado e esses pacientes não conseguiam seguir a regra fundamental da psicanálise, a associação livre. Contudo, muito do que foi descoberto naquela época (não apenas sobre a neurose atual, mas sobretudo a respeito da primeira tópica freudiana) pôde ser relacionado ao que posteriormente passou a se compreender acerca da psicossomática, de modo especial ao que preconizava Marty e seus colaboradores do IPSO.

Apesar de Freud ter escolhido o caminho das psiconeuroses, outros autores de sua época seguiram uma direção diferente ao privilegiar o adoecimento somático e trilhar o caminho para uma teoria em psicossomática. Gostaríamos de destacar, a seguir, dois nomes que foram importantes nesse percurso: Groddeck e Alexander.

1.2. Influências da psicanálise para a psicossomática além de Freud

Enquanto Freud dedicava-se ao estudo das psiconeuroses e dos conflitos intrapsíquicos, outros psicanalistas privilegiaram o adoecimento somático. Os estudos freudianos sobre a histeria iam ao encontro do que Groddeck (1917/2011) desenvolvia na época sobre o adoecimento somático. Groddeck é considerado por muitos como o fundador da psicossomática e apresenta alguns pontos de convergência e outros de divergência com a teoria freudiana. Uma dessas divergências recai sobre a enfermidade física.

Freud, como apresentado anteriormente, postulava que os sintomas da neurose atual não tinham significados e não eram passíveis de tratamento psicanalítico, em contrapartida Groddeck (1917/2011) afirmava que todo sintoma de uma doença carregava

consigo uma expressão simbólica e defendia um manejo psicanalítico diferente da técnica clássica para o tratamento das doenças orgânicas. Segundo ele, o paciente detinha os meios para sua cura e caberia ao médico descobrir o que estava impedindo esse processo natural. Defendia que o tratamento dos sintomas somáticos acontecesse também por outras vias terapêuticas, além da psicoterapia, como massagens, dietas e banhos (Brasil, 2005; Santos & Peixoto Junior, 2019a; Tabacof, 2021). Observamos, assim, que Groddeck, já nessa época (pouco tempo depois dos artigos freudianos sobre a técnica), trazia apontamentos sobre o enquadre psicanalítico e o lugar do analista.

Smadja (2012) aponta que na teoria groddeckiana as doenças físicas apresentavam a mesma dinâmica psíquica teorizada por Freud no funcionamento neurótico histérico, defendendo, assim, que todo distúrbio somático poderia ser interpretado de forma simbólica. Além disso, à semelhança da teoria freudiana sobre o sonho, no sintoma orgânico havia um conteúdo manifesto e outro latente (L. T. L. da Silva, 2016).

Groddeck (1917/2011) relatou o caso de uma paciente que tinha dores de garganta e dificuldades para engolir a cada 15 dias. Ele interpretou como sendo uma forma dela enfrentar as dificuldades da vida. Trouxe também um caso pessoal em que apresentava uma inflamação de garganta e interpretou como sendo uma forma de fechar a porta de entrada para o interior do corpo, isto é, uma forma de defesa. Assim, para o autor, qualquer pessoa (e não apenas o histérico) seria capaz de ficar doente para atender algum propósito inconsciente.

No meio psicanalítico, Groddeck ficou conhecido pelos estudos sobre o Isso, que corresponderia a uma ampliação do conceito freudiano de inconsciente. Partindo da noção de que o Isso se refere ao indivíduo em sua integralidade, o autor afirmava que todas as doenças seriam doenças do Isso e, assim, não poderiam ser divididas em doenças orgânicas ou psíquicas (Santos & Peixoto Junior, 2019b; L. T. L. da Silva, 2016). Nas

palavras de Groddeck (1917/2011), o “Isso tem inúmeras formas de proteger-se contra a ameaça de intervenções químicas, mecânicas e bacterianas, do mesmo modo ele é capaz de provocar condições que permitem a ação do germen patogênico, quando uma doença lhe pareça conveniente” (p. 12).

Groddeck (1917/2011) mencionou ainda outros exemplos, como as dores de cabeça que poderiam servir para aplacar pensamentos e impulsos, tosses que poderiam expelir impressões inaceitáveis, dores no braço que poderiam alertar contra a tendência a um ato violento e mãos frias que poderiam ocultar sentimentos quentes. É interessante notar que Groddeck chama atenção também para os sintomas que ele próprio, enquanto analista, sentia em seu corpo. Relatou que na época em que atendia a paciente com dores de garganta quinzenais ele estava tendo crises de inflamação na garganta, além de outros sintomas orgânicos. Em outro caso, quando estava a caminho para atender uma paciente que ele não considerava simpática, sentia dores no pé esquerdo, as quais, segundo sua interpretação, funcionava como um alerta para que ele não demonstrasse a antipatia que sentia pela paciente. Com esses exemplos, podemos observar como Groddeck interpretava o sentido dos sintomas físicos e como dava atenção tanto para o corpo do paciente quanto para o corpo do analista.

A teoria grodeckiana foi perdendo força no meio psicanalítico em meio a diversas críticas. Smadja (2012) afirma que a ausência de qualquer diferenciação entre os níveis psíquicos e os níveis biológicos e fisiológicos nas enfermidades está entre os pontos mais questionáveis da teoria. Fernandes (2011) acrescenta que a utilização generalizada do modelo freudiano sobre a histeria na compreensão do funcionamento psíquico dos pacientes somáticos também compõe esse cenário.

Nessa construção da compreensão dos quadros psicossomáticos, Alexander (1989) foi outro nome importante, sendo um dos maiores representantes da Escola

Psicossomática Americana na década de 30. O autor defendia a ideia de que fatores psicológicos influenciavam fatores fisiológicos e, por isso, mereciam ser estudados minuciosamente. Os fatores psicológicos, para ele, não divergiam de outros processos corporais, exceto pelo fato de poderem ser percebidos subjetivamente e comunicados verbalmente aos outros.

Alexander (1989) considerava o organismo como um todo, uma unidade, e defendia que cada processo corporal era direta ou indiretamente influenciado por estímulos psicológicos. Cerchiari (2000) explica que o transtorno psicossomático, para a Escola de Chicago, decorria da inadequada expressão de algumas vivências, de forma que os estados de tensão crônica resultantes eram derivados para o corpo. A elevação da pressão arterial de uma pessoa, por exemplo, poderia ser decorrente do estado de raiva, de forma que essa condição somática seria o representante fisiológico da raiva.

Para Alexander (1989), os conflitos emocionais apresentavam especificidades, ou seja, tendiam a atingir determinados órgãos. Como exemplo, Alexander afirmava que a raiva parecia estar relacionada ao sistema cardiovascular e a doenças coronarianas, enquanto a tensão muscular proveniente de impulsos agressivos reprimidos estava relacionada à artrite reumatoide. Além dos fatores emocionais, Alexander defendia que outros fatores participavam da etiologia de uma doença, como a constituição hereditária, traumas do nascimento, a natureza dos cuidados com a criança na primeira infância e outros. No entanto, segundo a pesquisa de Cerchiari (2000), essa ideia foi criticada por outros estudiosos que consideravam o modelo teórico de Alexander como um modelo médico e com insuficiente base epistemológica.

A teoria da especificidade atravessa amplamente a psicossomática de Alexander, sugerindo uma relação entre tipos de personalidade e doenças (Cerchiari, 2000). Segundo Alexander (1989), Helen Dunbar descrevera correlações estatísticas que apontavam que

determinados tipos de personalidade estavam mais predispostos a certas doenças. O paciente coronariano, por exemplo, seria uma pessoa controladora, determinada e batalhadora. Já os pacientes que sofrem fraturas e são propensos a acidentes seriam pessoas mais impulsivas, desorganizadas e inconsequentes. O paciente portador de úlcera péptica, por sua vez, seria uma pessoa com personalidade mais agressiva e hiperativa. Brasil (2005) acrescenta ainda que:

Para Alexander existiam dois tipos de pacientes psicossomáticos: um paciente impulsionado pela necessidade de lutar e de competir, e outro paciente mais retraído, manifestando certa inibição expressiva. Quando as necessidades psíquicas desses pacientes não são atingidas, aparece o conflito. De certo modo, as somatizações compreendidas a partir deste modelo de ativação ou de superestimulação de uma função, ou do funcionamento de um sistema orgânico, revelam o efeito de certas emoções crônicas reprimidas e de certos conflitos psíquicos (pp.50-51).

À medida que os estudos foram se desenvolvendo, Alexander constatou que nem sempre os indivíduos que apresentavam certos padrões emocionais adoeciam (Santos & Peixoto Junior, 2019b). Brasil (2005) explica que, para o autor, as manifestações somáticas seriam resultantes da combinação entre a predisposição individual, o corpo do sujeito e a situação de conflito.

As descobertas de Alexander e de seus colegas foram muito importantes para o desenvolvimento da psicossomática enquanto uma disciplina, servindo de inspiração para trabalhos posteriores, como os que viriam a surgir no seio da Escola de Paris. No entanto, Marty e seus colaboradores, adotando o referencial psicanalítico e privilegiando a escuta clínica dos pacientes somáticos - ao invés da escuta do órgão -, diferenciaram-se

substancialmente da escola americana e deram um passo significativo no estudo da psicossomática psicanalítica (Cerchiari, 2000).

Antes de passarmos para a análise da teoria psicossomática da Escola de Paris, discutiremos a compreensão do corpo em psicanálise e de como se dá a construção do corpo erógeno, por entendermos que estes conceitos são importantes para o avanço da nossa discussão.

1.3 A trajetória do corpo em psicanálise

Neste tópico apresentaremos a concepção de corpo para a psicanálise, privilegiando a trajetória do conceito de corpo dentro da teoria freudiana. Nas patologias contemporâneas, uma vez que o corpo está cada vez mais implicado, um estudo sobre que corpo é este do qual a psicanálise fala se faz relevante.

Primeiramente, precisamos ter em mente que o corpo psicanalítico é distinto do corpo biológico. O primeiro é, basicamente, regido pelas leis do inconsciente e constitui-se coerentemente com a história do sujeito. Já o segundo constitui-se como um organismo, obedecendo às leis da anatomia dos órgãos e dos sistemas funcionais (Freud, 1893/1996). Apesar da distinção, a psicanálise não desconsidera o corpo fisiológico, mas sim o vê como algo que o sujeito precisa se apropriar, ou seja, inserir em sua história e dar um sentido para ele.

A partir da clínica da histeria, Freud (1893/1996) começa a delinear uma outra leitura sobre o corpo, ao perceber que a histérica falava de si através do sintoma somático, ou seja, através de um corpo que expressava conteúdo psíquico. Surge, assim, o corpo da psicanálise, um corpo que vai além do somático e que se caracteriza por ser atravessado pela sexualidade, pelo desejo inconsciente e pela linguagem (Lazzarini & Viana, 2006).

Como apresentamos anteriormente, o sintoma corporal na histeria é distinto do sintoma corporal nas neuroses atuais e essa distinção está pautada na simbolização. Nas neuroses atuais o sintoma do corpo está aquém da simbolização, não há significação oculta no sintoma e se evidencia uma carência de recalçamento. Como coloca Fernandes (2011), “o corpo sofre daquilo que está doente nele” (p.44). Para contrapor ao corpo da representação, típico da histeria, a autora caracteriza o corpo da neurose atual como o corpo do transbordamento.

Em contrapartida, na histeria, o sofrimento manifestado no corpo é um sofrimento de origem psíquica, onde subjaz um conflito inconsciente submetido às forças do recalçamento (Freud, 1896/1996a). Há, por assim dizer, uma significação inconsciente no sintoma corporal e podemos caracterizar o corpo da histérica como um corpo representado, inserido na linguagem.

Os primeiros estudos sobre a histeria, inicialmente, apresentaram uma ruptura entre o corpo biológico e o corpo psicanalítico. Posteriormente, na teoria freudiana, observamos a passagem de um corpo autoerótico e fragmentado para um corpo unificado pelo narcisismo e, por fim, a partir da segunda tópica, surge o eu corporal (Freud, 1905/1996, 1914/1996, 1923/1996). Nesse processo de constituição do corpo psicanalítico, Fernandes (2011) ressalta que a alteridade, isto é, a presença do outro se faz componente essencial. Vejamos melhor essa trajetória.

Freud (1905/1996), nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, aponta para o que até então era impensável na medicina, a saber, a existência de uma sexualidade infantil. O autor concebe a sexualidade infantil como sendo perversa polimorfa, pois há um desvio da conduta sexual que não visa a genitalidade, além de haver uma diversidade de objetos possíveis. Freud salienta também a dimensão erógena de algumas zonas do

corpo, de forma que cada uma se faz preponderante em determinada fase do desenvolvimento psicosssexual.

Nesse momento, a concepção freudiana do corpo aponta para um corpo auto erótico e fragmentado. A satisfação auto erótica refere-se a uma satisfação no próprio corpo, ligada a uma determinada zona erógena, por meio do investimento de pulsões parciais (Freud, 1905/1996). Posteriormente, ao estender a erogeneidade para além das zonas erógenas, o corpo torna-se unificado, sendo pensado, portanto, como o corpo narcísico (Fernandes, 2011).

Assim, a partir da teoria do narcisismo, as zonas erógenas, antes dispersas no corpo, começam a assumir um caráter unificado e totalizado, a partir da própria erotização. A passagem do corpo pulsional auto erótico para o corpo narcísico se faz pela presença significativa do outro, através dos gestos de cuidado e da satisfação das pulsões (Freud, 1914/1996). Essa passagem introduz dois movimentos teóricos significativos na metapsicologia freudiana: a retomada do conceito de pulsão em 1915 e a criação da segunda tópica (Fernandes, 2011).

A pulsão é definida por Freud (1915/1996) como um conceito limite entre o psíquico e o somático, como o representante psíquico das excitações provenientes do interior do corpo, como algo que ancora o psiquismo no corpo. Segundo o autor, além de ter sua fonte no interior do organismo, a pulsão caracteriza-se por ter uma força constante, uma finalidade e um objeto. Lazzarini e Viana (2006) apontam que, por meio dessa força constante da pulsão, o corpo pulsional torna-se matéria prima para a construção do corpo narcísico. A pulsão, então, evidencia o entrelaçamento entre o psíquico e somático e, conforme Fernandes (2011) sugere, o corpo se faz palco dessa dupla inscrição: a psíquica e a somática.

A criação da segunda tópica, por sua vez, traz consigo a emergência do eu corporal. Freud (1923/1996), em *O ego e o id*, escreve a famosa frase “o ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal” (p.39), referindo-se a ideia de que o eu tem sua origem no corpo e sua constituição se dá a partir de sensações provenientes tanto do interior quanto do exterior, bem como de sensações vivenciadas na relação com o outro que cuida e investe no corpo do bebê (Rodrigues, 2015). Ao considerar o eu enquanto projeção de uma superfície, Freud sugere que o eu aparece como a instância do aparelho psíquico que recebe as excitações tanto externas quanto internas, constituindo-se entre o interior e o exterior e, assim, permitindo uma distinção entre dentro e fora.

Observamos que a teoria de Freud abre espaço para pensarmos o corpo tanto no sentido do corpo erógeno e da representação, quanto no sentido do corpo somático e do transbordamento (Fernandes, 2011). Na passagem do corpo biológico para o erógeno, o outro assume um papel primordial. Apesar de Freud já ressaltar a importância da alteridade nesse processo, outros autores dedicaram-se mais a esse assunto, inclusive trazendo para o discurso psicanalítico a ideia da intersubjetividade. A relação entre corpo, psiquismo e intersubjetividade vai ser importante para analisarmos a manifestação somática e o lugar do analista no enquadre clínico.

1.4 Corpo, psiquismo e intersubjetividade

O princípio da alteridade como constitutivo do psiquismo e da subjetividade está presente na teoria freudiana. Nos *Três Ensaio*s, Freud (1905/1996) desenvolve a concepção de corpo erógeno, o qual é caracterizado por sua inserção na linguagem, na representação e na significação, além de ser apoiado nas funções biológicas. O apoio, no sentido freudiano do termo, consiste na derivação da energia da função biológica para colocá-la à serviço da sexualidade. A vida psíquica origina-se nesse corpo atravessado

pela sexualidade e, segundo Dejours (1998/2013), nós habitamos o corpo erógeno, corpo este que surge através da relação com o outro e que nos liberta, por assim dizer, do corpo animal, biológico.

A psicanálise contemporânea vai além da noção de alteridade e considera a constituição do psiquismo a partir do campo da intersubjetividade, isto é, através da relação de troca entre os sujeitos, em que ambos experienciam suas vivências conscientes e inconscientes. Por um lado, a presença do adulto, através dos gestos de cuidado com o corpo da criança, é importante para que a vida psíquica se instale nela; por outro, a criança também impacta de alguma forma esse adulto que cuida dela, provocando reações e sensações em seu corpo. Isso significa que ambos são afetados nessa relação (tal compreensão subsidiará nossa discussão acerca da relação analista-paciente na clínica psicossomática).

A ideia do eu corporal de Freud (1923/1996) foi trabalhada por diversos autores pós-freudianos, enfatizando a articulação da dimensão sensorial e somática com o registro das representações na constituição do psiquismo através das primitivas relações de objeto (Leo & Vilhena, 2010).

Um desses autores é o pediatra e psicanalista inglês D. Winnicott. Ele é um dos principais nomes que contribuíram para uma mudança paradigmática dentro da psicanálise, trazendo inovações no campo do desenvolvimento emocional primitivo, do atendimento de patologias fora do campo das psiconeuroses e da elasticidade da técnica psicanalítica. Winnicott destaca o lugar do corpo em sua teoria e a importância da relação mãe-bebê para a constituição psíquica, de modo especial para a integração da psique no soma. Na clínica psicossomática, assim como na clínica dos estados-limite, das psicoses e das configurações não-neuróticas de uma forma geral, o trabalho analítico no campo da

provisão ambiental vem ganhando cada vez mais importância e isso se deve, em grande parte, aos trabalhos realizados por Winnicott.

