

WWW.RAFaelPSI.COM.BR

PSIÇOSSOMÁTICA E SAÚDE

CONTRIBUIÇÕES
PSICANALÍTICAS

RAFAEL SANTOS BARBOZA

PSICÓLOGO - CRP 06/142198



SOBRE O AUTOR

Psicólogo desde 2017 (CRP 06/142198). Especialista em Psicologia da Saúde. Atuo com atendimentos clínicos, utilizando a abordagem psicanalítica, tanto através de consultas remotas/online (brasileiros que residem no Brasil ou em outro país) e presenciais, na cidade de São Paulo.

Conheci a psicanálise na biblioteca da minha primeira graduação, na área de Comunicação Social/Jornalismo. Em busca de outros livros, me deparei com uma edição de “Mal-Estar na Civilização” de Freud.

Achei a proposta curiosa, uma mistura de ciências sociais, reflexões antropológicas e hipóteses acerca do funcionamento inconsciente. Ao invés do que tinha ido buscar, acabei levando esses textos para casa.

Meses depois, iniciei uma nova graduação em Psicologia e, desde então, entrei no universo da psicanálise, através de leituras, análise pessoal, projetos de iniciação científica, cursos e, acima de tudo, pelo fascínio que aquela primeira obra havia causado.

MAIS INFORMAÇÕES:
WWW.RAFaelPSI.COM.BR

www.instagram.com/psi_rafael

CRP 06/142198

CONTEÚDO

- 1 DO COMEÇO
- 2 FRONTEIRAS
- 3 ENTRE MARCAS E SÍMBOLOS
- 4 CONCRETUDE COMO FLECHA
- 5 CORPO DELIRANTE
- 6 ABALOS PSICOSSOMÁTICOS
- 7 DOR E SUBJETIVIDADE
- 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

CAPÍTULO UM

DO COMEÇO

Como a psicanálise pode colaborar para uma
compreensão mais ampla acerca da saúde integral?

(1) DO COMEÇO

Com vergonha, enrubescemos; com medo, o coração acelera; com raiva, músculos ficam tensos. Este ebook tem como objetivo oferecer, de forma introdutória, um apanhado de reflexões acerca da psicodinâmica em psicossomática, tendo como base a **psicanálise**.

Compreendemos que o tema precisa ser discutido pela luz da complexidade. Para isso, é importante levar em conta a **multidimensionalidade** do ser humano, evitando uma redução psicologizante, que, no fundo, acaba sendo outra forma de fragmentar o sujeito.

Proponho aqui o termo “**integração**” como uma palavra-chave para nos aproximarmos dessa ampla reflexão. Um caminho parece solidificar-se cada vez mais: não é possível pensar o corpo sem considerar as questões de nível subjetivo, assim como não é possível pensar o aparelho psíquico sem considerar aspectos que dizem respeito ao corpóreo.

Corpo esse que sempre esteve implicado na psicanálise, através principalmente do conceito de **pulsão**, indicando uma experiência de fronteira entre soma e psique. Por essa razão, um alerta é importante desde o começo. Costumo entender que a expressão "*quadro psicossomático*" induz a erros. Como veremos, é a desintegração psicossomática que costuma colocar o sujeito em maior situação de vulnerabilidade, estados em que o corpo-psique se desintegram em sua parceria.

A PROPOSTA DESSE LIVRO NÃO É DE ESTABELECEMOS RELAÇÕES FIXAS DE CAUSAS, MAS DE REFLETIR SOBRE A NECESSIDADE DE QUE ASPECTOS PSICODINÂMICOS TAMBÉM SEJAM LEVADOS EM CONTA NO ÂMBITO DA SAÚDE INTEGRAL.

A abordagem multicausal é fundamental para partirmos de uma visão mais complexa e integral da psicossomática, o que implica ir além de processos de adoecimento. A proposta, assim, não é de uma ciência globalizante e totalizadora, mas de incentivar as **interações** entre os campos diversos do saber. Ou seja, uma visão integrativa sobre o sujeito, o que não exclui as especialidades, mas procura conectá-las, respeitando as especificidades de cada campo.

CAPÍTULO DOIS

FRONTEIRAS

Uma visão de fronteiras considera o sujeito em sua complexidade.

(2) FRONTEIRAS

A vida em si, com suas flutuações, imprevisibilidades, impõe trabalhos ao aparelho psíquico. Já este, nem sempre estará apto para dar conta da demanda que aparece. Determinadas circunstâncias podem, inclusive, sobrepor-se: “*Manoel*” (nome fictício), por exemplo, acumula pressões no trabalho devido a algum projeto novo e, ao mesmo, recebe uma notícia do adoecimento de algum familiar querido. Tal demanda de trabalho ao psíquico pode exceder a sua capacidade de **metabolização**, provocando desequilíbrios no campo psicossoma.

O sujeito, de tal maneira, é continuamente invadido por uma gama de estímulos, tanto derivados do mundo externo como interno ou, para utilizar-se de uma conceituação do psicanalista inglês **Donald Winnicott**¹, situado em uma zona intermediária, espaço de fronteira no campo da fantasia e da realidade. Muitas pessoas estão habituadas em relacionar o “inconsciente” a um baú de representações recalçadas, entretanto, diversas pesquisas têm se voltado para o fato de que o início da vida humana parte do tato, do cuidado, da **sensorialidade**, vividos em um estado de extrema dependência.



Édouard Manet

O sujeito sempre será convocado para fornecer respostas singulares diante de situações particulares na vida. Por esse ponto de vista, tanto alguém que sofre com crises de dermatite ou com síndrome do intestino irritável que se agravam em situações de maior angústia, como aquele que danifica o joelho e necessita parar de fazer um esporte que praticava com frequência, tudo isso é psicossomática.

Dizer que algo é psicossomático, portanto, não é o mesmo que dizer que a causa é psicológica.

“

"A mente permaneceu nas mãos dos psicólogos e o corpo nas dos biólogos. Esse divórcio, entretanto, provocou grandes prejuízos para o conhecimento científico".

Manoel Berlinck ²

Em um artigo interessante publicado em 1952, intitulado "*As dificuldades narcísicas do observador em psicossomática*", o psicanalista **Pierre Marty**³ aborda o embaraço do ser humano em aceitar a relação psique-soma como integradas. O pensamento enfrentaria dificuldades, inclusive de ordem narcísica (relacionado a uma ilusão constitucional de completude narcísica), em conceber aquilo que não consegue enxergar diretamente ou de possuir uma visibilidade espacial.

ATUALMENTE, PARECE QUASE INDISCUTÍVEL A IMPOSSIBILIDADE DE SEPARAR CORPO E MENTE. ENTRETANTO, TAL QUESTÃO PERMANECE COMO UM AMPLO CAMPO DE ESTUDOS.

O problema do fator emocional afetando o corpo é justamente a separação, ou seja, a dificuldade de se integrar o psicossoma (soma significa corpo). As "***explosões psicossomáticas***", nesse sentido, talvez sejam justamente como tempestades não-psicossomáticas, momentos em que corpo e psique sofrem um corte.

E mais fragmentação é justamente o que menos iríamos querer para um paciente que traz sofrimentos que convocam corpo e psiquismo em conjunto.

CAPÍTULO TRÊS

ENTRE MARCAS E SÍMBOLOS

A psicossomática enquanto ponto de inquietação.

(3) ENTRE MARCAS E SÍMBOLOS

A primeira aparição do termo “*psicossomática*” teria ocorrido em 1818 , através do professor de Psiquiatria alemão **Johan Christian Heinroth**⁴, que enfatizou a relação bidirecional entre corpo-mente. As discussões sobre essa questão, entretanto, são mais remotas, mesmo que esse termo específico não tenha sido utilizado diretamente. Um exemplo se dá tanto no campo da Filosofia, com as discussões sobre o dualismo e o monismo desde o século XIX, bem como em ciências milenares a exemplo da **medicina chinesa** e da **ayurveda** (Índia).

A visão pela **dualidade** corpo e alma esteve muito presente desde a filosofia de Platão. Diversos outros filósofos contribuíram com propostas que seguiam caminhos diferentes, como **Spinoza** ao falar das afecções do corpo em meio a outros corpos. No campo da Filosofia da Mente, outros autores trabalham com a reflexão de que a polêmica mente-corpo é, no fim das contas, um problema linguístico, um entrave conceitual.

Dentro da psicanálise, deixar o corpo de fora é um grande erro, inclusive conceitual. Afinal de contas, seu início se dá justamente pela escuta de um “*corpo falante na histeria*”, conforme **Joel Birman**⁵. Em um trecho conhecido da sua obra, **Freud**⁶ refere que “*o ego é, antes de tudo, um ego corporal*”. O dualismo é colocado em discussão a partir da proposta do conceito de **pulsão**, no limiar do somático e do psíquico.

NA OBRA “MAL-ESTAR NA CIVILIZAÇÃO”⁷, FREUD ASSINALA TRÊS FONTES DE SOFRIMENTO HUMANO: AS FORÇAS DA NATUREZA, O PRÓPRIO CORPO E AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS.

Além disso, toda a discussão sobre o conceito de “*neurose atual*” também aponta para pensarmos nessa relação. Os diversos desenvolvimentos da psicanálise modificam também as compreensões do estatuto do corpo na teoria. Desde o corpo buscando o equilíbrio homeostático nos escritos iniciais de Freud até o corpo situado em registros **além do princípio do prazer**⁸.

Consideramos importante pontuar duas contribuições para a psicossomática que, entretanto, não iremos nos debruçar: as ideias de **Groddeck** sobre o “*Isso*” e a **Escola Psicossomática de Chicago**, principalmente através de Franz Alexander.

Assim, a própria criação da psicanálise se dá em um contexto de **inquietação** quanto a fenômenos do corpo, no caso, o corpo histórico. A própria formação médica de Freud referente à **Neurologia** também aponta para essa dimensão. O registro corpo-mente, portanto, sempre foi uma preocupação da psicanálise, tanto a nível da clínica, como também desde as primeiras teorizações freudianas.

As **conversões históricas**, naquela época, muitas vezes se apresentavam sob formas exuberantes, através de paralisias motoras, cegueiras, afonias, parestesias, tudo isso sem que houvesse um elemento orgânico que fornecesse justificativa. Da hipnose à psicanálise, esses estudiosos da época (**Breuer, Charcot, Freud**) ajudaram a identificar uma intensa influência de conteúdos psíquicos de ordem simbólica naquelas enfermidades, recalcados e convertidos.

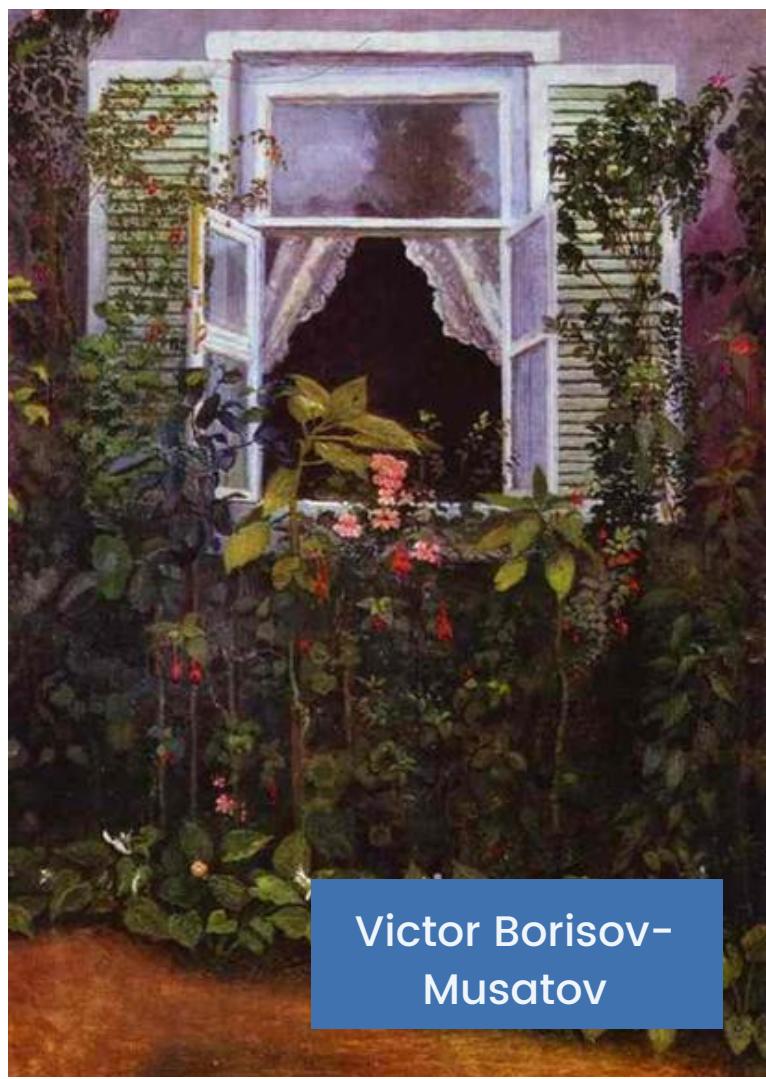
DIFERENTE DA HISTERIA, HÁ NAS DESORGANIZAÇÕES PSICOSSOMÁTICAS UMA LESÃO A NÍVEL DE TECIDOS, ÓRGÃOS, QUE COSTUMA SER IDENTIFICADA VIA EXAMES.