No cerne do pensamento winnicottiano está o papel da provisão ambiental para o desenvolvimento de todo o indivíduo, uma vez que a mãe ou quem exerça a função materna, ao se oferecer como primeiro ambiente para o desenvolvimento emocional do bebê, favorece a constituição de seu psiquismo, bem como de seu mundo interno e de seu *self*. Para pensarmos a dimensão corporal e intersubjetiva na origem do psiquismo, partiremos do entendimento winnicottiano de que “a psique e o soma não devem ser distinguidos um do outro, exceto quanto à direção desde a qual estivermos olhando” (Winnicott, 1949/2000, p. 333). Ou seja, a existência humana é essencialmente psicossomática, no sentido de que há uma tendência à integração entre psique e soma. O autor afirma que, em se tratando de um cérebro saudável, a psique se refere à elaboração imaginativa das funções corporais fundada num processo de mútuo inter-relacionamento, onde as fronteiras do corpo se tornam também suas fronteiras.

O desenvolvimento saudável do psicossoma, a inserção da psique no soma, se dá a partir de um ambiente facilitador ou suficientemente bom, o qual se adapta às necessidades do bebê e preserva o seu continuar-a-ser. A maternagem suficientemente boa, através das funções de *holding* e *handling*, tem o papel de impulsionar a integração e a personalização do bebê, isto é, a construção do sentimento de si mesmo, da sensação de ser inteiro e de habitar o próprio corpo (Winnicott, 1945/2000, 1949/2000).

Para Winnicott (1990), tanto a integração quanto a personalização desenvolvem-se a partir de duas direções: a pessoal e a ambiental. A primeira diz respeito à experiência pessoal dos impulsos, sensações da pele, erotismo muscular e instintos; a outra aos cuidados com o corpo e às satisfações das exigências instintivas que geram gratificação. Citando Winnicott (1988/2006):

Não é possível ter a certeza de que a psique do bebê irá formar-se de modo satisfatório juntamente com o soma, isto é, com o corpo e seu funcionamento. A existência psicossomática é uma realização, e, embora sua base seja uma tendência hereditária de desenvolvimento, ela não pode tornar-se um fato sem a participação ativa de um ser humano que segure o bebê e cuide dele. Um colapso nesta área tem a ver com todas as dificuldades que afetam a saúde do corpo, que realmente se originam na indefinição da estrutura da personalidade (p.10).

A partir disso, podemos compreender como o contato pele-a-pele com o corpo do bebê se faz fundamental para sua constituição psíquica, pois, assim, a mãe ou quem exerça essa função, pode fornecer o *holding*. Vale ressaltar que o *holding* não se limita à sustentação física, ele vai além, referindo-se também a uma sustentação psíquica. O bebê depende do outro não apenas para sustentá-lo e alimentá-lo, mas também para pensar, ter sensações e percepções por ele (Winnicott, 1962/1983). Para que isso ocorra, a mãe precisa se identificar com seu bebê. Assim, ela consegue saber quando ele precisa satisfazer suas necessidades de fome e sede ou quando está sentindo dor, medo ou angústia, por exemplo. Aos poucos, o bebê passa a se sentir cada vez mais integrado e adquire confiança tanto em si mesmo quanto no mundo (Winnicott, 1960/1983, 1945/2000).

Outra função importante é o *handling*, ou manejo, que se refere aos cuidados quanto às satisfações das necessidades básicas do bebê. A mãe ou sua substituta mantém um ambiente tranquilo para que não haja excesso de estimulação e para que ela possa alimentá-lo, trocar sua fralda e garantir os cuidados de higiene e saúde com o corpo do bebê. Isso favorece o processo de personalização, o qual se refere à localização da psique no corpo (Winnicott, 1963/1983, 1990). Winnicott (1945/2000) afirma que a personalização muitas vezes é considerada óbvia; porém é uma aquisição que depende da

experiência silenciosa de estar sendo cuidado fisicamente e nem sempre está ao alcance de todos. Nesse processo, a pele assume um papel fundamental, de forma que o manuseio da pele no cuidado com o bebê estimula uma vida saudável dentro do corpo (Winnicott, 1990).

Essa temática também ganhou espaço importante com Anzieu (1988/2000), a partir do conceito de eu-pele. Para o autor, as experiências de contato com o corpo da mãe, em especial em uma relação de apego segura e tranquilizadora, fornecem ao bebê a percepção de sua pele como superfície e transmitem a sensação de integridade. Os gestos de cuidado da mãe produzem estimulações importantes no corpo do bebê e o envolvem em uma espécie de envelope externo, transmitindo mensagens e instaurando uma comunicação. Assim, a pele tem ao mesmo tempo uma origem orgânica e imaginária, funcionando como sistema de proteção e de lugar de troca com o outro. É importante que este envelope nem seja apertado demais, nem frouxo demais; mas sim que deixe um espaço disponível para que o bebê possa seguir seu processo de individuação.

O eu-pele, segundo Anzieu (1988/2000), caracteriza-se por um envelope narcísico, por um continente que contém os conteúdos psíquicos e assegura, assim, a sensação de integração. O autor afirma que o eu-pele decorre da diferenciação operacional entre o eu psíquico e o eu corporal. Como postulado por Freud (1905/1996), a atividade psíquica se apoia na função biológica e, no caso do eu-pele, está apoiada nas variadas funções da pele. Para Anzieu, o objetivo do eu-pele é explicar como se constitui o sentimento de existência e de identidade. Através dessa pele do eu, que provém da pele do outro, a criança passa a ter a noção de limite entre dentro e fora e a diferenciar o eu do não-eu.

Isso ocorre, segundo Fontes, devido à experiência corporal de continência que faz com que o bebê se sinta um recipiente com interiores e, por isso, diferencia o eu do não-eu. Para a autora, esta é a condição para surgir a simbolização primária, pois:

tendo vivido a experiência de ser contido e conter, o bebê vai fazer analogias, de forma cada vez mais frequente, entre suas experiências de continência e as partes de seu corpo que equivalem a isso ... Se esse desenvolvimento se cumprir a contento, o bebê estará pronto para novas simbolizações mais desenvolvidas que envolvem o brincar e o falar (p.85).

Portanto, para que o sujeito possa se sentir integrado e dispor de uma vida imaginativa, dotado da capacidade de sonhar e de simbolizar, é preciso apropriar-se de um corpo investido e significado pelo outro (Leo & Vilhena, 2010). Como vimos, tanto Winnicott quanto Anzieu são autores que nos proporcionam pensar na articulação entre a dimensão corporal e a experiência psíquica, ressaltando o lugar do corpo e a importância da relação com o outro nessa dinâmica.

A discussão sobre o corpo e a intersubjetividade pode ser enriquecida ainda pelas contribuições de Laplanche (1987/1992). O autor chama atenção para o lugar do adulto na relação adulto-criança, destacando a importância dos gestos de cuidado para a constituição psíquica da criança. Dentro de uma perspectiva intersubjetiva, o adulto implanta a sexualidade na criança, conferindo a dimensão erógena ao seu corpo. Como afirma Dejours (1998/2013), o nascimento psíquico se dá nesse corpo atravessado pela sexualidade. Laplanche não trabalhou a psicossomática em si, porém suas construções teóricas serviram de base para autores como Christophe Dejours (2019) desenvolverem seus estudos articulando corpo, intersubjetividade e psicossomática. No próximo capítulo apresentaremos a teoria de Laplanche junto com a teoria Dejours.

Concluimos, então, esse primeiro capítulo ressaltando a importância de Freud para a psicossomática ao chamar atenção para os sintomas corporais presentes nas diferentes configurações clínicas: histeria e neuroses atuais. Vimos que ele não foi o único psicanalista de sua época a fornecer as bases para o que entendemos hoje acerca da psicossomática. Além disso, Freud lança um novo olhar sobre o corpo, destacando a concepção de corpo erógeno, de eu corporal e da importância do outro na constituição do psiquismo. A partir disso, autores pós-freudianos privilegiaram a importância da intersubjetividade e da dimensão somática para a vida psíquica dos sujeitos.

Dentro da perspectiva intersubjetiva, aos moldes do que acontece entre o adulto e a criança ao longo de seu desenvolvimento, propomos estudar a relação analista-paciente, privilegiando como o analista e seu corpo são impactados na clínica psicossomática. Para tanto, no próximo capítulo, nos dedicaremos ao estudo da psicossomática psicanalítica contemporânea, partindo do pensamento de Pierre Marty e de outros autores. No cerne da teoria de Marty está a primeira tópica freudiana e a dimensão econômica, onde o pré-consciente é protagonista. Apresentaremos os desdobramentos da Escola de Paris, a partir dos estudos da primeira geração do IPSO até as pesquisas mais atuais, as quais levam em consideração, por exemplo, o lugar do corpo erógeno na manifestação somática dentro de uma perspectiva intersubjetiva e a desintração pulsional, baseado no modelo pulsional da segunda tópica freudiana.

CAPÍTULO 2

A CLÍNICA PSICOSSOMÁTICA: DA METAPSICOLOGIA AO CORPO

“A ‘lembrança’ permanece imobilizada no corpo e somente aí pode ser despertada.”

(Sándor Ferenczi)

No capítulo anterior, através de um resgate histórico dos primórdios da psicossomática psicanalítica, constatamos que as contribuições de Freud e da psicanálise foram importantes para o desenvolvimento da psicossomática enquanto uma disciplina. Na atualidade, a clínica psicanalítica depara-se cada vez mais com quadros de somatização, da mesma forma que outras configurações clínicas não-neuróticas também ocupam a cena.

De modo especial, observamos nas últimas décadas uma maior atenção voltada para o corpo, a qual evidencia uma série de sofrimentos de difícil representação que não encontra amparo na esfera psíquica. Há um grande investimento no corpo, através de exercícios físicos e de cuidados estéticos, cirúrgicos, alimentares; o qual pode fazer do corpo fonte de frustrações, sofrimentos, insatisfações.

A clínica, inserida e entrelaçada à cultura, depara-se então com essas demandas relacionadas ao corpo. Há os transtornos alimentares, com seus corpos anoréxicos, obesos ou musculosos; as automutilações e escarificações, com corpos machucados, arranhados, cortados ou marcados por tatuagens e piercings; os quadros de somatização, com corpos afetados por úlceras, alergias, doenças coronarianas, cânceres, asma, artrites, doenças de pele, etc. Sendo assim, o analista é confrontado com o lugar do corpo na clínica, assim como com as reações que são suscitadas em seu próprio corpo a partir do atendimento a esses pacientes.

Em um primeiro momento, entretanto, a atenção dos estudiosos da psicossomática não estava voltada para o corpo. Inicialmente, a teoria psicossomática privilegiou o aparelho psíquico e o funcionamento mental em seus estudos. Tendo como referência a metapsicologia freudiana, em especial a primeira tópica, o papel do pré-consciente e as formulações sobre as neuroses atuais, o IPSO compreendia a manifestação somática como decorrente do excesso de excitação não elaborado pelo psiquismo. Posteriormente, a psicossomática se volta para a dimensão corporal nas manifestações somáticas e resgata, além da teoria da sexualidade, a segunda tópica freudiana para dar um outro olhar para as demandas clínicas que apareciam. É sobre este percurso que falaremos no presente capítulo.

2.1 Clínica e teoria psicossomática

Um dos pontos de partida para os estudos de Pierre Marty (1993) e seus colaboradores do Instituto de Psicossomática de Paris (IPSO) foi o conceito psicanalítico de neurose atual, o qual apresentamos no capítulo anterior. Pautados na metapsicologia freudiana, principalmente na concepção econômica, e amparados por uma bagagem clínica intensa, os autores descrevem a manifestação somática não conversiva como resultado da impossibilidade do aparelho psíquico de elaborar as excitações. Eles têm como base a primeira tópica freudiana, dando destaque para o lugar do pré-consciente, lugar este onde a representação de palavra liga-se à representação de coisa. (Horn, 2018; Marty, 1998; Volich, 1998/2013).

Esta compreensão nos convida a ter um outro olhar para o sintoma somático que aparece na clínica psicanalítica, diferente do que até então era apresentado, seja por Freud, Groddeck ou pela medicina psicossomática de Alexander, como vimos anteriormente. Diferentemente do que esses autores defendiam, o adoecimento somático, para a Escola

de Paris, não consistia na expressão simbólica de algum conflito nem decorria da influência de algum estímulo psicológico. A escuta clínica dos pacientes somáticos fez com que Marty e seus colegas rompessem com a nosografia médica da Escola de Chicago e se atentassem para o modo de funcionamento mental desses pacientes. Dessa forma, os autores propuseram novos conceitos como o de mentalização, pensamento operatório e depressão essencial, bem como uma nova nosografia: neurose de caráter e neurose de comportamento. Essa ênfase direcionada aos processos mentais e ao aparelho psíquico, todavia, deixou em segundo plano o estudo do corpo na manifestação somática.

Para compreender a dialética existente entre psique e soma, os autores da primeira geração do IPSO se basearam na perspectiva evolutiva, a qual considera que o desenvolvimento do organismo evolui de forma crescente, tornando-se cada vez mais complexo, com a finalidade de assegurar o equilíbrio do organismo (Horn, 2018; Volich, 2000). Volich (1998/2013) afirma que para atingir esse equilíbrio o organismo pode, por vezes, responder aos estímulos de forma primitiva, menos elaborada que a sua capacidade. Isso significa dizer que o ser humano é passível de fazer o caminho inverso, de perder as funções e regredir a funções anteriores. A regressão ocorre até atingir um ponto que barra essa desorganização para que depois seja possível retomar a evolução. O que move a organização e o desenvolvimento, para Marty (1993), é o instinto¹ de vida, enquanto o instinto de morte tem o potencial de anular o sentido vital e desorganizar em algum nível essa evolução.

Os pacientes somáticos, de acordo com Tabacof (2016), caracterizam-se por apresentar sintomatologia orgânica (funcional ou lesional), diferente dos sintomas conversivos histéricos ou hipocondríacos, e por não manifestar sofrimentos no campo psicoafetivo ou comportamental, ou seja, a queixa é restrita à esfera física. Em outras

¹ Utilizamos instinto ao invés de pulsão pois é a terminologia que Marty utiliza.

palavras, para a autora, eles apresentam uma sintomatologia psíquica negativa. Por isso, esses pacientes não costumam procurar espontaneamente os consultórios de psicólogos ou de psicanalistas, sendo muitas vezes encaminhados por outras especialidades da área da saúde.

Marty (1993) aponta também que é característico nesses pacientes a presença de um pensamento operatório. Este conceito foi introduzido por ele e por Michel de M'Uzan, em 1962, em um trabalho apresentado no 23º Congresso dos Psicanalistas de Línguas Romanas e posteriormente o termo pensamento foi substituído por vida operatória, uma vez que os autores constataram que o caráter pragmático que marcava o pensamento desses pacientes podia ser observado e estendido também para o comportamento (Melgaré, 2020; Santos & Peixoto Junior, 2019b).

A vida operatória consiste em um funcionamento descritivo, concreto e consciente e em comportamentos automáticos e adaptativos, marcados pelo excesso de importância ao presente. São indivíduos, de forma geral, bem adaptados ao mundo. Contudo, a clínica mostra uma ausência de atividade fantasmática capaz de conter a intensidade pulsional por meio da simbolização, com um funcionamento voltado predominantemente para a realidade externa e sem ligação com conteúdos internos fantasmáticos. Nesse sentido, é típico desses pacientes os sonhos crus, ou seja, sonhos sem representabilidade e sem trabalho de simbolização (Horn, 2016; Marty, 1993; Santos & Peixoto Junior, 2019b; Tabacof, 2016).

Os pacientes somáticos costumam apresentar ainda um discurso uniforme, linear e repetitivo, “como uma espécie de boletim de ocorrência” (Brasil, 2005, p. 54), devido ao empobrecimento da linguagem e da capacidade de simbolização. Horn (2016) considera que as palavras desses pacientes são empregadas simplesmente como meio de descarga das tensões. Além disso, esses indivíduos apresentam dinâmicas afetivas

específicas – pautadas na indiferenciação e no rebaixamento dos investimentos objetivos - caracterizando a chamada depressão essencial (Santos & Peixoto Junior, 2019b; Volich, 2000).

Marty (1993, 1998) compreende a depressão essencial, típica de pacientes somáticos, como uma depressão sem objeto. É diferente, segundo o autor, de uma depressão melancólica, pois não é marcada por culpabilidade nem por autoacusação. Na depressão essencial, há uma precariedade do trabalho mental e um desamparo profundo, muitas vezes desconhecido pelo próprio sujeito, e caracterizada por um rebaixamento do tônus libidinal (Santos & Peixoto Junior, 2019b; Volich, 2000). É definido ainda pela falta, pelo apagamento da dinâmica mental e é comparável ao estado da morte “onde a energia vital se perde sem compensação” (Marty, 1993, p.19).

Grande parte dos pacientes somáticos, portanto, apresenta uma capacidade simbólica e um trabalho mental empobrecidos, o que interfere na capacidade de lidar ou digerir as excitações. De acordo com a teoria de Marty (1993), para lidar com as excitações e descarregá-las, sob a perspectiva econômica, o organismo conta com três vias: a via orgânica, a ação e o pensamento. Quando demandado, o organismo busca responder com os recursos mais evoluídos. Um bom aparelho psíquico, para o autor, arca com os excessos, de forma que as patologias se manifestam na ordem psíquica. Em contrapartida, se não se constitui um aparelho psíquico dotado de muitos recursos, o indivíduo tem um risco maior de adoecimento físico caso haja um trauma ou uma excitação muito grande.

Resumindo, a manifestação somática, nesta perspectiva, decorre da incapacidade de elaboração psíquica e da indisponibilidade de um recurso mais complexo para lidar com o excesso de excitação. Em outras palavras, quando a tensão gerada pelas excitações persiste em quantidade excessiva, escapando da capacidade do aparelho psíquico do

sujeito, um sistema funcional corre o risco de desorganização. Devido a emergência desse excesso de excitação e de angústias difusas e invasivas, a clínica psicossomática pode ser denominada também de clínica da excitação (Tabacof, 2008, 2016).

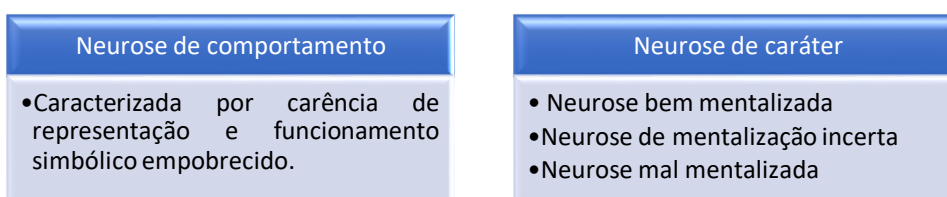
É dentro desse contexto que Marty (1998) desenvolve o conceito de mentalização, considerando-o regulador da economia psicossomática, mais uma vez enfatizando o funcionamento mental. O autor ressalta em sua teoria o lugar do pré-consciente da primeira tópica freudiana e do papel das representações e das associações entre elas. Para ele, as representações constituem a base da vida mental de um indivíduo. Além de permitirem as associações de ideias, os pensamentos e a reflexão interior, as representações são utilizadas nas relações diretas e indiretas com os outros e fornecem tanto os elementos da fantasia durante o dia quanto os elementos dos sonhos à noite.