Aproveitando esse fio, começaremos a discutir algumas questões muito importantes, de imenso impacto na clínica e na compreensão das desorganizações psicossomáticas como estamos habituados a conhecer. Enquanto na histeria o conflito dispara o mecanismo do recalque (há presença de simbolização), nas eclosões somáticas o que temos é o oposto, ou seja, o não pensado, não representado, não modulado pelo aparelho psíquico, sendo a experiência vivida **diretamente pelo corpo**.

Há vivência, mas uma **vivência cortante**, pois não mediada pela palavra, mais parecido com um alimento que não é bem mastigado, então atravessa o corpo de um modo que o machuca. Outro exemplo metafórico é o do **curto-circuito**. Como já se sabe, um curto-circuito acontece quando um determinado aparelho não é capaz de suportar a tensão elétrica

"Freud foi o primeiro a formular os tipos de questões que deram forma à teoria psicanalítica: Como alguém pode saber e não saber ao mesmo tempo? O que leva as pessoas a esquecerem experiências importantes? O corpo expressa o que a mente não consegue sondar?"

NANCY MCWILLIAMS⁹



**Victor Borisov-
Musatov**

Do lado do campo psi, estudos que demonstram essa interdependência se acumulam. **Azambuja**¹⁰ em seu trabalho cita diversas experiências que demonstram a relação entre emoções e estado imunitário, por exemplo. Em um trecho bastante significativo, assinala: *“Não só os pensamentos de estresse criam um estado bioquímico no organismo, mas qualquer pensamento, pois tudo o que se passa na mente dispara um impulso elétrico no córtex cerebral, que chega até o hipotálamo. Portanto, as células tomam conhecimento de todos os pensamentos que produzimos”*. O trabalho de **Ishigami**¹¹ em 1919 é uma referência de estudos iniciais dentro dessa discussão.

Publicado em 2017¹², outro estudo de revisão de literatura aponta para uma relação estreita e mútua entre **stress e o sistema endócrino**. O artigo sugere ainda para uma impossibilidade de separar respostas ao stress de funções desse sistema.

DIFERENTE DA HISTERIA, HÁ NAS DESORGANIZAÇÕES PSICOSSOMÁTICAS UMA LESÃO A NÍVEL DE TECIDOS, ÓRGÃOS, QUE COSTUMA SER IDENTIFICADA VIA EXAMES.

"Não há angústia, prazer ou desejo se não houver um corpo para senti-los"

CHRISTOPHE DEJOURS

A psicossomática também é uma discussão a nível epistemológico, ou seja, referente a como o conhecimento é construído. Essa questão é um ponto sensível e fundamental para os profissionais que atuam na área da saúde. Não se trata apenas de uma discussão acadêmica, uma vez que há repercussões diretas na clínica.

Quantos de nós não já ouvimos alguma fala de pacientes queixando-se de que são encaminhados constantemente por **especialidades** que parecem não conseguir estabelecer interações e diálogos?

Essa **fragmentação**, entretanto, cada vez mais é questionada, tanto por profissionais da psicanálise, da psicologia, como também por médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, que tentam fornecer um olhar mais integrado quanto à saúde e a doença.

Dizer que toda doença psicossomática, é importante enfatizar, não é afirmar que toda doença tem uma causa emocional (o que seria um **reducionismo** que muitas vezes cai em uma moralização e culpabilização tola), mas que o ser humano é uma relação interdependente psique-soma.

O corpo em psicanálise é um corpo erogenizado, transformado pela pulsão. **Décio Gurfinkel**¹⁴ destaca que enquanto um conceito-limite entre o corpo e psiquismo, a pulsão tem um caráter constante, convocando continuamente para que seja processada, transformada, em resumo, para que seja dado um **destino à pulsão**.

FREUD NÃO UTILIZOU O TERMO PSICOSSOMÁTICA DE FORMA DIRETA, ENTRETANTO, A SUA TEORIA ESTÁ BANHADA NA DIMENSÃO DO PULSIONAL.

Um exemplo é a vivência de satisfação oral do bebê, que tanto se liga a uma necessidade orgânica de alimento, como também conecta-se a uma **experiência relacional**, de constituição de subjetividade.

Não existe vivência que seja apenas mental. A atividade de pensamento, fantasia, devaneio, sonho, não é um processo **desencarnado**. Não há pensamento sem corpo, da mesma maneira que o corpo se desenvolve em meio à circulação de afetos, captado ainda por produções de linguagem.

O conceito de pulsão, dessa maneira, aponta para uma travessia psique-soma, travessia que se dá pelo caminho do **limite**, no espaço do “entre”.

No campo da psicossomática, a via é sempre de mão-dupla: pesquisadores sinalizam sobre como a existência de **marcadores inflamatórios** do sistema digestivo também podem prejudicar processos de atenção, humor, libido, entre outras questões. Esse estudo da Revista Nature¹⁵ é um exemplo da proximidade entre o microbioma intestinal e saúde mental.

Assim como nosso corpo é habitado por bactérias, protozoários, que estabelecem relações como uma espécie de colônia, podemos usar como metáfora que nosso psiquismo também é habitado por experiências, desde as que foram simbolizadas, como aquelas que ficaram **cravadas**, mas não experienciadas subjetivamente.

Em “*A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão*” de 1910, Freud¹⁶ escreve que a psicanálise é “*injustamente acusada de apresentar teorias puramente psicológicas para problema patológicos*”. O **estado emocional**, como vimos, interage com o corpo, tendo uma participação importante em diversos processos fisiológicos e funcionais do organismo, ao mesmo tempo sendo influenciado por esses.

No que diz respeito às desorganizações psicossomáticas que culminam em **lesões**, um ponto que deve ser deixado assinalado é que essas manifestações podem surgir em qualquer modalidade/estrutura clínica. Por outro lado, o que os estudos e teorias apontam é para a fundamental importância de considerar o campo do **pré-verbal** em tais situações, as experiências não metabolizadas psiquicamente.

A nomeação do mundo interno é uma aquisição humana, não apenas constitutiva de cada sujeito, mas também histórica. No começo da vida, as **excitações** provenientes do próprio corpo (endógeno) e do meio ambiente (exógeno) seriam indistintas.

O reconhecimento de uma **borda de diferenciação** não ocorre sem uma perda de onipotência. Ao longo da vida, o verbo também vai banhando esse corpo, veiculando tanto interdições, como de apaziguamentos.

Conforme **André de Martini**¹⁷ *“até que o bebê seja capaz de adentrar o universo da palavra, ele habitará o psicossoma materno”*.