Segundo Marty (1998), a mentalização refere-se à quantidade e à qualidade de representações psíquicas em um indivíduo, bem como à organização progressiva dessas representações. Em outras palavras, Volich (2000) explica que “a mentalização consiste em operações de representação e de simbolização, por meio das quais o aparelho psíquico busca regular as energias instintivas e pulsionais, libidinais e agressivas” (p.136).

A base da nosografia de Marty está em como a mentalização está estruturada, isto é, há uma relação entre o nível de mentalização de um indivíduo e o risco de adoecimento. O autor divide em dois grupos principais: neurose de comportamento e neurose de caráter, como esquematizado na figura 2:

Figura 2

Neurose de comportamento e neurose de caráter



As neuroses de comportamento são definidas por estruturas mal mentalizadas e pensamento operatório. É um tipo de funcionamento relativamente raro, caracterizado por uma carência de representações e função simbólica significativamente empobrecida. Tal empobrecimento simbólico leva o indivíduo a precisar do outro de forma concreta, uma vez que os objetos internos também estão empobrecidos. A perda de objetos torna-se, então, perigosa pois não há muita capacidade de elaboração. O superego dessas pessoas fica deficiente em decorrência da carência de identificações, ocasionando comportamentos impulsivos agressivos e eróticos praticamente sem traços de culpabilidade. Para destinar essas excitações, a via sensório-motora é elegida (Marty, 1976/1998).

É importante ressaltar que os neuróticos de comportamento não representam estruturas patológicas e, mesmo com uma frágil estruturação, é possível que vivam sem grandes dificuldades. Todavia, apresentam uma tendência maior à somatização e às doenças evolutivas, desencadeadas por desorganizações progressivas e que colocam em risco a vida da pessoa (Marty, 1976/1998).

À título de ilustração, Marty (1976/1998) relata a entrevista inicial de uma paciente de 38 anos, a qual ele classificou como sendo um caso de neurose de comportamento. A paciente pesava 27 kg e tinha uma aparência descuidada. Foi encaminhada para atendimento psicológico porque tinha dores abdominais há cerca de cinco anos e, por isso, estava há meses em casa, passando os dias deitada, sem condições de fazer alguma coisa.

Durante a anamnese, ao ser perguntada sobre suas dores, a paciente nada sabia dizer. Repetia que eram dores psicossomáticas, mas também não sabia o que isso significava. Comentava que precisava buscar seu filho e, então, Marty perguntou quantos anos tinha o filho dela. Ela respondeu que ele tinha quatro e que atualmente estava em

uma instituição, pois dois anos antes ela teve septicemia com hemorragia da meninge e o filho fora tirado dela devido à carência afetiva. A paciente disse também não saber o que significava carência afetiva. Parecia apenas repetir aquilo que ouvia do outro. Ela fazia algumas visitas ao filho, mas apesar de saber os dias que podia pegá-lo, em muitos não comparecia. Ao ser questionada sobre o pai do filho, disse que não foi casada e que o menino foi fruto de um romance passageiro. Marty perguntou sobre a amamentação e ela respondeu que não tinha leite e que o filho havia nascido com baixo peso. Ele questionou se ela o pegava no colo e ela disse que quando ele era pequeno, ela trabalhava. Depois perguntou sobre a infância dela e, com respostas curtas e confusas, ela falou que tinha uma irmã gêmea.

O caso apresentado por Marty (1976/1998) causa angústia e confusão no leitor, pois a paciente apresenta um discurso esvaziado e desconexo, sem a presença de ligações. Não consegue associar a perda de um trabalho que teve durante o primeiro ano de vida do filho, por exemplo, com a perda de seu equilíbrio psicossomático. Tampouco consegue falar sobre o que sente e relacionar sentimentos com os acontecimentos de sua vida. Casos como esse são pouco comuns, como afirma Marty (1993), e difíceis de atender, pois referem-se a um funcionamento mental bem precário. Lemos et al. (2021) ressaltam a dificuldade desses pacientes no estabelecimento de relações afetivas, estando frente ao outro em uma relação esvaziada. Devido a isso, podemos supor que casos assim podem impactar o analista de uma forma mais concreta, suscitando sentimentos contratransferenciais mais intensos e provocando, inclusive, sensações corporais no analista.

As neuroses de caráter, por sua vez, dividem-se em neuroses mal mentalizadas, neuroses de mentalização incerta e neuroses bem mentalizadas. O sujeito mal mentalizado – muitas vezes confundido com o neurótico de comportamento - é aquele

limitado em sua capacidade para pensar, não possuindo outro recurso além da ação no seu comportamento. Há um empobrecimento da capacidade simbólica devido à baixa quantidade e/ou à baixa qualidade de representações e por isso se encontra mais suscetível ao adoecimento somático. O que diferencia essas pessoas dos neuróticos de comportamento é um desenvolvimento anterior que permite um certo funcionamento do pré-consciente, ou seja, estariam de certa forma mais evoluídos dentro da perspectiva evolutiva do desenvolvimento (Marty, 1998).

Os indivíduos que apresentam boa mentalização, em contrapartida, são aqueles que possuem boa quantidade de representações psíquicas ligadas entre si, passíveis de associação e enriquecidas ao longo da vida com diversos valores afetivos e simbólicos. A boa mentalização compreende tanto a alta quantidade quanto a qualidade suficiente de representações, tornando o indivíduo dotado de mais recursos psíquicos para lidar com as excitações internas e externas. Corresponde às psiconeuroses da nosografia psicanalítica (Marty, 1998). Vale ressaltar que uma boa mentalização não torna imune uma pessoa ao adoecimento. Porém, segundo o pensamento de Marty, esses indivíduos quando somatizam tendem a apresentar doenças reversíveis e que não colocam em risco a vida.

Já os neuróticos de mentalização incerta estão inseridos entre esses dois subgrupos e, de acordo com Marty (1998), apresentam-se em maior número. Ora são bem mentalizados, ora mal mentalizados, indicando que em alguns períodos da vida as representações sofreram evitações ou repressões e por isso ocorre essas oscilações.

A insuficiência de representações presente nas neuroses de comportamento e de caráter, segundo Marty (1998), pode ser decorrente de problemas congênitos ou acidentais que envolvem distúrbios nas bases perceptivas (dificuldades visuais, auditivas, motoras) no bebê e/ou na mãe; e carência ou desarmonia das respostas afetivas da mãe

em relação ao filho. Já a indisponibilidade de representações, para o autor, pode resultar de evitações, de repressões ou de desorganizações mentais. Marty afirma ainda que a situação mais frequente é a que envolve as dificuldades na díade mãe-bebê. Isso nos faz pensar, como Silva (2009) sinaliza, que os transtornos somáticos estão relacionados ao desinvestimento narcísico primário.

De forma didática, se pudermos classificar essas estruturas, temos no extremo da carência representacional as neuroses de comportamento. Em seguida, rumo à riqueza de representações e de simbolismos temos, sucessivamente, as neuroses de caráter de má mentalização, as neuroses de mentalização incerta e as neuroses bem mentalizadas. A tendência à somatização também segue essa linha, de forma que os neuróticos de comportamento são os mais suscetíveis a adoecer diante de um trauma, de um excesso de excitação, conforme as figuras 3 e 4 a seguir:

Figura 3

Carência e riqueza representacional

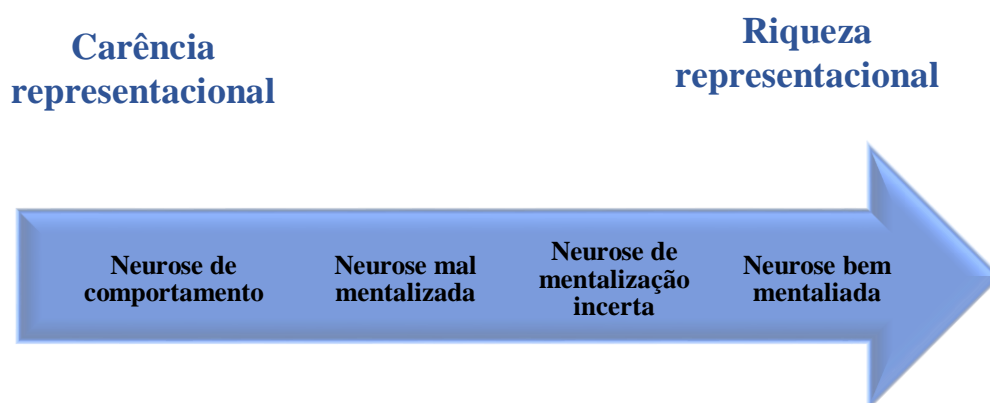
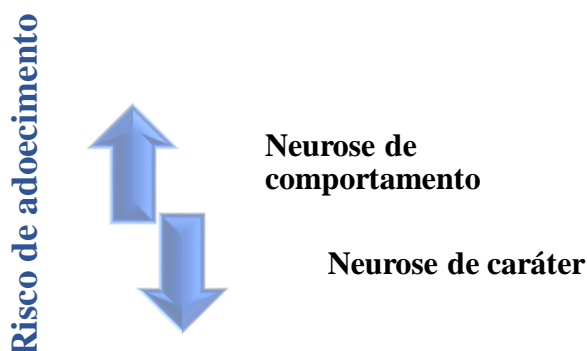


Figura 4*Risco de adoecimento*

Os neuróticos de comportamento e os neuróticos mal mentalizados de Marty podem ser aproximados ao que posteriormente Green (2002/2008) denominou de não neurose, isto é, configurações psíquicas onde predominam distúrbios na constituição do eu. Melgaré (2020) explica que nas patologias não neuróticas encontramos uma fragilidade narcísica, marcada por falhas no processo de simbolização e tendências à atuação e à compulsão, como nos quadros de somatização.

2.2 Procedimento terapêutico na clínica psicossomática

Para se chegar à classificação nosográfica supracitada, Marty (1993) propõe fazer o que ele denominou de investigação psicossomática. Tal investigação consiste em uma anamnese associativa que tem por objetivo identificar as características do funcionamento psicossomático e, assim, orientar o procedimento terapêutico. O investigador busca, segundo Marty, encorajar o relato espontâneo do paciente acerca de sua doença, observando as manifestações do funcionamento mental, as produções discursivas e representativas, a gestualidade e as atitudes corporais, bem como a relação estabelecida com o próprio terapeuta e com as outras pessoas. Para completar a investigação, o terapeuta pode fazer perguntas mais direcionadas, seguindo alguns eixos de referência.

Essa postura mais ativa e diretiva do analista é demandada por pacientes com carência representacional e função simbólica empobrecida, onde a técnica freudiana clássica de associação livre e interpretação não se encaixa tão bem. Esses pacientes apresentam muita dificuldade em fazer ligações e, por isso, Marty (1993) propõe algumas alterações técnicas.

Em relação ao *setting*, ele afirma que a psicoterapia pode ser realizada tanto em instituições ou em consultório, quanto na casa do paciente se for preciso. Normalmente a frequência é de uma vez por semana e a posição de atendimento é preferencialmente face a face. O analista deve estar atento ao comportamento não verbal, como a posição do paciente na poltrona e as expressões faciais, e pode fazer uso também de intervenções não verbais para favorecer o que Winnicott (1945/2000) denominou de *holding*, isto é, sustentar, acolher e ser continente para o paciente. Se necessário, Marty (1993) afirma ainda que é importante flexibilizar o tempo de duração da consulta, seja reduzindo ou estendendo o horário.

Para Marty (1993), a função terapêutica do analista, especialmente nesses casos, é acolher e estar disponível para compartilhar a experiência de sofrimento com o paciente da forma que vier. O analista precisa, em outras palavras, exercer a função materna e estar vivo, como diria Winnicott, guiando-se pelo ritmo do paciente e atentando-se para o momento de falar e de se calar. Cabe ao analista ajudar o paciente a circunscrever a doença, para constitui-la em objeto representável.

Horn (2016) considera que o analista, no manejo psicanalítico desses pacientes, deve tentar obter uma maior espessura do pré-consciente, para que seja possível fazer ligações, por exemplo, entre o corpo e o psiquismo. Inicialmente, as intervenções devem ser mais descritivas e explicativas, até que o paciente recupere uma organização mental com mais recursos e possa assimilar as interpretações. Assim, poderíamos dizer que o

sentido do trabalho do analista, como afirma Marty (1993), seria da função materna à psicanálise.

A função materna do analista, “enquanto guardião da coesão narcísica e funcional do ego” (Horn, 2016, p. 34), é essencial para o atendimento dos pacientes psicossomáticos. Volich (1997) afirma que o analista deve estar presente de forma significativa para o paciente, escutando, nomeando e preenchendo as lacunas do discurso da mesma forma que a mãe nomeia os objetos e os afetos do bebê. Assim, permite que ele possa se estruturar e que seu aparelho psíquico possa se desenvolver. Para tanto, a paciência torna-se uma ferramenta fundamental, pois as alterações psíquicas, quando acontecem, levam tempo para aparecer (Horn, 2016).

Constatamos que, assim como a mãe winnicottiana suficientemente boa, cabe ao analista ser suficientemente bom, sabendo se adaptar às necessidades do paciente e sabendo apresentar uma gradual falha na adaptação, de acordo com a capacidade individual de cada paciente de suportar essas falhas por meio de sua atividade mental (D. Winnicott, 1949/2000). Para que o analista consiga se adaptar às necessidades de seu paciente, é importante que ele seja sensível para captar aquilo que está sendo transmitido para além das palavras, fazendo uso da contratransferência e das sensações que são despertadas em seu corpo.

Concluimos, portanto, que a teoria psicossomática de Marty e de seus colaboradores é bastante expressiva e alcançou prestígio dentro do campo psicanalítico. Marty e seus colegas privilegiaram a primeira tópica freudiana para responder aos desafios com os quais estavam se deparando em suas práticas clínicas. As pesquisas mais recentes na área mostram, contudo, que a segunda tópica freudiana, de modo especial a dimensão pulsional que aponta para o rompimento do equilíbrio psicossomático a partir da desintração entre as pulsões de vida e de morte, tem aparecido em algumas

discussões em psicossomática. Além disso, as formulações de Dejours sobre o adoecimento somático tem contribuído para o desenvolvimento e para o avanço da teoria e da clínica psicossomática contemporânea. É sobre isso que falaremos no próximo tópico.

2.3. Desafios da clínica contemporânea

Apresentamos anteriormente algumas concepções acerca da psicossomática dentro da psicanálise, percorrendo algumas teorias, dentre elas a teoria econômica da somatização de Pierre Marty. Vimos que esta teoria parte das formulações freudianas decorrentes da primeira tópica, dando destaque ao papel do pré-consciente, além de ter como referência as neuroses atuais para se pensar na sintomatologia somática. A teoria de Marty, embora seja rica e inovadora, chama atenção por não conferir lugar ao corpo, nem para o biológico nem para o erógeno, sendo este um dos principais questionamentos de Dejours aos colegas da Escola.

Dejours (1997/2019) se viu impulsionado a repensar sua postura clínica a partir dos casos com os quais estava se deparando. É importante ressaltar que, tal qual a teoria psicanalítica, a teoria em psicossomática também é voltada para a clínica e, assim, os casos que aparecem demandam certas reconstruções teóricas. Nesse sentido, embora Dejours reconhecesse e valorizasse a teorização do IPSO, sua experiência clínica o convocou a repensar a ideia de que os pacientes somatizantes apresentavam um funcionamento psíquico precário, bem como a desenvolver o modelo da terceira tópica ou tópica da clivagem (Dejours, 2008), como veremos adiante. As pesquisas atuais em psicossomática entendem que, ao contrário do pensamento que predominava anteriormente, toda e qualquer organização psíquica é passível de uma desorganização somática (Lacerda & Camargo, 2020).

Uma das situações que ilustra as inquietações de Dejours refere-se ao caso de um paciente que estava em análise há muitos anos e, segundo a nosografia de Marty, tinha um bom funcionamento psíquico, podendo ser considerado um neurótico bem mentalizado. Como apresentado anteriormente, o neurótico com boa mentalização é aquele dotado de recursos psíquicos suficientes para lidar com as excitações internas e externas. Assim, Dejours (1997/2019) pensava que esse paciente estava “totalmente protegido das doenças somáticas” (p.177), ou, pelo menos, de doenças graves que colocassem em risco a vida dele. Todavia, dois dias após a hospitalização de seu pai devido a uma hemorragia digestiva, o paciente foi internado em unidade de terapia intensiva devido a uma retocolite hemorrágica, sugerindo que ele também estava sujeito a um adoecimento mais sério.

Segundo a teoria de Marty, já que o paciente tinha um bom funcionamento psíquico decorrente de uma boa mentalização, não seria esperado que ele desenvolvesse uma doença orgânica grave, pois teria recursos para lidar com a situação traumática. Sendo assim, podemos observar, conforme supracitado, que toda organização psíquica é passível de um adoecimento somático.

Outro aspecto importante que pode ser considerado a partir desse caso é a importância do ambiente externo e a relação com o outro. Dejours (1998/2013) critica o solipsismo presente na obra de Marty, afirmando que os movimentos psíquicos não devem ser analisados apenas em função do que se passa dentro do sujeito. No referido caso, Dejours afirma que a questão da relação entre pai e filho já estava no centro da análise deste paciente. O fato dele ter adoecido logo em seguida do pai sugere que há um arranjo familiar delicado e isso deve ser considerado nas sessões de análise (Kanabus, 2015).

Nesse contexto, levantamos a discussão sobre a intencionalidade do sintoma e a possibilidade de se construir um sentido para ele no encontro intersubjetivo, uma vez que o sintoma, para Dejours (1998/2013), possui um endereçamento. Na situação clínica, podemos pensar o analista como o destinatário do sintoma somático, ou seja, “quando um paciente somatiza durante uma análise, ele o faz para o psicanalista, como, em psicanálise, admitimos que os sonhos do paciente são feitos para o analista e que são animados pela transferência” (Dejours, 1998/2013, p. 179). O sentido do sintoma pode ser construído através do trabalho de interpretação desencadeado na dinâmica da transferência-contratransferência. Assim, no caso do paciente de Dejour, podemos pensar como os seus sintomas se relacionam com a sua história e como mobilizam o analista.