Nas desorganizações com lesões aos órgãos, a partir da psicanálise, haveria um distúrbio quanto à **função simbolizante** no que diz respeito à digestão psíquica de determinadas experiências. Para **Marion Minerbo**¹⁸, ela permite desintoxicar *“a mente da pura intensidade afetiva, e tolerar algum grau de sem-sentido, enquanto aguarda o fazer-sentido”*.

TAL FUNÇÃO SIMBOLIZANTE OPERA FORNECENDO SENTIDO, MODULANDO O CARÁTER VIOLENTO DO PULSIONAL DESCONECTADO.

CAPÍTULO QUATRO

CONCRETUDE COMO FLECHA

Em termos de psicodinâmica, quais as contribuições da psicanálise para pensar a psicossomática?

(4) CONCRETUDE COMO FLECHA

Processos de **tensão-relaxamento** e de **prazer-desprazer**, portanto, desde o início da vida, são permeados pela intersubjetividade: o grito seguido da nutrição, o choro seguido do colo, a comunicação pele a pele.

Se na histeria o corpo é palco de reminiscências, na psicossomática o que está em jogo é o **transbordamento** do continente psíquico. Essa precariedade faz com que o sujeito viva certas tensões como "*em carne-viva*".

A **integração** da experiência possibilita que as angústias sejam vividas de uma forma um tanto menos disruptiva e avassaladora. Não à toa, em casos de traumas, um dos principais danos causados é quanto à capacidade do sujeito de narrar aquela experiência, que acaba ficando relegada ao registro da repetição do traumático.

É preciso, por outro lado, ter o cuidado de não reduzir o sujeito à sua doença. As **desorganizações psicossomáticas**, desse modo, fazem parte do sujeito, no entanto, não totalizam a sua complexidade.

O MESMO PACIENTE PODE APRESENTAR MODOS DISTINTOS DE LIDAR COM O QUE LHE OCORRE. ALGUMAS EXPERIÊNCIAS PODEM SER APREENDIDAS PELA FUNÇÃO SIMBOLIZANTE, ENQUANTO OUTRAS PODEM CONVOCAR FUNCIONAMENTOS PREDOMINANTEMENTE PRÉ-VERBAIS, COMO AS ATUAÇÕES E AS SOMATIZAÇÕES.

Marion Minerbo reforça que o psiquismo do sujeito não é um **bloco único**, mas uma formação similar a “*camadas geológicas*”, em um modo de funcionamento heterogêneo. Mesmo um sujeito de estrutura majoritariamente neurótica pode apresentar desintegrações de ordem psicossomática, relacionadas a experiências não articuladas.

Nesse sentido, não creio ser válido afirmar que o paciente com sintomas psicossomáticos apresenta sempre, a nível global, dificuldades de fantasiar e simbolizar (alexitimia), mas sim que determinadas experiências e vivências encontram-se “*não subjetivadas*”, tornando-o mais suscetível às desorganizações que marcam o corpo.

O **Instituto de Psicossomática de Paris**, que possui relevância histórica para os estudos psicanalíticos sobre psicossomática, trouxe novamente para a cena discussões sobre o pré-consciente. Pierre Marty, um dos seus fundadores, enfatizou o empobrecimento simbólico e representacional presente em muitos pacientes que apresentavam lesões a nível orgânico e que eram agravados por questões da psicodinâmica.

Para Marty¹⁹, o **pré-consciente** é central no estabelecimento de conexões entre representações de coisa e de palavra. Nesse ponto, é importante traçar essa diferença, mencionada pelo próprio Pierre Marty. As **representações de coisa** referem-se à esfera sensorial, motora e perceptiva, não sendo produções ideativas. Já as **representações de palavras** estão ligadas à linguagem e aos conteúdos simbólicos. O sistema pré-consciente seria formado por essa articulação.

"Na ausência de funcionamento do sistema pré-consciente, as excitações não expressas e não descarregadas permanecem e se acumulam"

PIERRE MARTY¹⁹



John Constable

A precariedade do pré-consciente tornaria a excitação uma espécie de flecha, que atinge o corpo. Quando há uma insuficiência de representações, tensões eróticas ou agressivas, por exemplo, acumulam-se. Tal configuração predispõe o sujeito a uma **depressão essencial** (sem objeto) e uma desorganização progressiva do aparelho somático.

O conceito de pensamento operatório é uma grande contribuição do Instituto de Psicossomática de Paris. Uma pista para a riqueza de associação do paciente é a sua capacidade de transitar entre presente e passado, construindo teias de relações entre os acontecimentos em tempos distintos. O oposto disso é um modo de pensar **extremamente concreto**.

O pensamento operatório seria baseado principalmente na factualidade,. Essa pobreza também se refletiria nas **relações interpessoais**, no que Marty se refere como uma "*relação branca*". Posteriormente, o autor passa a falar em uma vida operatória ao invés de pensamento operatório, enfatizando um certo maquinismo global. Para o psicanalista, o processo analítico, nessas circunstâncias, funciona como uma espécie de criação de maior capacidade de **mentalização**,

Outro conceito importante é o de **depressão essencial**, que seria equivalente a uma espécie de depressão libidinal. A depressão essencial não apresentaria a autorecriminação de outros quadros depressivos. O sujeito vive uma espécie de apagamento da vida fantasística, desvitalizada.

Nesse contexto, “*desprovida de significação simbólica, a linguagem se presta apenas para descrever os acontecimentos*” (Gley Costa e Liliana Ferraz²⁰). O desafio do analista, nesse sentido, é construir o **mundo psíquico** junto ao paciente, algo que não é feito de forma unidirecional, mas através da dupla, do território intersubjetivo.

NESSE ÂMBITO, IMPORTANTE CONSIDERAR QUE NÃO APENAS “COM O QUE” A PESSOA SE ESTRESSA É IMPORTANTE. COMO ELA FAZ ISSO É IGUALMENTE CRUCIAL.

Tais discussões se alinham com o que se costuma denominar de “*alexitimia*”. **John Nemiah** e **Peter Sifneos** propuseram a ideia de alexitimia, nos anos 70, para sinalizar acerca da dificuldade de pacientes com somatizações em falar sobre suas experiências.

É importante destacar que “falar demais” não significa necessariamente produção de ligações psíquicas. A fala verborrágica em uma sessão pode ter apenas uma função de **descarregar tensões**, não sendo necessariamente uma nomeação do mundo interno. Uma fala mais expurgativa que associativa.

"A enfermidade psicossomática é o negativo da tendência herdada à integração somatopsíquica".

GILDO KATZ E GLEY P. COSTA

Quando a criança é acolhida, amparada pelas figuras principais de cuidado, seja através do colo, do canto, da resposta emocional, a **função simbolizante** também está sendo criada.