Dejours encontrou na teoria de Laplanche referências para pensar seus desafios clínicos. Uma das grandes contribuições de Laplanche foi resgatar a primazia e a centralidade da sexualidade na psicanálise. Em uma conferência realizada por Dejours (2012), ele afirma que Laplanche colocou a seguinte questão: se a sexualidade infantil começa tão cedo e não vem da biologia (uma vez que aparece antes da puberdade), de onde vem essa sexualidade? Para responder a essa pergunta, Laplanche nos convida a olhar para o adulto a fim de entendermos que a sexualidade chega à criança através do outro, por meio de um processo de implantação e de tradução. Entendamos o que isso significa.

Com base na teoria laplancheana de sedução generalizada, percebemos que entre o adulto e a criança se estabelece uma relação de sedução, onde os gestos de cuidado do adulto sobre o corpo da criança causam excitação e implantam nela [na criança] uma mensagem que, por sua vez, é contaminada pelo sexual inconsciente do adulto. Essa mensagem comprometida tem inevitavelmente um poder excitante, um poder de captura sobre a criança, de forma que o adulto é sempre sedutor e a criança sempre seduzida a

entrar na dimensão fantasística da sexualidade. O contato com o corpo da criança suscita no adulto moções, fantasias sexuais, as quais provêm de seu inconsciente e se misturam com os gestos de cuidado. Por ser inconsciente, o adulto nunca sabe ao certo o que ele está transmitindo e implantando na criança; tem uma dimensão que escapa a ele próprio (Dejours, 2012; Laplanche, 1987/1992).

Assim, vemos que mesmo que a origem da sexualidade não se dê no corpo, o corpo está constantemente implicado nesse desenvolvimento, revelando a sua erogeneidade. O adulto ao qual Laplanche se refere pode ser qualquer pessoa que esteja implicada nos cuidados da criança: a própria mãe, o pai, um irmão mais velho, a babá, etc. O autor raramente faz referência à mãe, como outros autores da psicanálise o fazem (Dejours, 2012; Laplanche, 1987/1992).

Podemos dizer, então, que a teoria da sexualidade está associada à teoria da comunicação, comunicação esta que é mobilizada pela autoconservação. Ou seja, por um lado há as necessidades fisiológicas da criança que precisam ser atendidas e, por outro, há o adulto designado a esse cuidado. Dessa forma, a comunicação estabelecida caracteriza-se por ser desigual, pois o adulto fica na posição de sedutor e a criança na posição de hermeneuta. Importante ressaltarmos que essa comunicação não se reduz à linguagem - começando, de fato, antes mesmo de seu desenvolvimento – e abrange tudo aquilo que é transmitido pelo adulto por meio do toque, do olhar, do gesto, da brincadeira e das trocas, de forma geral, com a criança (Dejours, 2012; Laplanche, 1987/1992).

As mensagens comprometidas, ou enigmáticas, transmitidas à criança exigem dela um trabalho de tradução. Segundo Dejours (2008/2019), a criança procura traduzir os efeitos dessa mensagem sobre o seu corpo e por isso a tradução é importante, pois reduz o nível de excitação na criança. Todavia, seja qual for o esforço da criança para controlar essas excitações, ela só pode fazer traduções incompletas e os restos não traduzidos

retornam, exigindo novas traduções. Em função dessas tentativas de tradução, alguns resíduos sedimentam-se e esses restos não traduzidos formam o inconsciente, constituindo-se como fonte de excitação autônoma e interna. No começo, então, podemos dizer que a excitação vem de fora e, posteriormente, de dentro, constituindo assim a marca do estrangeiro em si.

Dejours (2012) nos faz uma ressalva importante, a qual pode trazer incômodos para alguns psicanalistas. O autor afirma que entre o adulto e a criança se interpõe o funcionamento psíquico da criança, ou seja, mesmo que o processo seja desencadeado pelo adulto, o inconsciente da criança acaba sendo resultado de sua própria capacidade tradutiva e, por isso, não podemos dizer que há transmissão direta do inconsciente do adulto para a criança.

Diante do exposto sobre a teoria laplancheana, podemos nos questionar, então, o que tudo isso tem a ver com a clínica psicossomática. Gostaríamos de destacar dois aspectos. O primeiro deles refere-se à primazia da intersubjetividade e do endereçamento do sintoma somático. Para Dejours, o sintoma somático existe como uma comunicação, sendo endereçado ao outro e portando uma intencionalidade. Isso significa dizer que há no encontro intersubjetivo a possibilidade de se construir um sentido ao sintoma, ou seja, na relação com o outro o sintoma pode proporcionar ao sujeito ligar-se a alguém. Além disso, devido ao endereçamento, esse sintoma pode afetar o outro, provocando sentimentos e sensações corporais [no outro] e funcionar como uma comunicação. Nesse contexto, Dejours afirma que a somatização é simbolizante, pois ela provoca uma exigência de trabalho psíquico, de subversão libidinal (Dejours, 1989/2019, 1997/2019).

A ideia de subversão libidinal decorre da noção freudiana de apoio. No alemão *Anlehnung*, a teoria do apoio consiste na inscrição psíquica do pulsional como uma zona de prazer, apoiado numa tensão de necessidade. A atividade sexual apoia-se, assim, em

um primeiro momento em uma das funções que servem à preservação da vida e posteriormente descola-se, tornando-se independente. Por exemplo, no caso da fome, à medida que a tensão é saciada, a vivência de satisfação aparece marcando a experiência de prazer. A boca, então, não serve apenas para comer, mas também para sugar, beijar, morder, etc. (Kanabus, 2015).

Apoiado em Freud e Laplanche, Dejours explica que a função biológica de um órgão é progressivamente desviada para outros fins, de forma que, apoiado no corpo biológico, o corpo erógeno se constitui. Assim, o corpo da criança vai sendo colonizado por meio dessa relação com o outro, a partir do contato, dos gestos de cuidados e das brincadeiras com o corpo da criança, em um processo de subversão da libido. A subversão libidinal consiste em transformar o corpo fisiológico em corpo erógeno a partir da capacidade dos pais de jogar com o corpo da criança e com suas funções, sendo que este processo está relacionado com a liberdade psíquica e expressiva dos pais (Brasil, 2005, 2020; Dejours, 2011, 1987/2019).

Quando a subversão libidinal fracassa em algum sentido, seja porque os adultos que cuidam da criança são frios e insensíveis ou porque são muito angustiados e excitáveis, o desenvolvimento psíquico não se completa e aparece o risco de um acidente somático (Brasil, 2005). Dejours (1990/2019) chama atenção para os “desacertos” (p.61) nessa relação pais-criança no processo de erogeneização do corpo da criança. Para o autor, eles manifestam-se na demarcação de algumas zonas, nas quais cristaliza-se uma animalidade, uma função de tipo instintual. As dificuldades sexuais dos pais inscrevem-se diretamente na construção do corpo erógeno e os efeitos da transmissão psicopatológica dos pais à criança são sentidos tanto no nível do corpo erógeno, quanto no nível do corpo fisiológico. As funções excluídas do suporte pulsional, isto é, que não tiveram seu lugar na formação do corpo erógeno podem ser atingidas pela somatização

quando do encontro com alguma situação da realidade que toca nessas zonas inabitadas (Brasil, 2005).

O corpo erógeno dos pacientes com queixas somáticas caracteriza-se por ser desertificado em algumas funções, pouco habitado, de forma que o investimento maior é feito no corpo biológico. No atendimento a esses pacientes, no encontro intersubjetivo entre analista e paciente, pode ser construído um sentido para a expressão somática, possibilitando a reconstrução do corpo e das funções erógenas (Dejours, 2019). É nesse sentido que o autor defende a reativação da subversão libidinal no trabalho analítico com pacientes somáticos (F. M. de M. e Silva, 2009).

É importante ressaltar que a colonização do corpo fisiológico pelo corpo erógeno é um processo inacabado, de forma que a subversão pode ser desviada em algumas situações. Por isso, é possível aparecer uma doença somática após um luto ou uma separação, por exemplo. As zonas que não foram subvertidas podem ser reveladas na somatização, a qual, por sua vez, pode apontar para uma tentativa de reestruturação do corpo erógeno (Brasil, 2005; Dejours, 2011, 1998/2013, 1997/2019, 1990/2019, 1987/2019).

Brasil e Martins (2016) afirmam que o trabalho psíquico está relacionado ao pensar. O pensar surge na criança como um recurso psíquico para lidar com as excitações provenientes da relação com o adulto em todo o processo de construção do corpo erógeno, isto é, nos gestos de cuidado, no contato corporal, nas fantasias suscitadas, etc. O adulto, implicado nessa relação, também está suscetível a experimentar em seu corpo sensações oriundas desse encontro. Algumas reações do adulto frente ao corpo da criança (como raiva, nojo, desprezo) podem provocar na criança uma excitação que vai além da sua capacidade de pensar sobre o que se produz em seu corpo e, assim, essas reações podem emudecer o corpo da criança. Segundo os autores, “um corpo silenciado não pode se

constituir como corpo erótico” (p. 171). Nesses casos, no lugar do pensamento a criança pode experimentar um vazio, uma angústia sem representação.

A partir disso, a psicossomática entende que o sintoma somático faz uma exigência de trabalho psíquico, de forma que o sujeito se vê impelido a pensar e a significar seu sofrimento, apropriando-se do que acontece em seu corpo (Brasil, 2005; Brasil & Martins, 2016, 2019; Dejours, 2000/2019). As sensações corporais provenientes de sintomas somáticos mobilizam o corpo do paciente em direção ao agir expressivo. Para Dejours (1997/2019):

O agir expressivo é a forma como o corpo se mobiliza a serviço da significação, isto é, a serviço do ato de significar a outrem aquilo que o “eu” vive. O corpo acompanha a fala à qual ele dá carne e contribui, de forma decisiva, para a realização do sentido – o qual, sem a mobilização e a participação do corpo, não seria o mesmo. (...) O corpo, no agir expressivo, não apenas carrega o sentido, ele também provoca reações no corpo do outro, ele *age* sobre o outro a quem se endereça (p. 158).

Assim, além das sensações corporais somáticas mobilizarem o corpo do paciente, na relação analítica, podemos pensar que esses sintomas provocam e mobilizam também o corpo do analista. O sintoma somático ao ser endereçado ao analista busca um sentido, o qual pode ser construído a partir daquilo que é experimentado pelo analista em seu corpo. Nesse cenário, podemos considerar a contratransferência como uma ferramenta de trabalho (Samarcos, 2016).

Outro aspecto importante da teoria de Dejours sobre a clínica psicossomática é o conceito de inconsciente amencial. A experiência clínica do autor o fez ver que qualquer sujeito pode sofrer de uma descompensação somática e que a saúde física e mental não

se encontra na organização neurótica da personalidade, mas sim na estabilização da clivagem (Dejours, 2008).

Freud (1938/1996) nos ensina, em *A divisão do ego no processo de defesa*, que a clivagem do eu resulta de um conflito infantil entre as exigências pulsionais e as interdições da realidade. Segundo o autor, o eu da criança está acostumado a satisfazer as exigências pulsionais. Todavia, quando a criança se depara com uma situação da realidade que mostra que ela enfrentará um perigo real caso insista nessa satisfação pulsional, ela terá de se haver com um conflito: conservar a satisfação ou rejeitar a realidade. Abrir mão da satisfação seria o caminho mais provável. Por outro lado, se o eu recusa a realidade, convencendo-se de que não precisa teme-la, a satisfação pode acontecer sem que o eu se sinta ameaçado. Freud (1938/1996) nos alerta, porém, que “tudo tem de ser pago de uma maneira ou de outra, e esse sucesso é alcançado ao preço de uma fenda no ego, a qual nunca se cura, mas aumenta à medida que o tempo passa” (p.293).

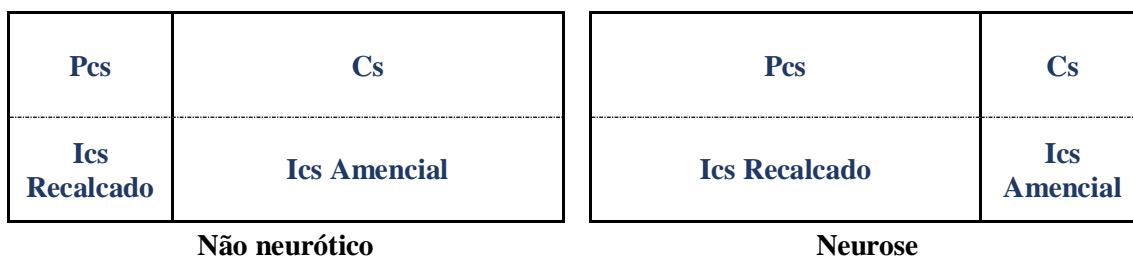
A partir da concepção de Freud (1938/1996) sobre a clivagem do eu, Dejours (2008, 2011) desenvolve a terceira tópica ou tópica da clivagem, a qual concebe o inconsciente dividido em dois: o inconsciente sexual e o inconsciente amencial. O primeiro refere-se ao recaiado e o segundo ao inconsciente sem pensar. Este inconsciente sem pensar irrompe quando há uma desestabilização da clivagem, ou seja, quando o sujeito se depara com uma situação na realidade que ativa esse inconsciente, mostrando, assim, que a negação já não é mais eficiente (Brasil &Roque, 2008).

Vimos que na teoria laplancheana o inconsciente sexual, recaiado é herdeiro da sedução e, nesse processo, está implicado o trabalho de tradução feito pela criança. Já o inconsciente amencial, ou inconsciente sem pensar, constitui-se como herdeiro dos acidentes de sedução. As partes do corpo que escapam da constituição do corpo erógeno, ou seja, que não foram suficientemente subvertidas libidinalmente constituem o

inconsciente amencial. Essas amputações do corpo, por assim dizer, são registros que foram proscritos na relação adulto-criança devido a algumas reações (nojo, raiva, desprezo, etc.) do adulto frente ao corpo da criança e que interditam em parte os jogos com este corpo. Assim, a criança fica impedida de se apropriar de seu corpo. Os acidentes de sedução, então, referem-se a essa sobrecarga de excitação, a qual provoca uma estagnação no pensamento da criança e conseqüentemente uma ausência de tradução. Se, por um lado, a tradução reduz a excitação; por outro, o acidente de sedução faz transbordar a excitação, impossibilitando assim o pensamento (Dejours, 2008; Gernet, 2012; Kanabus, 2015).

O inconsciente amencial existe em todos os sujeitos e ele é herdado da relação adulto-criança, mais especificamente dos acidentes de sedução. Brasil (2005), explica que “esse setor do inconsciente, formado sem passagem pelo pensar da criança, é a réplica ao nível tópico das zonas do corpo excluídas da subversão libidinal e do corpo erógeno” (p.13). Ele pode aparecer na manifestação somática, caracterizando-se por ter um modo de pensar bastante articulado com a realidade e por expressar-se pelo agir, não expondo o sofrimento psíquico pela via dos fantasmas inconscientes (Brasil & Roque, 2008).

Nos quadros de somatização, a clivagem dá um espaço maior para o inconsciente amencial (Dejours, 2008). A figura 5, a seguir, ilustra o que acontece com a barra da clivagem no inconsciente amencial e no recalcado. Conforme Brasil e Roque (2008) explicam, quanto mais a barra da clivagem se desloca para a esquerda, maior é o inconsciente amencial, como nos quadros de somatização. Por outro lado, quanto mais se desloca para a direita, mais os conteúdos recalcados habitam a vida psíquica do sujeito, como acontece no funcionamento neurótico.

Figura 5*Inconsciente recalçado e inconsciente amencial*

Fonte: Dejours, 2001 apud Brasil & Roque, 2008, p.298. Adaptado.

Para ilustrar o conceito de clivagem do inconsciente dentro da compreensão da terceira tópica de Dejours, Brasil e Roque (2008) apresentam o caso clínico de uma moça de 30 anos de idade, encaminhada pelo endocrinologista devido a uma disfunção hormonal que provocava alterações corporais masculinizantes. Sua história de vida revela que a paciente fora fruto de uma relação extraconjugal, em que o pai negou a paternidade e a mãe, devido a dificuldades financeiras, a deixou durante quatro anos em um programa do governo que alocava crianças em famílias substitutivas. Nesse período, a paciente sofreu abuso sexual pelo pai e irmão substitutivos. Aos 12 anos foi morar com seus pais biológicos, os quais assumiram o relacionamento, e aos 13 anos os sintomas somáticos iniciaram-se (interrupção do ciclo menstrual e do desenvolvimento dos seios, além de excesso de peso). Alguns anos depois, encontrou o pai substitutivo que a abusou e, uma semana após esse evento, mais manifestações somáticas desencadearam-se e intensificaram-se: infecções intestinais e ginecológicas, agravamento do distúrbio hormonal (aumento da testosterona), aumento brusco de peso (mais de 40kg) e princípio de diabetes.

Na clínica psicossomática a história do paciente se constrói através do corpo que sofre. No processo terapêutico, a fala possibilita a construção de sentido ao corpo e a transformação do registro biológico em um registro também pulsional. No caso relatado, as autoras interpretaram que o encontro com o abusador ativou o inconsciente amencial da paciente, revelando que a negação da realidade, até então sustentada pela clivagem, não era mais eficaz. Ela deparou-se com a situação de abuso, de violência e de vulnerabilidade, fragilizando sua feminilidade. Assim, podemos pensar que o sofrimento silenciado desestabiliza o sujeito em busca de uma via possível de elaboração (Brasil & Roque, 2008).

Esse exemplo nos convida a pensar, dentro do campo intersubjetivo, que a elaboração e a construção de sentido ao sintoma somático podem ocorrer a partir da mobilização do corpo do analista. Contratransferencialmente, podemos nos questionar: como o corpo do analista responde a essa história de violência? Que sensações o analista experimenta diante desse corpo grande e masculinizado da paciente? O que a paciente transmite da ordem do não-verbal e do não-representado que o analista pode sentir fisicamente em seu corpo? A clínica psicossomática nos fornece elementos para pensarmos em como a contratransferência pode ser usada como uma ferramenta de trabalho, de forma que o analista possa experimentar em seu corpo esses sentimentos oriundos da relação com o paciente, contê-los e transformá-los, quando for o caso, em interpretação (Samarcos, 2016).