Situações de **desamparo**, por outro lado, abalam essa função, uma vez que ativa no sujeito a necessidade de respostas mais primitivas, já que sua própria existência ou sentido de existir é colocado em **apuros**.

Assim, determinadas situações, **agudas ou crônicas**, fazem emergir no sujeito um funcionamento que *"não conta com uma rede de representações capaz de conter a pulsão dentro do aparelho psíquico"* (Minerbo).

Não havendo ligações psíquicas, a **energia libidinal** permanece restrita ao próprio corpo, conforme aponta **Gley Costa**, a partir de um erotismo intrassomático.

A **libido intrassomática**, conforme posto por **Maldavsky**²², seria esse primeiro investimento na vida do bebê, relacionado às funções do corpo. Essa libido intrassomática se complexificaria, abrindo o caminho para a construção da linguagem simbólica. Essa construção não se dá de maneira individual, mas a partir da relação desse sujeito no ambiente.

Tal libido seria **anterior** ao que se denomina como estágio oral na psicanálise.

O predomínio da fatualidade em detrimento da **interioridade** é assinalado pelo psicanalista **André Green**²³, em que a repetição aparece como marca narrativa (como um “destino cego compulsivo”) e as possíveis ligações de sentido apagadas. Mesmo as marcas da destrutividade não são subjetivadas, “*como se fosse necessário impedir a qualquer custo o acontecimento de viver sua vida dentro da psique*”.

Em relação à **destrutividade**, o psicanalista sugere que esses traços aparecem enquanto estilhaços de ligações psíquicas que foram impedidas de se realizarem. É necessário apontar que o psicanalista é conhecido por refletir acerca da questão do **representável e do irrepresentável**.

A **angústia** na psicossomática está mais próxima de uma ideia de Freud de “**angústia automática**”²⁴, em que o sujeito se vê invadido por uma excitação em que o ego não consegue elaborar, tendo como protótipo a angústia de nascimento. Em “*Inibição, sintoma e angústia*” (1926), Freud escreve que o determinante da ansiedade automática é uma experiência de desamparo. Trata-se de angústias que danificam as possibilidades de contenção pela elaboração psíquica. Conforme **Gley Costa**, a lógica não é do prazer-desprazer, mas da tensão-alívio

Tais **angústias impensáveis** podem permanecer no psiquismo como uma espécie de trilha sonora de fundo ou “ruído psíquico”, para utilizar uma expressão do psicanalista **Thomas Ogden**²⁵.

O **sistema de paraexcitação** do sujeito, então, fica fragilizado, não dando conta da angústia automática que invade o aparelho. Nesse ponto, as reflexões sobre as eclosões psicossomáticas também se aproximam da clínica do traumático, no que diz respeito ao **transbordamento** da capacidade do psiquismo de subjetivar a experiência

Alguns funcionamentos podem colocar o sujeito sob situação de tensão contínua. É necessário enfatizar ainda que alguns traumas, enquanto rupturas em processos de confiabilidade, também podem ter um caráter **cumulativo**, como aponta o psicanalista **Masud Khan**²⁶, trazendo falhas nos processos de amparo que se repete, muitas vezes de forma sutil, mas não menos impactante.

De acordo com **Katz e Costa**²¹, “*constatamos que, para o psicossomático, não há um outro com quem se possa contar, um outro a quem possa dirigir-se com uma interrogação e com a confiança de que vai haver alguém ali, com braços dispostos a contê-lo e sustentá-lo*”. Tal questão abre uma porta para pensarmos na **falha básica** quanto a um ambiente reassegurador das angústias. O conceito de “falha básica” é do psicanalista **Michael Balint**²⁷. O termo básico está atrelado à ideia de “base”.

Procedimentos autocalmantes foram trabalhados por **Gérard Szwec**²⁸ e **Claude Smadja**²⁹, no contexto do Instituto de Psicossomática de Paris. São recursos que convocam principalmente o movimento e o toque no corpo para tentar diminuir tensões.

Como sinaliza **Diana Tabacof**³⁰ nos procedimentos autocalmantes o caráter repetitivo do que é realizado tem como foco a redução da tensão, voltando-se para a busca para domesticar a angústia, mais próximo da necessidade de autoconservação.

Trata-se de uma tentativa de produzir experiências **antitraumáticas**, que deem conta do transbordamento do que não pode ser elaborado.

Para **Gley Costa e Katz**²¹, “*os procedimentos autocalmantes encontram-se sob o predomínio da pulsão de morte*”, uma vez que a principal meta é a redução da tensão.

De modo geral, esse caminho passa pela esfera comportamental. Atividades diversas podem funcionar sob essa função, desde tiques, prática de esportes, autolesões, Para **Cynara Kopittke**³¹, “*é inspirada na interpretação de Michel Fain da pulsão de morte enquanto tendência à inércia, agindo diante de traumatismos prematuros*”.

CAPÍTULO CINCO

O CORPO DELIRANTE

Entre estilhaços e fragmentos de uma história sem
palavras.

(5) O CORPO DELIRANTE

Segundo **Joyce McDougall**³², o que torna uma tensão tão intolerável a ponto do sujeito não conseguir algum abrigo para ela em seu psiquismo é o receio de **perda da identidade**.

Podemos comparar com as cenas comuns em filmes de perseguições aéreas, em que o piloto **se ejeta** do caça para sobreviver, sendo o piloto a tensão que é experienciada.

Essa autora situa os danos aos órgãos via somatizações no terreno da **pré-neurose**: de forma simplificada, direciona para as experiências mais primitivas do sujeito.

Quando Joyce McDougall fala de **angústias psicóticas**, não quer dizer que o sujeito é psicótico, mas que as angústias são vividas de forma avassaladora do ponto de vista da integração psíquica. O drama do soma delirante seria então de uma **história sem palavras**, segundo a autora.

Mais do que a expressão do que está fora da linguagem, as eclosões somáticas seriam **demandas de sentido**: uma história que precisa ser reconstruída ou uma mitologia que precisa ser construída.

A **fantasia** de apenas um corpo e uma mente para duas pessoas é fundamental na sua hipótese.

A identificação teria um caráter adesivo, de tentativa de retorno a esse **estado fusional**, como uma tentativa de recolar-se no corpo e pelo corpo. A principal angústia, nesse sentido, seria a de separação e de diferenciação, como se no processo de **descolamento** do outro a ferida se reabrisse.

Além disso, a presença de um alto nível de **racionalização/intelectualização** também pode apontar para cisões da unidade psicossomática, no que é denominado de **normopatia**.