McDougall (1989/2018) afirma que os pacientes somatizantes podem ser considerados como casos “difíceis” e geralmente despertam sentimentos contratransferenciais penosos, pois parecem contrainvestir o trabalho analítico. A autora afirma que a clivagem entre psique e soma, característica desses pacientes, faz com que eles não percebam suas emoções em situações angustiantes, uma vez que o mecanismo

preponderante não é o recalque e sim a forclusão. Afirma ainda que esses pacientes, muitas vezes, funcionam psiquicamente de forma primitiva, como bebês, no sentido de que não utilizam as palavras como veículo do pensamento, mas sim a reação corporal. Dessa forma, a comunicação com o analista pode escapar à representação, à linguagem e se dá no âmbito da contratransferência, na ordem do não-verbal.

Abud (2020), em sua experiência clínica, descobriu no dispositivo grupal psicanalítico um recurso que pode favorecer a capacidade de simbolização dos pacientes somáticos. A autora apresenta um caso clínico de uma paciente de 70 anos que frequentou o grupo de fotolinguagem por cinco anos em decorrência das inúmeras dores que sentia em seu corpo. Uma das atividades do grupo consistia em responder às perguntas suscitadas pela mediadora e pelos outros integrantes através de fotografias. A paciente escolhia fotos que aparentemente não tinham relação com a pergunta feita. Ela também costumava não perceber alguns elementos das fotos escolhidas. As reações suscitadas no grupo, de costurar as imagens com as perguntas, ajudava a paciente a resgatar sua própria capacidade de simbolizar suas experiências e, conseqüentemente, suas dores. A autora afirma que no decorrer das sessões grupais a paciente foi gradativamente apresentando melhoras, conseguindo fazer, em uma certa sessão, uma construção metafórica.

Discussões atuais apontam ainda para novas construções na psicossomática, destacando, por exemplo, a dimensão pulsional. Tabacof (2016) afirma que a noção econômica de excesso de excitação presente nos primórdios da teoria de Marty dá lugar, na contemporaneidade, para a ideia de desintrição pulsional. Essa desintrição pulsional, isto é, a desassociação entre pulsão de vida e pulsão de morte, libera a destrutividade interna, de modo que faz romper o equilíbrio psicossomático. Em outras palavras, a ação direta da pulsão de morte tem o potencial de destruir a organização psicossomática conquistada (Santos & Peixoto Junior, 2019a). A pulsão como conceito

limite entre o psíquico e o somático é colocada em evidência, uma vez que o trajeto da pulsão está implicado no devir psicossomático e falhas nesse trajeto leva a falhas na ligação psique-soma.

Na desorganização psicossomática, o desligamento do afeto prevalece. Os afetos não associados às representações são descarregados no corpo em estado bruto e desorganizados, situando os quadros de somatização na esfera do irrepresentável (Tabacof, 2016). Lemos et. al. (2021) explicam que o irrepresentável, em psicanálise, “está relacionado a falhas no trabalho de representação psíquica, pela operação da pulsão de morte ... quando evidencia os processos de desligamento ou de ataque aos movimentos associativos, representacionais e simbólicos do psiquismo” (p.592). Além disso, o irrepresentável remete ao conceito de trauma, isto é, à impossibilidade de transformação e de metabolização das vivências em algo psíquico. Assim, opera-se formações sintomáticas, onde o próprio corpo do sujeito pode ser afetado.

Outro ponto presente nas pesquisas recentes refere-se à psicossomática como uma verdadeira teoria da relação de objeto (Tabacof, 2016). As interações precoces são de suma relevância para a constituição da unidade psicossomática e, como afirma Dejours, para a subversão libidinal. As trocas libidinizantes asseguram a instalação das zonas erógenas e da dimensão psicosexual em si, de forma que é na intersubjetividade que os processos transformacionais ocorrem. O objeto assume papel central, sendo fundamental no processo de transformação das excitações somáticas em energia psíquica pulsional (Tabacof, 2016, 2020).

Fernandes (2001; 2003) considera que a mãe, por meio do investimento que faz no corpo da criança, nomeando as partes, as funções e as sensações desse corpo, é capaz de transformar o corpo de sensações em um corpo falado. Para a autora, à luz da alteridade materna, o analista pode investir o corpo do paciente, em uma operação de libidinização,

transformando-o em corpo falado. O psicanalista-psicossomático, portanto, tem um trabalho duplo na clínica contemporânea: além da função de para-excitação, defendida por Marty, cabe ao analista o trabalho de libidinização (Tabacof, 2020).

Nessa direção, Silva (2009) afirma que a reativação da subversão libidinal pode ser um facilitador à elaboração psíquica no tratamento a pacientes somáticos. A autora apresenta o caso de uma paciente portadora de câncer de mama, em que a doença a acometeu em um período conflituoso de sua vida e a colocou diante de angústias relativas à sua identidade feminina. Os transtornos suscitados pelo impacto do diagnóstico e pela agressividade do tratamento afetaram também a sua vida psíquica e social. A paciente relata que a doença trouxe consigo alguns aprendizados, dentre eles o amor ao próprio corpo. Assim, tomando como referência a teoria de Dejours, Silva afirma que a reativação da subversão libidinal, a partir do trabalho analítico, deu início ao processo de transformação do corpo erógeno e do narcisismo da paciente, sendo este um elemento decisivo na reconquista de sua saúde.

Podemos concluir, portanto, que a clínica contemporânea foi se desenvolvendo a partir do desdobramento da teoria de Marty e de seus colaboradores. Inicialmente foi enfatizado o funcionamento mental dos pacientes com queixas somáticas, sob a perspectiva econômica, o que conferiu o estatuto de clínica da excitação à teoria formulada pela primeira geração do IPSO. Baseados em observações e experiências clínicas, outros autores mais contemporâneos chamaram atenção para o lugar do corpo na manifestação somática, bem como para o dualismo pulsional da segunda tópica freudiana promovendo novas articulações com o campo da psicanálise. Seguindo essa linha, no próximo capítulo, nos deteremos ao estudo dos desafios do trabalho do analista, procurando enfatizar a dimensão do corpo do analista e sua relação com o enquadre na clínica psicossomática.

CAPÍTULO 3

O CORPO DO ANALISTA NO ENQUADRE DA CLÍNICA PSICOSSOMÁTICA

“Buscamos, no outro, não a sabedoria do conselho, mas o silêncio da escuta; não a solidez do músculo, mas o colo que acolhe.”

(Rubem Alves)

Conforme estamos discutindo na presente dissertação, o corpo, como portador do mal-estar, passa a ganhar mais espaço na clínica contemporânea. As pessoas depositam no corpo restos não simbolizados e, cada vez mais, a atenção voltada para o corpo, especialmente para o adoecimento somático, sai da exclusividade da área médica e adentra os consultórios dos psicanalistas.

A escuta analítica para as questões do corpo convoca no analista diversas sensações, inclusive corporais, pois ele não é indiferente ao que se passa no corpo do paciente. Ao ser impactado sensorialmente neste encontro, o analista é convidado a escutar para além do funcionamento psíquico do paciente, dando espaço também para o corpo erógeno que se encontra desabilitado. Assim, o corpo do analista é constantemente convocado no âmbito da contratransferência e pode ser usado como um dispositivo analítico. Ele pode sentir em seu próprio corpo aquilo que não é representado pelo paciente, podendo fazer uso dessas sensações dentro do enquadre (Leite, 2006).

A clínica psicossomática se mostra desafiadora para o analista e exige certas adaptações, uma vez que se faz necessário alcançar a dimensão corporal e o campo do não representado. No percurso da psicanálise, muitos autores dedicaram-se a essa discussão, considerando válido fazer mudanças no enquadre analítico para atender tanto os pacientes que apresentam um funcionamento não neurótico, quanto crianças e adolescentes. As mudanças visam, de maneira geral, auxiliar na ampliação das redes

representacionais e no desenvolvimento de recursos psíquicos, além de dar espaço para a dimensão corporal tanto do paciente quanto do analista.

Neste capítulo será discutido, então, a relação entre o lugar do corpo do analista e do paciente na particularidade do enquadre na clínica psicossomática. Inicialmente, faremos algumas considerações sobre o enquadre clássico psicanalítico, apresentaremos as formulações winnicottianas sobre o *setting*, bem como as contribuições de Bleger. Em seguida, discutiremos os desafios do enquadre na clínica psicossomática e como o corpo do analista pode ser considerado um elemento fundamental do contexto analítico, sendo afetado e mobilizado a partir do encontro com o corpo do paciente. Utilizaremos a análise de fragmentos clínicos para enriquecer nossa discussão.

3.1 O enquadre na clínica psicossomática: algumas considerações sobre a técnica psicanalítica

Como apresentamos no primeiro capítulo, a clínica da neurose atual foi perdendo espaço na obra freudiana, pois, por não se tratar de conteúdo recalcado, a técnica analítica não seria suficiente para o tratamento desses casos. Freud concentrou-se no atendimento das psiconeuroses, estabelecendo algumas orientações para o tratamento analítico.

De acordo com as recomendações feitas por Freud (1912/1996b, 1913/1996) nos artigos sobre a técnica, para acessar o material inconsciente, o paciente deveria comunicar tudo o que lhe ocorresse, seguindo a livre associação de ideias e não fazendo críticas ou seleção. O analista deveria permanecer em atenção flutuante e interpretar o material apresentado, prezando pela neutralidade e abstinência. Para tal, Freud recomendava que o paciente repousasse o seu corpo no divã enquanto o analista se sentasse atrás, fora de seu campo de visão, dando ao corpo do paciente, assim, um lugar diferenciado durante a sessão analítica.

Freud (1913/1996) também chamava atenção para o corpo do analista, mesmo que de forma sutil. Em *Sobre o início do tratamento*, ao falar sobre o divã, o autor afirma que ele deve ser usado por diversas razões:

A primeira é um motivo pessoal, mas que outros podem partilhar comigo. Não posso suportar ser encarado fixamente por outras pessoas durante oito horas (ou mais) por dia. Visto que, enquanto estou escutando o paciente, também me entrego à corrente de meus pensamentos inconscientes; não desejo que minhas expressões faciais deem ao paciente material para interpretação ou influenciem-no no que me conta (Freud, 1913/1996, p.149).

Nessa passagem, podemos entender que Freud fala tanto do incômodo de ser olhado pelo paciente, quanto de como pode ser, de alguma forma, afetado pelo material trazido por ele através de manifestações corporais, como as expressões faciais. Leite (2006) considera que o ocultamento da visão possibilita ao analista, de modo particular ao seu corpo, ser o cenário de variadas possibilidades imaginárias e mobilizar o campo do afeto. Para a autora, o analista deve acolher essas manifestações corporais, de forma que seu corpo possa surgir como parte do dispositivo analítico.

Freud (1912/1996a) observou ainda que, no decorrer da análise, o paciente desenvolve um interesse especial pela pessoa do analista, de forma que ele revive experiências psíquicas passadas, as quais são atualizadas e reeditadas na relação analítica, pela via da transferência, podendo esta ser tanto um meio eficiente, quanto um obstáculo para o tratamento. Labaki e Cartocci (2016) afirmam que a transferência, na análise clássica, é apoiada no modelo do sonho, de forma que o analista “funciona mais como tela ou suporte, e sua presença em negativo tem efeito na medida em que oferece ao analisando as condições para se entregar ao sonho acordado: silêncio, retirada do olhar ou dos estímulos ao olhar, divã” (p.190).

Machado (2010) contribui com esta discussão ao apontar que o analista deveria resguardar a objetividade de suas interpretações, dando lugar apenas para a subjetividade do paciente. Segundo o autor, era importante que o analista “se mantivesse disponível apenas como um ‘órgão receptor’ das transmissões do inconsciente de seu paciente, para então ‘traduzir’ e comunicar de forma objetiva a subjetividade desse paciente, este, sim, o verdadeiro sujeito do processo psicanalítico” (p.165).

Essas recomendações técnicas sugeridas por Freud atendiam bem aos pacientes neuróticos, aqueles mais integrados, dotados de boa capacidade para representar, simbolizar e associar livremente. Em contrapartida, pacientes com funcionamento mais primitivo, os quais aparecem na clínica contemporânea e de modo especial na clínica psicossomática, demandam certa adaptação e flexibilização da técnica clássica, exigindo do analista mais sensibilidade.

Um dos primeiros psicanalistas a chamar atenção para isso foi Ferenczi (1927), em seu clássico texto *Elasticidade da técnica psicanalítica*. Por elasticidade, o autor compreende que, assim como uma tira elástica, o analista precisaria “ceder às tendências do paciente, mas sem abandonar a tração na direção de suas próprias opiniões” (p.37). Isso significa que, a depender do caso e sem sair de seu lugar de analista, algumas adaptações são apropriadas para atender à diversidade de subjetividades que chegam à clínica, possibilitando também o atendimento de outras estruturas clínicas que não apenas a neurótica. No entanto, tais modificações não são arbitrárias. Elas dependem do tato do analista, daquilo que Ferenczi chamou de “sentir com” (p.31). O tato do analista está vinculado àquilo que ele sente em seu corpo, àquilo que ele experencia no atendimento ao seu paciente e que ressoa em suas interpretações. Devido a isso, o analista tem condições de saber o momento e a forma de fazer suas colocações, sendo que essa capacidade está atrelada à própria análise pessoal do analista. Dessa forma, Ferenczi

coloca em evidência o lugar do corpo do analista na clínica e traz a sensibilidade e o cuidado no fazer psicanalítico.

Assim como Ferenczi, Winnicott (1964/1994, 1954/2000, 1955/2000) enfatiza a dimensão do cuidado na psicanálise e destaca a importância da disponibilidade do analista para entrar em sintonia com a necessidade do paciente. Por isso, em sua teoria, o conceito de *setting* é valorizado, pois é nesse cenário onde se passa a situação analítica que a sensibilidade do corpo do analista poderá ganhar espaço.

Mais do que um lugar para se traduzir o inconsciente, o *setting* é um lugar que proporciona o desenvolvimento psíquico. Isso é possível, pois o contexto analítico é capaz de reproduzir as técnicas da maternagem dos estágios iniciais e de fornecer uma experiência de confiabilidade que possibilite o desenvolvimento do continuar a ser do paciente (Winnicott, 1964/1994, 1954/2000, 1955/2000), através do encontro corpo-a-corpo entre analista e paciente e da experiência do “sentir com” (Ferenczi, 1927, p.31).

Em casos onde o paciente não recebeu o cuidado inicial suficientemente bom, Winnicott (1964/1994, 1954/2000, 1955/2000) afirma que a manutenção e a provisão do *setting* são prioridades e defende a regressão ao estágio de dependência absoluta como tratamento analítico. Podemos entender, assim, que o autor coloca o corpo do analista em evidência ao comparar o seu papel com o da mãe suficientemente boa, que tem uma sensibilidade corporal às demandas de seu bebê e por isso consegue se adaptar às necessidades dele.

Hisada (2001) afirma que Winnicott tinha a preocupação de enfatizar o analista como uma pessoa humana, no sentido de que uma postura ativa, maleável e criativa era necessária nos casos mais regredidos. O manejo por parte do analista era, assim, tido como um instrumento de intervenção. A autora explica que o manejo é caracterizado por “fornecer um enquadre ao paciente, livre de invasões; dar ao paciente o que necessita pela

presença corporal atenta e sensível na pessoa do analista; e [por conter] aspectos de cuidados que só podem ser proporcionados pelo ambiente social e familiar” (p.98). Mais uma vez podemos ressaltar a dimensão corporal do analista como sendo relevante no atendimento clínico, tanto no que diz respeito a sua presença física, muitas vezes precisando estar dentro do campo de visão do paciente, quanto na questão sensorial em que seu corpo responde ao que se passa na cena analítica.

Nessa direção, Labaki e Cartocci (2016) explicam que a manutenção do *setting*, por meio do tempo e da frequência constante das sessões, confere ritmo e embalo, sustentando o espaço interno do paciente. Em casos mais regredidos, o atendimento na poltrona permite que o olhar do analista também forneça o suporte da escuta. A presença do analista no campo de visão do paciente é importante, pois, como sabemos, a constituição subjetiva é impactada pela relação com o corpo do outro. Assim, a constância das sessões e o encontro corpo-a-corpo estabelecem o sentimento de confiança necessária para impulsionar os processos de integração e personalização do paciente e o *setting* pode, então, ser tomado como uma metáfora de cuidados maternos (D. Winnicott, 1954/2000).

Para avançarmos na discussão sobre o corpo do analista dentro do *setting* analítico convém brevemente também entrarmos nas contribuições de Bleger (1967/2002), autor bastante citado na temática do enquadre. Seguindo as considerações winnicottianas sobre o *setting*, Bleger (1967/2002) utiliza a terminologia enquadre para se referir ao não-processo da situação analítica, às invariáveis que formam uma moldura e que conferem estabilidade e constância ao processo analítico. O enquadre funciona como suporte silencioso de aspectos muito primitivos do paciente, servindo de sustentação para o paciente, da mesma forma como a mãe sustenta o seu bebê. O autor ressalta que cabe ao analista manter ativamente esse enquadre, de forma que quando este se mantém, parece inexistente.

Nesse sentido, Bleger (1967/2002) afirma que as relações estáveis e imobilizadas, com as experiências de frustração e gratificação com o não-eu, fornecem a base para a estruturação do eu. O enquadre se constitui em um “mundo fantasma” (Bleger, 1967/2002, p. 104), onde os aspectos mais primitivos e indiferenciados da personalidade do paciente se repetem. Por isso é importante que o enquadre seja mantido. Entretanto, o autor ressalta que a manutenção para além do necessário pode ser negativa, na medida em que ocasiona uma paralisação do desenvolvimento. Assim, no decorrer do processo analítico, mesmo que o enquadre seja idealmente mantido, é desejável que ele seja transformado em objeto da análise para promover a dessimbiotização analista-paciente. Citando Bleger (1967/2002):

... podemos dizer que o enquadre do paciente é sua fusão mais primitiva com o corpo da mãe e que o enquadre do psicanalista deve servir para restabelecer a simbiose original, mas justamente com o objetivo de modificá-la. São problemas técnicos e teóricos, tanto a ruptura do enquadre quanto a sua manutenção ideal ou normal, mas o que modifica fundamentalmente toda a possibilidade de um tratamento profundo é a ruptura que o psicanalista introduz ou admite no enquadre. O enquadre só pode ser analisado dentro do enquadre, ou, em outros termos, a dependência e a organização psíquica mais primitiva do paciente só podem ser analisadas dentro do enquadre do analista, que não deve ser nem ambíguo, nem cambiante, nem alterado (p.111).

Na clínica psicossomática, Dejours (1993/2019) contribui com essa discussão ao sugerir que os pacientes se servem do enquadre analítico de tal modo que o habitam, apoiando-se e infiltrando-se nele como se virasse uma parte deles próprios. Para o autor, os pacientes somáticos alojam no enquadre aquilo que “não funciona de forma autônoma” (p.98) neles. Por isso, o analista precisa estar atento, pois, ao preencher esses furos sem

simbolizá-los, o enquadre pode contribuir para a manutenção desse funcionamento e a melhora do paciente pode ser decorrente dessa utilização do enquadre e não da elaboração pela transferência.

Dentre os elementos do enquadre, Bleger (1967/2002) inclui a postura do analista e as regras necessárias para o andamento da análise, tais como o uso do divã ou o atendimento face a face, a duração das sessões, os horários estabelecidos, os honorários do analista, as férias e outros combinados essenciais. Podemos acrescentar aqui, o conceito de enquadre interno do analista (Green, 2008), o qual se refere ao enquadre que ele [analista] internalizou para salvaguardar a condução do processo analítico em casos, por exemplo, de psicoterapia, onde a psicanálise clássica não se estabelece.

Sobre a postura do analista, muitos aspectos podem ser considerados, dentre eles a neutralidade do analista. Machado (2010) diz que não podemos refutar os princípios freudianos, porém alguns conceitos podem ser relativizados e o conceito inicial de neutralidade é um deles. Para Green (2002/2008), a atitude do analista é importante para o trabalho da dupla analítica, de forma que ela pode tanto facilitar quanto contrariar o andamento da análise. O autor faz uma ressalva de que facilitar não significa dar encorajamentos ou aconselhamentos. Tampouco é recomendável adotar uma postura “glacial” (p.56). O analista deveria, segundo o autor, se esforçar para obter uma neutralidade benevolente, que consiste em uma atitude de receptividade compreensiva, de disponibilidade.

É válido ressaltar que a disponibilidade da qual nos fala Green (2002/2008) refere-se tanto ao acolhimento das produções vindas do paciente quanto à receptividade às produções do próprio inconsciente do analista, o que caracteriza a intersubjetividade no processo analítico. O autor afirma que uma reação transferencial viva do analista,

espontânea, mesmo que negativa, pode ser menos prejudicial para a análise do que uma fala fria, artificial e pautada em manuais técnicos.

Nessa direção, Célérier (2013) sugere que a espontaneidade das expressões corporais do analista favorece o chamado espaço analítico, espaço este que está entre analista e paciente, como o espaço transicional, onde cada um da dupla analítica pode projetar, se apropriar e devolver algo do que sente. O analista precisa manter a distância certa e saber como pode utilizar seu corpo e suas manifestações corporais sem desrespeitar as regras do enquadre e o princípio da neutralidade, já que os pacientes podem demandar do analista em alguns momentos mais aproximação, enquanto em outros momentos, mais distanciamento.

A subjetividade do analista, segundo Bonaminio (2009), está no centro da psicanálise contemporânea. O autor considera que embora o analista não tenha a intenção de falar sobre si e sobre seus sentimentos no encontro analítico, algo sobre ele é inevitavelmente revelado. Para Célérier (2013), o corpo do analista, seus movimentos corporais e o ambiente que o rodeia revelam aquilo que escapa ao analista, o inconsciente, os afetos, os pensamentos e os desejos.

A subjetividade do analista passa a ganhar mais atenção a partir da melhor compreensão sobre o fenômeno da contratransferência, com os trabalhos de Heimann, Winnicott e Racker. Se em Freud a contratransferência era vista como um obstáculo, na psicanálise contemporânea ela se torna elemento central, principalmente nas configurações não neuróticas, onde lidamos com falhas mais precoces no desenvolvimento (Samarcos, 2016).

Em tais casos, onde o *status* de unidade ainda não está adquirido, a manutenção do *setting* se faz mais importante que a interpretação, tal qual observamos em alguns casos na clínica psicossomática. Como vimos, o trabalho analítico deve se pautar mais no

manejo, pois esses pacientes necessitam, em um primeiro momento, de *holding*, de sustentação. Assim, a manutenção das regras do enquadre conferem a segurança, a estabilidade e a confiança das quais o paciente inicialmente necessita.

Ferraz (2015) apresenta um caso clínico que nos permite pensar na importância das adaptações do enquadre na clínica psicossomática. Na ocasião, o autor conduziu a análise da paciente Margarida (nome fictício) aos moldes do *setting* analítico convencional, fazendo uso de divã e de interpretações clássicas baseadas em hipóteses edípicas e transferenciais. Para ele, a expressão somática da paciente após três meses de análise e a interrupção precoce do trabalho analítico podem ter sido resultado de sua inabilidade de flexibilizar o enquadre.

O caso refere-se a uma paciente de 35 anos, denominada pelo autor de Margarida, que desde criança apresentava bronquite asmática. Começou a fazer análise por insistência dos colegas de trabalho e as sessões eram marcadas por queixas e acusações. Costumava atribuir a responsabilidade por seus problemas aos outros e estava sempre com raiva. O clima da sessão era pesado e sufocante, de forma que Ferraz afirma que passou a se sentir temeroso pela irritação da paciente e pelo efeito das suas interpretações, as quais eram sempre mal recebidas.

Em uma determinada sessão, Margarida falou sobre a gravidez de sua mãe de seu irmão caçula. Ferraz apostou em uma interpretação edípica, referindo-se à sensação que ela poderia ter tido de perda de espaço com a chegada do irmão temporão. Ela reage com raiva e fica alterada com o analista, dizendo que o problema era a idade da mãe (40 anos) ao ter engravidado. Mais adiante, o analista arrisca outra interpretação, dessa vez no âmbito transferencial referindo-se ao ódio inotido da paciente contra ele. Ela novamente se irrita, destrata o analista e em seguida entra em crise de bronquite asmática. Ferraz conclui que a manifestação somática decorre da dificuldade da paciente de

processar as excitações por meio do pensamento. Além disso, para o autor, a insistência nas interpretações e a falta de manejo no decorrer da sessão levaram a paciente à explosão somática.

Este fragmento clínico nos convida a pensar no que Winnicott (1964/1994, 1954/2000) traz sobre o *setting* e a postura do analista, como estamos discutindo nesse tópico. Margarida desde criança apresentava crises somáticas, sugerindo que falhas ambientais precoces podem ter ocorrido em seu desenvolvimento, em especial no processo de personalização. Devido a isso, a interpretação do inconsciente, tal qual indicado pela análise clássica, não seria o mais importante inicialmente. Margarida precisava em um primeiro momento de um ambiente acolhedor que pudesse resgatar as falhas originais e dar a esperança da retomada de seu desenvolvimento emocional. Nesse caso, o analista teria o papel de possibilitar novas experiências e fornecer o *holding* necessário, deixando o trabalho interpretativo para um segundo momento.

Para Winnicott (1954/2000), quando uma interpretação é dada prematuramente, ela pode causar uma dor profunda no paciente, pois é sentida como uma intrusão. Essa interpretação precoce corre o risco de causar submissão no paciente, interromper a espontaneidade e, assim, arruinar o processo terapêutico, como aconteceu com Margarida. Além disso, podemos supor que a irritação da paciente frente às interpretações do analista era uma reação à intrusão sentida. O temor que o analista sentia em seu corpo pode ser entendido como o medo que a paciente sentia diante das invasões vindas do outro. Seria interessante que o analista estivesse consciente de sua contratransferência e estivesse preparado para suportar a tensão da sessão, ao dar-se conta de seu medo e possivelmente de seu ódio à paciente. Nesses casos, a sobrevivência do analista, seria um elemento importante para a criação de um espaço estável e confiável que pudesse fornecer a sustentação que Margarida necessitava (Bleger, 1967/2002; D. Winnicott, 1947/2000)

Com esse breve fragmento, podemos finalizar com a ideia de que o enquadre clássico proposto por Freud, o qual contempla, o uso do divã, a associação livre, a neurose de transferência e a objetividade do analista, precisa ser flexibilizado na clínica psicossomática. Como Dejours (1993/2019) aponta, o lugar do enquadre tornou-se decisivo na análise de pacientes somáticos e o corpo do analista, com os sinais e movimentos produzidos no encontro intersubjetivo, tem grande valor para a interpretação da contratransferência. No próximo tópico, nos dedicaremos mais ao lugar do corpo do analista e como este pode fazer parte do enquadre psicanalítico.

3.2 O corpo do analista e os desafios do trabalho analítico

A questão sobre o corpo do analista, de maneira geral, ocupa um lugar crescente no discurso psicanalítico. Mattuella (2020) afirma que, à princípio, embora houvesse muitas produções sobre o corpo, quando se falava do corpo do analista geralmente era para se referir ao cansaço físico decorrente de longas horas de atendimento sentado à poltrona.

O autor propõe, então, pensar essa questão do corpo do analista a partir do contexto transferencial, afirmando que, de acordo com a teoria freudiana, para que ocorra uma análise é necessário um analista de corpo presente, servindo de suporte para a cena transferencial. Todavia, ressalta que o corpo presente do analista está ali de forma não positivada, ou seja, se faz presente na ausência. É um paradoxo, pois o analista está presente como suporte para a atualização das fantasias do paciente, porém está ausente enquanto indivíduo (Matuella, 2020).

O analista se presentifica, segundo Mattuella (2020), quando o paciente esbarra em algo do irrepresentável, quando a palavra fica em suspenso e então seu corpo entra como suporte desse irrepresentável. Isso significa dizer que o analista sente em seu corpo

aquilo que não pode ser representado pelo paciente, como pode acontecer na clínica psicossomática. Ele se oferece como um suporte real, a fim de sustentar o trabalho psíquico do paciente. É nesse contexto que o corpo do analista faz parte do enquadre, funcionando como um “algo a mais” (Leite, 2006, p.80) na comunicação entre analista e paciente.

Nessa mesma direção, Fontes (1999) afirma que quando a relação analítica alcança níveis mais arcaicos, as palavras não são possíveis e são as sensações que têm lugar. Para a autora:

Face à angústia arcaica do paciente, o analista encontra-se frequentemente em uma situação delicada – porque é o momento em que a memória corporal manifesta-se em lugar da linguagem verbal, e o corpo do analista faz parte desse processo, a sensação sentida do paciente pelo próprio analista. Se o analista encontra seu lugar de recepção sensorio-cinestésica, o paciente poderá comunicar seus signos sensoriais e tentar transmitir suas vivências de intimidade e estranheza. Essa ampliação de recursos técnicos no atendimento reinscreve a atuação do analista. A mobilização dessa memória corporal possibilita a representação psíquica de situações traumáticas registradas no corpo, e pode contribuir para reverter quadros psicopatológicos (Fontes, 2006, p.115).

Assim, o analista precisa colocar em ação sua imaginação, sua capacidade de regressão para ter acesso a esse material do paciente. No atendimento a pacientes somáticos, o analista é solicitado, então, a ter um olhar e uma escuta capaz de figurar a imagem e colocá-la em palavras (Fernandes, 1999; Fontes, 2006). Além disso, Célérier (2013) sugere ser importante o analista permitir que seu corpo manifeste sensações e emoções, no sentido de mostrar para o paciente somático que o corpo pode ser afetado por outra coisa que não o sintoma patológico.

A literatura (Fernandes, 2019; Labaki e Cartocci, 2016; Mattuella, 2015; 2020; Tabacof, 2020) aponta ainda que, na clínica psicossomática, é preciso fazer um trabalho de reconstrução ou, muitas vezes, de construção de sentidos, de forma que o corpo do analista é solicitado para acolher os sentimentos e as sensações mais primitivas vindas do paciente. A partir disso, seria possível reconstituir na relação transferencial a história libidinal do sujeito. Para Fontes (2011), “a transferência ... pode ser o lugar da reconstrução silenciosa do eu, [pois] na falta de simbolização primária desses pacientes, a situação transferencial cria a possibilidade de um real nascimento psíquico” (p.86).

Entendemos que esse nascimento psíquico se dê no processo psicanalítico intersubjetivo, onde analista e paciente trocam, assimetricamente, transferências e experiências (Machado, 2010). Como nos lembra Dejours (2008/2019, 1990/2019), apoiado nas formulações freudianas, a partir do processo de subversão libidinal, o corpo erógeno se constitui. Para o autor, este é o ponto de partida para a vida psíquica e a capacidade de habitá-lo afetiva e eroticamente consiste na fonte da saúde. A construção do corpo erógeno tem início nos jogos em torno do corpo da criança em sua relação com os pais, porém é um processo que pode ser reconstruído e reconquistado ao longo de toda a vida.

Ainda dentro dessa perspectiva intersubjetiva, o corpo do analista é mobilizado, impactado e afetado de diversas formas, como o corpo do adulto também o é na relação com a criança. A teoria laplancheana considera que a manipulação do corpo da criança pelo adulto desperta neste fantasias, afetos e ansiedades, não sendo indiferente ao que se passa nessa relação. Ora o adulto pode estar tranquilo e sentindo prazer com a criança, ora pode estar inquieto e sentir raiva, nojo e ódio, por exemplo. Seja como for, o adulto tem uma experiência corporal no cuidado com a criança (Gernet, 2012).

Da mesma forma acontece com o analista. Segundo Green (1990), “há pacientes que nos dão dor de cabeça, que provocam no analista estranhas sensações, às vezes até momentos de confusão, outros de irritação, angústia e até mesmo reações somáticas” (p.67). Na mesma direção, Dejours (1993/2019) afirma que o analista pode experimentar em seu corpo diversas emoções físicas, desde cefaleias, palpitações, falta de ar e vontade de dormir, até excitação erótica.

Assim, algo é comunicado e o corpo do analista, como um todo, funciona como órgão de escuta. Ou seja, o analista tem uma experiência sensorial em sua escuta, sentindo no corpo, por exemplo, a agitação, a excitação ou a inquietação do paciente. Ao escutar o paciente, o analista tem um impacto sensorial, um impacto que vai além do emocional e que é manifestado em seu corpo. Conforme apresentado no seminário com Aisenstein, através da ampliação de seu funcionamento mental, o analista escuta também o inaudível (Soares et al., 2020), escuta aquilo que lhe impacta para além das palavras do paciente.

Nessa direção, Tabacof (2020) ressalta que o analista utiliza seu funcionamento psíquico para elucidar lacunas do funcionamento psíquico do paciente, ou seja, ao “emprestar” seus sistemas de sensibilidade, o analista pode mobilizar transformações econômicas importantes. Contudo, o analista não pode se perder nas ressonâncias contratransferenciais. É preciso saber manejar a contratransferência, bem como identificar e separar o que é do paciente e o que é do analista, sendo fundamental, portanto, a análise pessoal do analista.

A autora relata um caso de um paciente que procurou o IPSO, por orientação médica, com queixas de dores musculares e perturbações do sono. Esses sintomas eram consequências de um acidente vascular cerebral que havia sofrido dois anos antes, pouco depois de seu amigo e sócio desviar uma quantia do caixa de sua empresa para investir em negócios pessoais. Após recuperar-se do AVC, o paciente começou a descarregar as

excitações inelaboráveis, nas palavras de Tabacof (2020), através da atividade física e do comportamento. Na sessão descrita pela autora, o paciente se queixava de não se sentir bem pois havia tentado serrar galhos de uma árvore e não tinha sido fácil. A analista sugere que o paciente se acomode melhor na poltrona, ao mesmo tempo em que ela também se ajeita e em seguida surge um momento de silêncio. A partir da descrição feita pelo paciente sobre a serra e os galhos das árvores caindo, a imagem que se forma na mente da analista é de uma mutilação de membros do corpo, a qual ela interpreta para si como sendo a angústia aterrorizante de castração do paciente. A analista opta por manter o silêncio.

Este fragmento clínico nos convida a fazer algumas reflexões sobre o enquadre na clínica psicossomática, bem como sobre o corpo do paciente e sua ressonância no corpo do analista. Primeiramente, percebemos que a análise é realizada face a face, de forma que a analista se coloca como um espelho para o paciente. Tabacof (2020, 2021) ressalta que essa transformação do enquadre possibilita que o olhar do analista participe tanto quanto a escuta. Para a autora, o olhar se faz essencial para que o paciente possa aos poucos dirigir o seu olhar a si mesmo e consolidar seu narcisismo.

A função de espelho foi observada por alguns autores dentro do campo psicanalítico, como Lacan (1949/1998) e Winnicott (1967/1975). O primeiro nos diz que o sujeito humano se constitui especularmente, dentro de um período denominado por ele de estágio do espelho, onde o olhar do outro é a base dessa constituição. Esta fase compreende o período dos 6 aos 18 meses de vida do bebê. Segundo o autor, o corpo do bebê encontra unidade a partir da imagem do outro, que é uma antecipação de sua própria imagem, e a conquista da identidade se dá a partir dessa dimensão imaginária.

Winnicott (1967/1975) fala a respeito da função de espelho da mãe. Para o autor, “a mãe está olhando para o bebê e *aquilo com o que ela se parece se acha relacionado*

com o que ela vê ali” (D. Winnicott, 1967/1975, p. 154). Ou seja, o olhar da mãe reflete o que ela está vendo e isso impulsiona o processo de integração do bebê, para que ele possa aos poucos se reconhecer como pessoa inteira e ter a sensação de existência. Em outras palavras, o olhar da mãe legitima a existência do bebê. No caso dos pacientes somáticos, podemos fazer um paralelo entre o olhar do analista e a função de espelho da mãe. O atendimento face a face possibilita que o paciente tanto olhe para o seu analista quanto seja olhado por ele.

A presença positivada do analista nessa clínica é importante, pois este não pode ainda ser sonhado pelo paciente (Mattuella, 2020). Nessa direção, Labaki (2015) afirma que esses pacientes, quando fusionados com o objeto, não podem imprimir ou reeditar a ausência do objeto, uma vez que ele ainda não se fez presente como tal; por isso precisam do olhar do analista. Para a autora, a ausência do analista do campo de visão do paciente, como na disposição sugerida pelo divã, só é possível para aqueles que experimentaram a separação do objeto primário.

Observamos, ainda, que essa necessidade constante da presença física do analista exige do analista simples expressões sonoras para reassegurar o paciente de que ele está ali, vivo. O analista precisa se manter no espaço *entre*, não cedendo às demandas imediatas nem se ausentando em um silêncio sem eco (Fernandes, 1999). É preciso ter tato, como nos lembra Ferenczi (1927/2011).