"A vida psíquica começa com uma experiência de fusão"

JOYCE MCDOUGALL³²



Berthe Morisot

O analista que trabalha com pacientes desse espectro necessitam da sensibilidade para captar **estilhaços**, fragmentos, do que pode vir a se transformar no processo de reconstrução/construção dessa história. Conforme **Marie Sirjacq**³³, o analista deve deixar um espaço ao inexistente, ao não-acontecido.

Wilfred Bion³⁴ foi um dos autores em psicanálise que mais mergulharam nas profundezas do aparelho psíquico, ao abordar um **sistema protomental**, uma espécie de caldeirão de expressões arcaicas. Esse sistema protomental precisa encontrar um ambiente suficiente bom para traduzi-lo e transformá-lo em material, de fato, psíquico.

Para **Diana Tabacof**³⁰, o trabalho analítico pode vir a proporcionar um re-investimento no prazer do funcionamento mental, convocando e construindo **recursos internos** mais bem estruturados para lidar com as excitações.

A autora denomina de **clínica de excitação** esse predomínio de angústias difusas e invasivas, bem como a predominância da utilização da experiência no registro da percepção, sensorialidade e motricidade. Alguns psicanalistas como **René Roussillon** tendem a compreender, nas somatizações, o corpo oferecendo-se de modo sacrificial, já que a mente foi invadida por um transbordamento de excitação.

UM CRUZAMENTO SOBRE PSICOSSOMÁTICA E SONO

"Dormir implica um ato de confiança, de entrega e de amor: trata-se de consentir existir de forma relativamente indefesa" (Mário Eduardo Pereira - A Erótica do Sono)

Um interessante objeto de investigação sobre a tão falada **parceria psicossomática** é a qualidade do sono. **Gurfinkel**¹⁴ chega a propor que os distúrbios do sono são protótipos das desorganizações psicossomáticas.

Com essas elaborações, consideramos que é fundamental considerar a **atividade do sono** em pacientes que apresentam queixas nesse âmbito.

Em um livro que aborda a **erótica do sono**, Mário Eduardo Pereira³⁵ escreve que ao dormir ficamos mais próximos das *"marcas mais determinantes e significativas da memória, do desejo, das angústias e dos traumas do ser"*.

Da mesma forma que no sono haveria a tentativa de encontrar, através de movimento regressivo, uma *"matriz erótica reasseguradora"*, podemos comparar com a falha na possibilidade de encontrar essa experiência de amparo nas desorganizações.

No livro Clínica da Excitação³⁰, Diana comenta que o processo de libidinização do sono do bebê através da maternagem é uma base para os processos de **mentalização**, tendo efeitos de paraexcitação, inclusive quanto ao rebaixamento do tônus corporal e da sua integração autoerótica.

Como já foi destacado, os sintomas podem aparecer em **posições subjetivas diversas**, assim, as desorganizações psicossomáticas que levam a lesões nos órgãos não são propriedades de uma estrutura exclusiva. Alguns psicanalistas tendem a pensar as eclosões psicossomáticas como **demandas de representação**, que acabam encontrando, entretanto, determinados buracos e falhas no psiquismo para alojá-las.

Ou seja, determinadas situações vividas como **intoleráveis** pode fazer com que a psicodinâmica do sujeito rompa, mesmo que temporariamente, essa parceria psicossomática.

O processo de construção da **função simbólica** não é uma operação intelectual, mas diz respeito às experiências vividas na **intersubjetividade**, ou seja, junto a outros primordiais. É necessário apontar ainda que a simbolização nunca é total, sempre há um resto não simbolizado, ou seja, nem todas as experiências humanas são resgatáveis pela via de **associações de ideias** formuladas.

Não creio ser válido afirmar que o paciente apresenta, a nível global do sujeito, dificuldades de fantasiar e simbolizar, mas sim que determinadas experiências e vivências encontram-se "**não subjetivadas**", tornando-o mais suscetível às descargas no corpo.

Esses **campos de cisões** são compreendidos como “**zonas explosivas**”, para utilizar uma expressão de **Pierre Marty**, demandando um cuidado do analista em não querer implantar sentidos onde não há, de modo potencialmente traumático.

OS DISPAROS NO CORPO, NESSE SENTIDO, PODEM SER COMPREENDIDAS A PARTIR DO MOMENTO EM QUE AS EXPERIÊNCIAS ATINGEM ZONAS DE “FALHA BÁSICA”.

As representações operam como uma espécie de **moldura da experiência**, transformando a carga pulsional e suas intensidades. Nesse entendimento, o pré-consciente é considerado um registro de produção de narrativas. Um erro comum, entretanto, é compreender o **pré-consciente** como uma instância somente cognitiva.

No texto “*O Inconsciente*”, Freud³⁶ escreve: “*O lcs é, isto sim, algo vivo e capaz de desenvolvimento, e mantém bom número de outras relações com o Pcs, entre elas também a de cooperação*”. Na teoria psicanalítica, as **representações de palavra** teriam, entre suas funções, ligar a energia derivada da experiência, construindo uma espécie de mapa de conexões e associações a nível psíquico.

A configuração do pré-consciente também é fundamental sobre como o paciente estabelece **contato** consigo mesmo, com seus próprios estados emocionais, com o que o afeta. Ou seja, a capacidade do paciente de elaborar e integrar as experiências de vida.

No contexto da clínica em psicanálise, falar de si, em grande parte, não é exatamente lembrar da história, mas **construir** uma nova história, como alguém que constrói novos lugares para se habitar. A ausência ou precariedade dessa **teia de representações** levaria a uma suscetibilidade para a desregulação de afetos. É como se o sujeito enfrentasse o frio sem roupa.

É necessário que o analista abra mão de um **vício de interpretação**, para dar lugar a uma presença sensível na intersubjetividade, que funcione como um continente para conteúdos, até então, selvagens e à deriva. O funcionamento de uma experiência ligada e de uma experiência que se encontra em um **deserto representacional** não é o mesmo.

HISTÓRIAS FUNCIONAM COMO ABRIGOS. AS CRIANÇAS PEQUENAS SABEM DISSO (MESMO QUE NÃO SAIBAM QUE SABEM), FASCINADAS POR HISTÓRIAS QUE, DE ALGUM MODO, FALAM DO QUE ELAS TAMBÉM SENTEM E VIVEM.

CAPÍTULO SEIS

ABALOS PSICOSSOMÁTICOS

O corpo como morada.

(6) ABALOS PSICOSSOMÁTICOS

A ideia de existir um “dentro” e “fora” do sujeito parece óbvia ou inata, entretanto, nem sempre foi assim. Trata-se de um desenvolvimento que demanda **processos psicoafetivos** diversos, podendo apresentar fragilidades em certas circunstâncias.

No termo **psique-soma**, o hífen tem lugar de destaque, como assinala Donald Winnicott³⁷. É necessário que a psique seja alojada no soma, no que ele denomina de **personalização**. Importante mencionar que Winnicott diferencia, em termos de conceito, soma, psique e mente.

O **soma** está mais próximo do registro anatômico, com suas funções e tecidos. A **psique** diz respeito ao trabalho de imaginarização a partir das sensações do corpo, do encontro com o outro, do toque, da sustentação. Já a **mente** seria o produto dessa integração entre os dois registros anteriores.

Todo esse processo é vivido na sua base de uma maneira pré-verbal e em um período de **absoluta dependência** física e emocional. Além disso, ele não é infalível, conforme as eclosões psicossomáticas apontariam.

Principalmente a partir de conceitos psicanalíticos como **holding** e **handling**, o laço das figuras do cuidado com o bebê, baseado inclusive no manejo, no colo, na atenção, é considerado como a construção de um solo psíquico que torna fértil a produção de simbolizações. Para **Gilberto Fraga**³⁸, a proposta de Winnicott na clínica é de situar o corpo como “*morada do ser*”. O corpo, portanto, traz notícias de um saber, mesmo que seja um saber que não foi articulado.

Nessa concepção, a mente, quando tudo corre suficientemente bem, floresce nos moldes da parceria psique-soma. Essa hipótese de que a psique se constitui em paralelo ao funcionamento corporal torna ainda mais evidente a proposição freudiana do **ego como projeção da superfície do corpo**. Um fenômeno mental, nessa concepção, se dá sempre no registro psicossomático.

Winnicott, portanto, fala de uma experiência de habitarmos um corpo. **Integração** essa que está sujeita a abalos ao longo da biografia. Por esse modo de compreender, a mente é uma função do psicossoma: “*A mente, então, será apenas um caso especial do funcionamento do psicossoma*”.

"Na saúde existe finalmente um estado no qual as fronteiras do corpo são também as fronteiras da psique"

DONALD WINNICOTT

A precariedade de **função simbolizante** torna o **narcisismo** mais suscetível a desorganizações, em que o sujeito pode se ver mergulhado em uma angústia inominável, prontamente ejetada para a eclosão no corpo quando vivida.

Defesas arcaicas, no campo psicanalítico, relacionam-se a traumas precoces, vividos como um desamparo radical, que colocou em risco a própria constituição do sujeito.

O narcisismo, do ponto de vista da psicanálise, refere-se à própria constituição do eu, o que envolve aspectos de reconhecimento, **alteridade e diferença**. A integridade narcísica diz respeito à própria dimensão da constituição do sujeito em sua base.

Além disso, como vimos, a **descarga no corpo** pode ser compreendida não como um déficit/falta, mas como uma defesa psíquica. Nesse entendimento, aponta para a forma que o sujeito encontrou de se proteger. Por atingir **zonas de traumatismos**, o sujeito não consegue sustentar a angústia ao ponto de transformá-la em outros registros, descarregando no próprio corpo o intolerável de ser vivido.

Devido à **turbulência**, a experiência não consegue se transformar em um traço de memória, nem em elemento de aprendizado e crescimento emocional. O sujeito se depara com zonas de experiência não subjetivadas. O afeto é vivido como uma **intrusão** e um **ataque**.

A sensorialidade tem um papel fundamental no início da constituição psíquica. Essa sensorialidade não é vivida de forma fechada, mas intersubjetiva: uma troca com as figuras de cuidado. O psicanalista **Christophe Dejours**¹³ propõe que “*o sintoma somático é endereçado a um outro: eu adoço por alguém*”. O autor situa a questão da psicossomática dentro da **trama intersubjetiva**.

O mesmo autor fala ainda da importância de considerarmos o que chama de “***inconsciente amencial***”, distinguindo do inconsciente recalcado, pois diz respeito a zonas de um “***corpo inabitado***”.

As angústias relacionadas a esse seriam experimentadas como “*queda vertiginosa no vazio*”. O **inconsciente amencial** traria notícias das excitações não elaboradas pelo psiquismo no contato com a alteridade, estando no campo do **impensável**.

Assim, aponta para áreas em que o pensamento da criança foi **interrompido**, por isso também é chamado de “*inconsciente sem pensamento*”.

NA ANGÚSTIA AMENCIAL, É O PRÓPRIO PENSAMENTO QUE AMEAÇA SE DESAGREGAR.

Em sua teorização, dá ênfase ao trabalho de **erogenização do corpo**, uma colonização do corpo pela que resulta no corpo erógeno, em um processo de **subversão** do corpo somente fisiológico. Territórios em que ocorreram falhas nesse processo de "subversão libidinal" ficariam mais vulneráveis.

Segundo o autor, falhas nesse processo de "subversão" do fisiologismo podem fazer com que *"algumas funções permanecem insuficientemente subvertidas e há zonas do corpo que permanecem sob o primado do fisiológico, desprovidas de toda e qualquer erogeneidade"*. Esses **pedaços** do corpo desabitado seriam suscetíveis à morada da **pulsão de morte** em seu viés mais violento.

No que diz respeito ao tema da "**escolha do órgão**", que se iniciou com os estudos sobre a histeria, e que na psicossomática costuma ser designado como "**órgão de choque**", Christophe Dejours também forneceu importantes reflexões.

O psicanalista prefere o termo "**escolha de função**". Baseado nisso, Dejours pensa em uma forclusão da função, no sentido de que determinada função do corpo não se beneficiou da libidinização, devido a conflitos das figuras de cuidado durante a infância.

O órgão atingido teria relação com a história de vida do sujeito, com seu **funcionamento psicodinâmico**. Dejours enfatiza que o que está em jogo é a função do órgão, não o órgão em si: *“Podemos então deduzir que, se há uma “escolha” inconsciente, esta diz respeito à função que traz a marca dos impasses psíquicos parentais. O órgão não é escolhido diretamente. Além da função erótica ou expressiva visada, é afetada a função biológica; o órgão é afetado apenas secundariamente”*.

Para que haja **fisiopatologia**, o psicanalista francês acrescenta que é necessário haver predisposição genética e condições ambientais que favoreçam o surgimento da doença. Mesmo a psicodinâmica não seria suficiente para *“escolher o adoecimento”*, dentro dessa concepção. E por escolha, não estamos falando de uma escolha a nível consciente.

Outro psicanalista chamado **Jean Benjamin Stora**³⁹ aborda a unidade psicossomática a partir da existência de cinco sistemas interligados: o sistema **genético**, o sistema **imunológico**, o sistema **nervoso central (SNC)**, o sistema **nervoso autônomo** e o sistema **psíquico**.

Ou seja, nessa concepção, Stora defende uma **Psicossomática Integral**, em que essas unidades são consideradas como interrelacionadas. Impactos em um nível também irão repercutir em outros registros. A proposta desse autor é integrar outras contribuições junto às da psicanálise, como a neurociência, a imunologia, a biologia, entre outras.