Outro ponto importante no caso relatado é quando Tabacof (2020) sugere para o paciente se ajeitar na cadeira enquanto ela mesma também se ajeita. Podemos supor que ela estava sentindo através de seu corpo um incômodo ou desconforto que possivelmente era do paciente, mas que não estava podendo ser representado por ele. O momento de silêncio que se segue a essa cena permite à analista figurar em sua mente a angústia que

o paciente não podia representar, angústia esta que estava sendo comunicada de alguma maneira e sentida no corpo da analista.

Podemos entender, ainda, que quando a analista opta pelo silêncio ela está dizendo que nem tudo precisa ser interpretado ou que, pelo menos, nem tudo precisa ser dito naquele momento. De acordo com Ferenczi (1927/2011), o ato de analisar trata-se:

... antes de tudo, de uma questão de *tato psicológico*, de saber quando e como se comunica alguma coisa ao analisando, quando se pode declarar que o material fornecido é suficiente para extrair dele certas conclusões; em que forma a comunicação deve ser, em cada caso, apresentada; como se pode reagir a uma reação inesperada ou desconcertante do paciente; quando se deve calar e aguardar outras associações; e em que momento o silêncio é uma tortura inútil para o paciente, etc. (p.31)

Esse *tato psicológico* depende daquilo que é mobilizado dentro do analista, de sua experiência sensorial na escuta e de sua sensibilidade em sentir com o paciente o que se passa dentro dele.

No caso apresentado, podemos supor que o paciente estava precisando mais de *holding*, escuta e acolhimento do que de interpretação (D. Winnicott, 1955/2000). A analista demonstrou ter *tato*. Conseguiu perceber como foi afetada em seu corpo a partir da fala do paciente e, ao mesmo tempo, soube avaliar com frieza, como diria Ferenczi (1927/2011), o que estava se passando na cena analítica, não deixando se levar só pelos seus sentimentos. Assim, chegou à conclusão de que o melhor naquele momento seria manter o silêncio. Em pacientes cuja análise lida com os estágios iniciais do desenvolvimento emocional, como na psicossomática, Winnicott (1954/2000) afirma que o manejo deve ser priorizado em relação ao trabalho analítico tradicional e, nesse sentido, a sensorialidade na escuta do analista é quem guia esse processo.

Hisada (2001) acrescenta que uma experiência significativa com o analista é capaz de promover o desenvolvimento psíquico, sendo, em alguns momentos, mais importante que a interpretação. Uma interpretação dada rápida demais pode ser sentida como uma intrusão ao invés de uma sustentação. Entretanto, à medida que o paciente for se sentindo mais integrado, o enquadre analítico clássico pode ser introduzido:

A partir das trocas perceptivas, dos diálogos tônico-emocionais e de sua ligação ao sistema representacional (tanto no nível dos representantes-representações quanto dos representantes-afeto), novas condições de integração se oferecem ao paciente no âmago de sua organização psicossomática. Nesse *setting*, uma diminuição gradual das trocas visuais recíprocas vai ocorrer, até que o paciente possa abandonar a necessidade de "controle" do objeto (o analista), em um movimento de interiorização progressiva. Isso poderá favorecer, posteriormente, a instalação do enquadre analítico clássico (Tabacof, 2020, p. 5).

Outro fragmento interessante que enriquece nossas construções sobre a clínica psicossomática nos é apresentado por Soares (2015). A autora utiliza a abordagem corporal dentro do enquadre analítico para ir além do campo da linguagem verbal. A paciente Cléo, de 20 anos, procurou atendimento devido a uma sudorese excessiva, principalmente nas mãos e nos pés, que a incomodava desde criança. Esse sintoma era intensificado em situações de nervosismo e ansiedade ou quando dava a mão para alguém. Soares associou a sudorese aos traumas vividos pela paciente no começo de sua vida e interpretou como um mecanismo de defesa primitivo que insistia em atuar.

Nas primeiras sessões, Soares (2015) relata que não houve contato corporal entre elas. A analista conduziu as sessões perguntando sobre as sensações que Cléo sentia em seu corpo e sobre as sensações despertadas no contato com o divã e com o ar. A paciente deitava-se de lado, com as pernas encolhidas, como na posição fetal. A falta de toque

inicialmente foi necessária para que Soares descobrisse a distância adequada, respeitando os limites da paciente. Como vimos, Célérier (2013) aponta para a importância do analista saber qual a distância certa com cada paciente. Nos casos em que uma maior aproximação é necessária, o analista precisa estar atento para usar suas manifestações corporais de tal forma que não desrespeite o enquadre nem ultrapasse a linha da neutralidade mínima necessária na relação entre analista e paciente.

Aos poucos, Soares (2015) começou a encostar em Cléo por cima do lençol, de forma que nomeava as partes de seu corpo e falava sobre as percepções que estava tendo. Os movimentos eram lentos, harmônicos e delicados. Soares conta ainda que os toques por vezes se transformavam em brincadeiras com o corpo, da mesma forma como a mãe brinca com seu bebê. Braços e mãos, antes rígidos, conseguiam relaxar no meio das risadas. Assim, aos moldes da função materna, a analista investia no corpo da paciente. Entendemos aqui que o trabalho realizado pela analista, através da abordagem corporal, favorecia a ligação das sensações do corpo à linguagem. Em uma entrevista realizada por Kanabus (2015), Dejours afirma que não há outra via para alcançar a experiência subjetiva do corpo a não ser pela palavra.

O fato de a paciente deitar-se no divã nos convida a pensar em como o corpo do paciente habita o enquadre analítico e em como este corpo pode ser acolhido pelo analista. Alguns pacientes se deitam no divã, outros se sentam na poltrona. Alguns ficam inquietos e por vezes andam pelo consultório, outros ficam imóveis na poltrona com a bolsa no colo sem fazer um único movimento, a não ser para falar. Seja como for, a forma como o paciente habita o enquadre afeta também o analista, despertando sensações e transmitindo mensagens. A posição fetal de Cléo, por exemplo, mobilizou a analista a agir da mesma maneira que uma mãe faz com seu bebê, como supracitado.

O caso relatado por Soares (2015) evidencia a flexibilização do enquadre analítico e a adaptação da analista às necessidades da paciente. Convém discutirmos, contudo, as sensações que podem ter sido despertadas também no corpo da analista. Apesar da autora não trazer esse enfoque, podemos supor, à luz das considerações de Laplanche (1987/1992) sobre a relação adulto-criança, que o contato com a paciente desperta fantasias diversas na analista, as quais são inconscientes e se misturam com os gestos realizados. As mensagens transmitidas nesse encontro intersubjetivo são contaminadas pelo inconsciente sexual da analista, por isso escapam até mesmo a ela, e têm o poder de conferir erogeneidade ao corpo da paciente. Nesse sentido, Laplanche (1987/1992) considera que a teoria da sexualidade associa-se à teoria da comunicação, comunicação esta que vai além da linguagem, mas abrange também as mensagens implantadas por meio do toque, do olhar, do brincar, etc. À paciente, cabe o trabalho de traduzir os efeitos dessa mensagem sobre o seu corpo, mesmo que, como vimos anteriormente, essa tradução seja incompleta.

Vimos com Dejours (1989/2019, 1997/2019, 2000/2019) que o sintoma somático possui um endereçamento, uma intencionalidade e, ao afetar o outro, funciona como uma comunicação. Além disso, a somatização provoca uma exigência de trabalho psíquico, de forma que o pensar aparece como um recurso para lidar com as excitações provenientes do encontro com o outro (Brasil & Martins, 2016). No caso de Cléo, podemos dizer que a relação com a analista ajudou a paciente a pensar e a se apropriar daquilo que se passava em seu corpo, dando nomes e construindo sentidos para o seu sofrimento somático.

Conforme assinala Brasil (2005), no encontro com o outro, nosso corpo é mobilizado, ou seja, não somos indiferentes ao corpo do outro. Assim, podemos nos questionar o que a transpiração excessiva de Cléo suscitava em Soares. Será que essa sudorese provocava odores e despertava certa repugnância? Será que as mãos suadas

molhavam o divã e incomodavam a analista? Ou será que ela se compadecia da situação da paciente e não se importava com sua transpiração? Será que ela se cansava ao atender um caso tão regredido ou será que ela sentia prazer, entusiasmo e excitação no brincar compartilhado? Seja qual for a sensação despertada, ela se faz importante no contexto analítico, pois fornece pistas sobre aquilo que o paciente sente, mas que não consegue ainda colocar em palavras.

Sobre essas sensações experimentadas pelo analista na clínica psicossomática, podemos discutir ainda o caso de Maria, atendida por Castro (2015). Maria, 45 anos, tinha o diagnóstico de síndrome do cólon irritável. Os sintomas relatados pela paciente, como diarreias constantes, dor de estômago, vômitos, insônia, ansiedade e taquicardia, despertaram inicialmente na analista, dentre outros sentimentos, a compaixão. A paciente fazia acompanhamento psiquiátrico também, pois fez algumas tentativas de suicídio durante o tempo em que esteve em análise.

Segundo a autora, assim como grande parte dos pacientes somáticos, Maria tinha dificuldade em estabelecer relações entre o seu adoecimento e os referidos aspectos emocionais. A paciente se sentia culpada pelas diarreias e se sentia deprimida e impotente diante da incompreensão sobre o que acontecia em seu corpo. Suas sessões eram marcadas por falas que sugeriam uma grande falta de esperança (Castro, 2015).

Contratransferencialmente, Castro (2015) começou a se sentir capturada pela falta de esperança e pelo sentimento de impotência de Maria, de forma que duvidava da eficácia do trabalho analítico que realizava. Em outros momentos, a analista se sentia angustiada diante de uma fala vazia e queixosa e as interpretações feitas pareciam não fazer ressonância na paciente. Por vezes, Castro se via com sono e com dificuldades para pensar. Percebeu que estava se unhando em seu braço para se manter acordada e em outros momentos tinha a necessidade de mascar chicletes para não dormir. Após refletir

sobre as sensações que apareciam em seu corpo, Castro se deu conta de que ao colocar em palavras o que estava sentindo, as reações contratransferenciais de sono, por exemplo, deixaram de acontecer.

A análise com Maria era realizada face a face. A expressão corporal da paciente fornecia elementos que denunciavam sua tensão interna, sendo importante que a analista a visse. Castro (2015) percebia ainda que a paciente precisava desse olhar para ajudá-la a construir caminhos e fazer ligações. A analista sentia, então, que precisava transmitir à paciente segurança em relação a estar sendo ouvida, acolhida e contida. Além disso, ser olhada fazia Maria se sentir reconhecida e possibilitava que uma relação humana significativa fosse estabelecida.

O exemplo clínico relatado por Castro (2015) ressalta as trocas de afetos e as comunicações consciente e inconscientes entre a dupla analítica. Podemos supor que as reações despertadas na analista favoreceram a construção de sentido para os sintomas somáticos da paciente. Segundo Dejours (1989/2019), o sentido do sintoma é contingente, pois depende do encontro de duas pessoas, no caso analista e paciente, e passa pela dinâmica da transferência-contratransferência. Assim, as sensações experimentadas por Castro, ao serem colocadas em palavras, fornecia elementos para a interpretação dos sintomas de Maria.

O olhar da analista, bem como a sua postura de *holding* com a paciente – advinda de sua sensibilidade de sentir com ela a angústia - foram importantes para acolhê-la em um ambiente suficientemente bom que a possibilitasse novas experiências com o meio. A sobrevivência da analista, nesse caso, foi fundamental para que a paciente pudesse retomar os processos de integração e personalização (D. Winnicott, 1947/2000, 1945/2000). Além disso, como Fernandes (1999) sugere, as expressões sonoras de Castro

tiveram a função de reassegurar a paciente de que ela estava sendo acompanhada, acolhida, de forma que ela não se sentisse sozinha no silêncio.

Por fim, a partir dos fragmentos apresentados nesse capítulo, podemos pensar o enquadre na clínica psicossomática destacando o lugar do corpo do analista e retomando o que Labaki e Cartocci (2016) colocam sobre a relação entre o enquadre e o materno. Para as autoras, a dimensão materna está presente nas coordenadas do enquadre tanto no sentido de estrutura quanto no sentido de cuidado. É a estrutura que permite a comunicação silenciosa entre analista-analisando, comunicação esta que, conforme a teoria winnicottiana, se faz tão importante para o processo de constituição da subjetividade e permite que a sensorialidade seja considerada no tratamento analítico.

O corpo em sofrimento do paciente mobiliza o corpo do analista, de forma que o processo analítico passa a abarcar não apenas as associações livres (verbais) do paciente, mas também as associações gestuais e somáticas (dores, alergias, etc.) (Tabacof, 2021). O atendimento ao paciente somático demanda do analista a capacidade de ligar palavras às sensações suscitadas em seu corpo, sendo este, então, um elemento fundamental na psicanálise psicossomática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma escrita sobre corpo não poderia suscitar outra coisa senão sensações corporais. Enquanto analista-pesquisadora, durante a escrita deste trabalho, experimentei em meu corpo variadas sensações. Por vezes estive mergulhada em grande entusiasmo, me debruçando horas a fio na dissertação, sem ao menos sentir os sinais básicos das necessidades corporais. Era como se eu estivesse anestesiada. Outras vezes, as leituras e a escrita suscitavam angústias diversas, manifestadas na falta de posição na cadeira, no coração acelerado sem motivo e no bloqueio do pensamento. Trinta minutos na frente do computador pareciam trinta horas e, às vezes, nada surgia desse encontro. Felizmente, alternando os momentos de turbulência e calma, esta dissertação pôde enfim ganhar um corpo.

A proposta desta pesquisa foi investigar o corpo do analista como elemento do enquadre na clínica psicossomática psicanalítica. Buscamos também analisar a definição de corpo para a psicanálise, o lugar do corpo erógeno na manifestação somática e os desafios suscitados na clínica psicossomática. Para tanto, realizamos um estudo teórico, uma pesquisa bibliográfica em psicanálise, enriquecido com fragmentos clínicos disponibilizados pela literatura. A pesquisa em psicanálise tem por objetivo explorar e problematizar o campo psicanalítico, remetendo-se à experiência clínica, sem a pretensão de esgotá-la (J. J. da Silva & Rocha, 2017).

Inicialmente percorremos a teoria freudiana para discutirmos as influências que o inventor da psicanálise teve no desenvolvimento da teoria psicossomática. Freud, em suas primeiras investigações psicanalíticas, trouxe para a discussão científica seus estudos acerca das psiconeuroses e das neuroses atuais.

Interessando-se pela clínica das histéricas e pelas manifestações simbolizadas em seus corpos, Freud deu um lugar de destaque para o corpo dentro da psicanálise e apresentou uma visão de corpo distinta do biológico. O corpo erógeno, constituído a partir da troca libidinal com o outro, caracteriza-se por ser atravessado pela linguagem, pela sexualidade e pelo desejo. A partir da segunda tópica, Freud inaugura a noção de eu corporal e autores como Winnicott, inspirados nessa ideia, privilegiaram a importância da relação mãe-bebê para a constituição da subjetividade e para a conquista da unidade psicossomática.

Embora Freud tenha privilegiado as psiconeuroses no decorrer da sua obra, as contribuições sobre as neuroses atuais e as formulações da primeira tópica freudiana foram importantes para embasar os estudos de Pierre Marty e de seus colegas do IPSO acerca da psicossomática. Os conceitos de mentalização, pensamento operatório, depressão essencial e desorganização progressiva, tão característicos da clínica psicossomática, foram teorizados a partir da vasta experiência clínica desses autores. A primeira geração do IPSO caracterizava o paciente somático, de uma forma geral, pela fragilidade do funcionamento mental, marcado por dificuldades nos processos de simbolização e de mentalização.

Dejours, por sua vez, apoiado na teoria freudiana e laplancheana, dedicou-se ao estudo do lugar do corpo erógeno na manifestação somática e trouxe conceitos como o de subversão libidinal para pensarmos tanto na relação intersubjetiva adulto-criança, quanto na dupla analista-paciente na clínica psicossomática. Dentro dessa teoria, a expressão somática sugere que no processo de subversão libidinal algumas funções ficaram excluídas da dimensão erógena, as quais podem ser reveladas posteriormente através da somatização. O sintoma somático, para o autor, caracteriza-se por provocar uma exigência de trabalho psíquico (Dejours, 1998/2013).

Este percurso sobre a teoria psicossomática psicanalítica nos permitiu enfatizar a investigação sobre o corpo do analista e sobre como este é convocado e afetado no atendimento a pacientes somáticos. Em casos em que o analista se depara com pacientes com dificuldade de simbolização, ele pode experimentar em seu corpo diversas sensações, inclusive somáticas, de forma que o corpo como um todo funciona como órgão de escuta.

O psicossoma do analista, além de funcionar como um recipiente, um lugar de acolhimento, serve também como um espaço de potencial transformação das expressões somáticas do paciente, as quais são atualizadas no encontro terapêutico. Como vimos, se a somatização pode ser simbolizante (Dejours, 1989/2019, 1997/2019), é válido pensarmos que as expressões somáticas que aparecem no analista também podem ser uma forma de simbolização na medida em que seu corpo serve como espaço de recepção para as transferências e projeções do paciente (Dumet, 2004).

Assim, o analista não deve ser indiferente às produções vindas de seu próprio inconsciente (Green, 2002/2008), nem de seu corpo, pois é no encontro intersubjetivo que o processo transformacional acontece. Na clínica psicossomática, o trabalho do analista consiste em um trabalho de libidinização, além do de para-excitação, a fim de reestruturar o corpo erógeno e o desenvolvimento psíquico dos pacientes (F. M. de M. e Silva, 2009). Nesse sentido, o enquadre analítico pode ser flexibilizado para atender às necessidades do paciente somático, onde o manejo é priorizado em um primeiro momento e a subjetividade do analista, atravessada pelo tato psicológico, também é considerada.

Constatamos nesta pesquisa que o corpo do analista pode ser parte do enquadre analítico na clínica psicossomática, na medida em que acolhe sentimentos e sensações primitivas e funciona como um algo a mais na comunicação entre analista e paciente. O sofrimento do corpo do paciente mobiliza também o corpo do analista e por meio das

sensações despertadas em seu corpo, o analista pode figurar em sua mente aquilo que o paciente ainda não consegue representar.

Dessa forma, as expressões do corpo do analista, quando devidamente analisadas, podem trazer contribuições significativas para o processo terapêutico, auxiliando muitas vezes a sair de algum impasse que a análise possa se encontrar. Além disso, a análise das expressões somáticas do analista podem favorecer a revelação de segredos traumáticos do paciente, segredos estes que não podem se expressar em formações estritamente psíquicas e representativas, mas acabam sendo trazidos através de sintomas somáticos na contratransferência (Dumet, 2011).

A relação entre o corpo do analista e o enquadre aparece como um campo promissor de estudos e publicações dentro da psicanálise e a presente dissertação teve como pretensão contribuir com esse percurso. A partir da discussão iniciada neste trabalho, novos estudos podem ser realizados para dar seguimento à pesquisa.

O tema levantado nesta dissertação favorece a ampliação de discussões no que tange à formação profissional do analista, ao trabalho de supervisão e ainda à saúde do analista. Primeiramente, a partir do que foi abordado até então, podemos ressaltar a importância de se ter um olhar cuidadoso para a sensibilidade do corpo do analista e para aquilo que é despertado no encontro com o paciente (seja ele somático ou não) quando pensamos no analista em formação. Ao considerar aquilo que se passa em seu corpo, o analista se permite ser mais humano e menos mecânico ou frio com o seu paciente.

Na mesma direção podemos pensar na supervisão. Sabemos desde Freud que o tripé da psicanálise consiste no estudo da teoria, na análise pessoal do analista e na supervisão. Ou seja, não basta saber todas as teorias apenas. O analista precisa fazer análise pessoal para, além de trabalhar suas próprias questões, conseguir diferenciar o que é dele e o que é do paciente e ainda fazer supervisão para discutir os casos e ouvir as

percepções de analistas mais experientes. Em supervisão, é possível dar mais espaço e dar voz para aquilo que pode ter sido captado de uma outra maneira durante a sessão. Podemos dizer que a supervisão autoriza o analista em formação a considerar os sinais de seu corpo, para além de sua escuta.

Em relação a saúde do analista, é válido pensarmos que o analista não está imune ao adoecimento. O analista também tem suas fragilidades e é preciso falar sobre isso. Ainda hoje o transtorno somático no analista é visto de forma negativa, sugerindo que essa vulnerabilidade seja inadmissível (Dumet, 2004). Saber reconhecer os sinais do corpo e o próprio processo de adoecimento permitem ao analista exercer o autocuidado, ouvir e nomear o que está se passando dentro de si, além de estabelecer os limites necessários.

Por fim, consideramos importante a continuidade da exploração do tema, pois a clínica contemporânea exige cada vez mais o manejo do analista e adaptações do enquadre. Como sugestão, acreditamos que realizar entrevistas que contemplem a percepção de diversos analistas sobre como seus corpos são convocados na clínica com pacientes somáticos poderia ser interessante. Outra sugestão seria apresentar estudos de casos mais completos e detalhados, que focassem nas sensações despertadas no corpo do analista e no uso do enquadre, para alinhar de forma mais aprofundada a teoria e a clínica psicossomática. E ainda estudos que contemplem a formação do analista e a saúde do analista, articulando também com outras áreas da saúde, pode ser enriquecedor.

REFERÊNCIAS

- Bleger, J. (2002). Psicanálise do enquadre psicanalítico. *Revista FEPAL*, 103–113. (Original work published 1967)
- Bonaminio, V. (2009). *A pessoa do analista como conceito central da psicanálise contemporânea*. Sociedade Brasileira de Ribeirão Preto, São Paulo.
<https://psicanalisedownload.files.wordpress.com/2012/08/apessoa1.pdf>
- Brasil, K. C. T. R. (2005). *Corpo e sensação na clínica psicossomática: Uma investigação teórico-clínica exploratória dos pacientes portadores de psoríase* [Tese de Doutorado]. Universidade de Brasília.
- Brasil, K. C. T. R. (2020). O corpo estranho de nós mesmos: Um ensaio sobre a arte, a sensação e a clínica psicanalítica. In *Psicologia clínica e cultura contemporânea* (Vol. 5, p. 39–53). Editora CRV.
- Brasil, K. C. T. R., & Martins, F. M. C. (2016). Entrelaçamentos psíquicos e corporais na psicossomática. In J. de V. Novaes & J. de Vilhena (Orgs.), *Que corpo é este que anda sempre comigo?* (p. 165–178). Appris.
- Castro, C. C. (2015). Síndrome do Cólon Irritável: Narrativa clínica de um processo psicoterápico. In A. M. Soares, C. R. Rua, R. M. Volich, & M. E. P. Labaki (Orgs.), *Psicanálise e psicossomática: Casos clínicos, construções*. Escuta.
- Célérier, M.-C. (2013). Le corps de l'analyste. *Champ psy*, n° 63(1), 19–26.
- Cerchiari, E. A. N. (2000). Psicossomática um estudo histórico e epistemológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 20, 64–79. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932000000400008>
- Dejours, C. (2008). Psychosomatique et troisième topique. *Le Carnet PSY*, n° 126(4), 38–40.
- Dejours, C. (2011). Le corps entre « courant tendre » et « courant sensuel ». *Revue française de psychosomatique*, n° 40(2), 21–42.
- Dejours, C. (2013). Biologia, psicanálise e somatização. In R. M. Volich, F. C. Ferraz, & M. A. de A. C. Arantes (Orgs.), *Psicossoma II: psicossomática psicanalítica*. Casa do Psicólogo. (Original work published 1998)
- Dejours, C. (2019). A interpretação psicossomática da esquizofrenia e a hipótese da somatização cerebral. In *Psicossomática e teoria do corpo*. Blucher. (Original work published 1990)
- Dejours, C. (2019). As doenças somáticas: Com ou sem sentido? In P. S. Souza Jr., S. Krieger, & R. M. Volich (Trads.), *Psicossomática e teoria do corpo*. Blucher. (Original work published 1989)
- Dejours, C. (2019). Causalidade psíquica e psicossomática: Da clínica à teoria. In P. S.

- Souza Jr., S. Krieger, & R. M. Volich (Trads.), *Psicossomática e teoria do corpo*. Blucher. (Original work published 1997)
- Dejours, C. (2019). O corpo como “exigência de trabalho” para o pensamento. In *Psicossomática e teoria do corpo*. Blucher. (Original work published 2000)
- Dejours, C. (2019). O corpo erógeno entre delírio e somatização. In P. S. Souza Jr., S. Krieger, & R. M. Volich (Trads.), *Psicossomática e teoria do corpo*. Blucher. (Original work published 1987)
- Dejours, C. (2019). O corpo na interpretação. In P. S. Souza Jr., S. Krieger, & R. M. Volich (Trads.), *Psicossomática e teoria do corpo*. Blucher. (Original work published 1993)
- Dejours, C. (2019). Psicossomática e metapsicologia do corpo. In *Psicossomática e teoria do corpo*. Blucher. (Original work published 2008)
- Dejours, C. (2019). *Psicossomática e teoria do corpo* (P. S. Souza Jr., S. Krieger, & R. M. Volich, Trads.). Blucher.
- Dumet, N. (2004). Le corps du thérapeute: Lieu d’actualisation transféro- contre-transférentielle. *Filigrane*, 13, 81 a 95.
- Dumet, N. (2011). Corps et contre-transfert en psychanalyse: Quelles idéologies à l’œuvre ? La théorie à l’épreuve de la clinique. *Cahiers de psychologie clinique*, 36(1), 167–189. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/cpc.036.0167>
- Ferenczi, S. (2011). Elasticidade da técnica psicanalítica. In *Psicanálise IV*. Martins Fontes. (Original work published 1927)
- Fernandes, M. H. (1999). A hipocondria do sonho e o silêncio dos órgãos: O corpo na clínica psicanalítica. *Revista Percurso*, 23, 43–52.
- Fernandes, M. H. (2001). As formas corporais do sofrimento: A imagem da hipocondria. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 4, 61–80. <https://doi.org/10.1590/1415-47142001004005>
- Fernandes, M. H. (2019). As vicissitudes do manejo clínico na anorexia e na bulimia. *Revista de Psicossomática Psicanalítica*, 1.
- Ferraz, F. C. (1997). Das neuroses atuais à psicossomática. In F. C. Ferraz & R. M. Volich (Orgs.), *Psicossoma: Psicossomática psicanalítica* (p. 23–38). Casa do Psicólogo.
- Ferraz, F. C. (2015). Sobre os riscos da interpretação. O caso de Margarida. In A. M. Soares, C. R. Rua, R. M. Volich, & M. E. P. Labaki (Orgs.), *Psicanálise e psicossomática: Casos clínicos, construções*. Escuta.
- Figueiredo, L. C., & Minerbo, M. (2006). Pesquisa em psicanálise: Algumas idéias e um exemplo. *Jornal de Psicanálise*, 39(70), 257–278.
- Fontes, I. (1999). Psicanálise do sensível. A dimensão corporal da transferência. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2, 64–70. <https://doi.org/10.1590/1415-47141999001005>

- Fontes, I. (2006). A ternura tátil: O corpo na origem do psiquismo. *Psychê*, 10(17), 109–120.
- Fontes, I. (2011). A construção silenciosa do ego corporal. *ALTER - Revista de Estudos Psicanalíticos*, 29(2), 83–90.
- Freud, S. (1996a). A dinâmica da transferência. In J. Salomão, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 12). Imago. (Original work published 1912)
- Freud, S. (1996). Estudos sobre a histeria. In J. Salomão, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 2). Imago. (Original work published 1893)
- Freud, S. (1996). O ego e o id. In J. Salomão, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 19). Imago. (Original work published 1923)
- Freud, S. (1996b). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In J. Salomão, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, p. 123–133). Imago. (Original work published 1912)
- Freud, S. (1996). Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In J. Salomão, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 12). Imago. (Original work published 1913)
- Freud, S. (1996). Sobre o narcisismo: Uma introdução. In J. Salomão, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, p. 77–108). Imago. (Original work published 1914)
- Freud, S. (1996). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In J. Salomão, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 7, p. 119–231). Imago. (Original work published 1905)
- Gernet, I. (2012). Theorie de la seduction generalisée et topique du corps. *Psicologia em Estudo*, 17(3), 383–391. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722012000300004>
- Green, A. (1990). 3ª conferência: O trabalho do negativo. In *Conferências brasileiras de André Green: Metapsicologia dos limites*. Imago.
- Green, A. (2008). *Orientações para uma psicanálise contemporânea*. Imago. (Original work published 2002)
- Hisada, S. (2001). *Clínica do setting em Winnicott*. Revinter.
- Horn, A. (2016). O corpo na psicossomática psicanalítica. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 50(2), 30–36.
- Horn, A. (2018). A Escola de Paris de Psicossomática em evolução. *Psicanálise, Porto Alegre*, 20(1), 17–23.
- Iribarry, I. N. (2003). O que é pesquisa psicanalítica? *Ágora: Estudos em Teoria*

Psicanalítica, 6, 115–138. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982003000100007>

- Kanabus, B. (2015). Christophe Dejours - O corpo inacabado entre fenomenologia e psicanálise: Entrevista. *Psicologia USP*, 26, 328–339. <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20150004>
- Labaki, M. E. P. (2015). Sobre a sessão única e o rosto do analista: Modulações na técnica. In A. M. Soares, C. R. Rua, R. M. Volich, & M. E. P. Labaki (Orgs.), *Psicanálise e psicossomática: Casos clínicos, construções*. Escuta.
- Labaki, M. E. P., & Cartocci, L. (2016). O materno da clínica: Aspectos sobre o enquadre e o corpo do analista. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 50(3).
- Lacan, J. (1998). O estágio do espelho como formador da função do eu. In *Escritos*. Jorge Zahar. (Original work published 1949)
- Lacerda, E. T., & Camargo, A. E. (2020). Seminário com Claude Smadja em 24/1/2020. *Revista de Psicossomática Psicanalítica*, 2. http://www.sedes.org.br/Departamentos/Revistas/psicossomatica_psicanalitica/index.php?apg=artigo_view&ida=44&ori=edicao
- Laplanche, J. (1992). *Novos fundamentos para a psicanálise*. Martins Fontes. (Original work published 1987)
- Lazzarini, E. R., & Viana, T. de C. (2006). O corpo em psicanálise. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(2), 241–249. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722006000200014>
- Leite, E. B. P. (2006). O corpo do analista: Clínica, investigação, imaginação. *Jornal de Psicanálise*, 39(71), 79–99.
- Lemos, S. de C. A., Chatelard, D. S., & Tarouquella, K. C. (2021). Psicossomática e trauma: O sujeito frente ao irrepresentável. *Estilos da Clínica*, 26(3), 584–595. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v26i3p584-595>
- Lowenkron, T. S. (2004). O objeto da investigação psicanalítica. In F. Herrmann & T. S. Lowenkron (Orgs.), *Pesquisando com o método psicanalítico* (1ª). Casa do Psicólogo.
- Machado, L. M. K. (2010). A inclusão da pessoa do analista como conceito central da psicanálise contemporânea. *Revista de Psicanálise SBPPA*, 12(1), 163–172.
- Magtaz, A. C., & Berlinck, M. T. (2020). O caso clínico como fundamento da pesquisa em psicopatologia fundamental. In E. F. de Queiroz & S. V. Zanotti (Orgs.), *Metodologia de pesquisa em psicanálise*. Editora da UFRGS.
- Marty, P. (1993). *A psicossomática do adulto*. Artes médicas.
- Marty, P. (1998). *Mentalização e psicossomática*. Casa do Psicólogo.
- Mattuella, L. (2015). O que dá corpo ao analista? *Correio APPOA*, 242. http://appoa.org.br/correio/edicao/242/o_que_da_corpo_ao_analista/175
- Mattuella, L. (2020). *O corpo do analista*. Artes e Ecos.

- Melgaré, C. P. (2020). *A psicossomática, laços da teoria de Pierre Marty e André Green*. 54, 10.
- Samarcos, A. L. H. (2016). *O uso da contratransferência como instrumento para a psicanálise: Contribuições de Freud, Klein e Heimann* [Monografia de Especialização]. <http://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/235/8175>
- Santos, L. N. dos, & Peixoto Junior, C. A. (2019a). O Adoecimento Somático em Ferenczi, Groddeck e Winnicott: Uma Nova Matriz Teórica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, e182306. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003182306>
- Santos, L. N. dos, & Peixoto Junior, C. A. (2019b). Análise Crítica dos Pressupostos e Fundamentos Conceituais da Escola de Psicossomática de Paris. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 34. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e34432>
- Silva, J. J. da, & Rocha, Z. de J. B. (2017). Interpretando o “sem sentido”: Um olhar hermenêutico na metodologia psicanalítica. *Revista Subjetividades*, 17(2), 41–53. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v17i2.5207>
- Silva, L. T. L. da. (2016). Origens da psicossomática e suas conexões com a Medicina na Grécia antiga. *Analytica*, 5(8), 49–79.
- Silva, F. M. de M. e. (2009). 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*. *Psicologia Revista*, 18(1). <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/2961>
- Smadja, C. (2012). Introduction à la psychosomatique. In *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte* (p. 197–212). Presses Universitaires de France; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/puf.kapsa.2012.01.0197>
- Soares, A. M. (2015). Vivências precoces e memória corporal. Do corpo às construções simbólicas. In A. M. Soares, C. R. Rua, R. M. Volich, & M. E. P. Labaki (Orgs.), *Psicanálise e psicossomática: Casos clínicos, construções*. Escuta.
- Soares, A. M., Ghirardi, M. L. de A. M., Bitelman, M., & Sendyk, S. M. (2020). Seminário com Marília Aisenstein. *Revista de Psicossomática Psicanalítica*, 2. http://www.sedes.org.br/Departamentos/Revistas/psicossomatica_psicanalitica/index.php?apg=artigo_view&ida=44&ori=edicao
- Soares, A. M., Rua, C. R., Volich, R. M., & Labaki, M. E. P. (Orgs.). (2015). *Psicanálise e psicossomática: Casos clínicos, construções*. Escuta.
- Tabacof, D. (2016). Psicossomática psicanalítica hoje: O modelo pulsional da Escola de Paris. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 50(2), 94–107.
- Tabacof, D. (2020). Particularidades do enquadre e da técnica na clínica psicossomática. *Revista de Psicossomática Psicanalítica*, 2. http://www.sedes.org.br/Departamentos/Revistas/psicossomatica_psicanalitica/index.php?apg=artigo_view&ida=27&ori=edicao&id_edicao=2
- Tabacof, D. (2021). O corpo na sessão. *Revista de Psicossomática Psicanalítica*, 3.

http://www.sedes.org.br/Departamentos/Revistas/psicossomatica_psicanalitica/index.php?apg=artigo_view&ida=65&ori=edicao&id_edicao=3

- Vicente, L. B. (2005). Psicanálise e psicossomática—Uma revisão. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7, 257–267.
- Volich, R. M. (2000). *Psicossomática: De hipócrates à psicanálise*. Casa do Psicólogo.
- Volich, R. M. (2013). Prefácio: Fundamentos psicanalíticos da clínica psicossomática. In R. M. Volich, F. C. Ferraz, & M. A. de A. C. Arantes (Orgs.), *Psicossoma II: psicossomática psicanalítica* (3º ed, p. 21–38). Casa do Psicólogo. (Original work published 1998)
- Winnicott, D. (1975). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In *O brincar e a realidade*. Imago. (Original work published 1967)
- Winnicott, D. (1990). *Natureza Humana*. Imago.
- Winnicott, D. (1994). A importância do setting no encontro com a regressão na psicanálise. In C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Orgs.), *Explorações psicanalíticas: D.W. Winnicott*. Artmed. (Original work published 1964)
- Winnicott, D. (2000). A Mente e sua Relação com o Psicossoma. In *Da Pediatria à Psicanálise: Obras escolhidas*. Imago. (Original work published 1949)
- Winnicott, D. (2000). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico. In *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. Imago. (Original work published 1954)
- Winnicott, D. (2000). Desenvolvimento emocional primitivo. In *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. Imago. (Original work published 1945)
- Winnicott, D. (2000). Formas clínicas da transferência. In *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. Imago. (Original work published 1955)
- Winnicott, D. (2000). O ódio na contratransferência. In *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. Imago. (Original work published 1947)

*“Meu corpo não é meu corpo,
é ilusão de outro ser.
Sabe a arte de esconder-me
e é de tal modo sagaz.
Que a mim de mim ele oculta”*

(Carlos Drummond de Andrade)