CAPÍTULO SETE

DOR E SUBJETIVIDADE

A biografia diante da dor.

Um dos primeiros textos psicanalíticos propriamente sobre esse tema foi escrito por **Sandor Ferenczi**⁴⁰ em 1917, intitulado "*As Patoneuroses*". Em resumo, uma das hipóteses principais era de que os órgãos afetados pela doença eram **libidinizados**. Ferenczi faz, inclusive, uma metáfora com os glóbulos brancos se deslocando para a região danificada, o que provocava redistribuições da **circulação psíquica**.

Antes disso, em 1914, no texto "*Introdução ao Narcisismo*", Freud⁴¹ já havia também utilizado uma metáfora da **dor de dente** para sinalizar a concentração de libido no órgão afetado, mencionando a frase do poeta **Wilhelm Busch**, de na dor que a alma fica concentrada no buraco do molar.

Em adoecimentos acompanhados pela **dor crônica**, pode haver um dano à capacidade do sujeito utilizar os seus pensamentos e, de um modo global, há diversos impactos na vida cotidiana. Devido a esse domínio que a dor crônica pode exercer, pode ser produtivo, dentro da experiência clínica, abrir espaços para falar também do que não é dor.

O neurocirurgião especialista em dor **John D. Loeser** sustenta que o tratamento para a dor crônica deve incluir a utilização de narrativas como ferramenta terapêutica.

"Quando há dor física, ocorre um alto grau do que pode ser denominado de investimento narcísico do ponto doloroso"

SIGMUND FREUD

A dor, portanto, vai além da questão fisiológica, apesar de igualmente fundamental. O significante 'dor' na cronicidade costuma ficar **congelado** e a possibilidade de articular novos **significantes** pode se transformar em uma outra via que não seja a da repetição.

A dor é como um **mapa**: estabelece limites para o corpo e auxilia o sujeito a identificar-se nesse espaço corporal em que habita. É tão importante para a vida quanto o prazer.

Em termos de **impactos emocionais**, os modos de vivenciar a dor também costumam ser substancialmente diferentes. A dor aguda mais relacionada ao temor e a situações de perigo, enquanto a dor crônica produzindo desgaste a longo prazo.

Podemos pensar a dor como uma espécie de ruído. Para o filósofo da medicina **Georges Canguilhem**⁴², "*a saúde é a inocência orgânica*" e, na dor crônica, essa inocência é rompida continuamente. Na ausência da dor, podemos até esquecer que **habitamos um corpo**.

Essa discussão também deve incluir o momento em que o sujeito recebe um **diagnóstico**, pois essa narrativa irá precisar ser incluída, de algum modo, na **biografia do paciente**. A doença pode ser vivida como um **agressor** que habita o mundo interno do sujeito, um corpo estranho que despedaça a subjetividade. A psicanalista **Melanie Klein**, pioneira no atendimento com crianças, falava em um objeto persecutório.

CAPÍTULO OITO

PARA FINALIZAR

(8) PARA FINALIZAR

Dois grandes desafios que os estudos da psicossomática colocam para a prática de todos **os profissionais de saúde** é: 1) Que a própria relação entre profissional e paciente seja terapêutica, no sentido de escutar a singularidade; 2) Que o próprio paciente seja inserido como **parte do tratamento**, distanciando-se de uma ideia de que o paciente é apenas a pessoa quem recebe o tratamento, como se fosse um objeto passivo.

A relação do profissional de saúde com o paciente também é uma **intervenção**. Em uma concepção mais ampla, um tratamento não começa apenas quando o paciente começa a fazer uso de uma medicação, por exemplo. Mas desde o momento em que estabelece **relações específicas** com o adoecimento, com os motivos que o fizeram buscar ajuda profissional, com a formulação da sua queixa a um especialista, as articulações dessa doença com o contexto familiar e social, entre muitas outras etapas variadas.

O sofrimento e o desejo, portanto, precisa ser pensado de forma psicossomática, para que o sujeito não se veja fragmentado.

Logicamente, cada profissional irá trabalhar a partir do seu campo de atuação. Por outro lado, tal fato não é impeditivo para que o olhar seja **integral**.

A PROPOSTA, ENTÃO, NÃO É DE QUE AS EMOÇÕES SÃO AS CAUSAS ÚNICAS DE AFECÇÕES ORGÂNICAS, MAS DE INCLUIR O VIÉS DA VIDA SUBJETIVA SINGULAR A CADA SUJEITO COMO PARTE FUNDAMENTAL E INDISSOCIÁVEL DA EXPERIÊNCIA CORPO-MENTE.

Todo sujeito possui uma história e o adoecimento, muitas vezes, é uma marca decisiva nessa **narrativa**. Por esse modo de olhar, “*a psicossomática abrange tanto o campo da doença quanto o da saúde*” (Gley Costa e Liliana Alvarez). A proposta, assim, é de que o sujeito deve ser escutado sempre em sua complexidade, mesmo que cada campo não perca as suas especificidades.

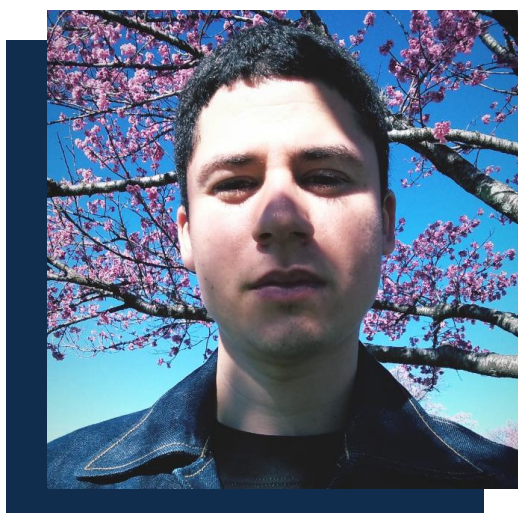
A psicanálise enfatiza que o **mapa do corpo** é pintado pela pulsão, rejeitando polaridades e tornando mais complexa o funcionamento integrado do próprio sujeito.

O sujeito não é apenas um amontoado de órgãos recobertos por uma pele. É também uma **história de vida**. História essa atravessada por outras histórias. E que acontecem em períodos sociais específicos, em arquiteturas culturais delimitadas.

É preciso ter o cuidado, dessa forma, em não transformar a psicossomática em uma psicologização, reduzindo doenças complexas a questões apenas psicológicas, o que seria um outro tipo de **fragmentação**. E fragmentação é justamente o que menos iríamos querer para um paciente que traz sofrimentos que convocam corpo e mente em conjunto.

Muitas vezes, o discurso sobre a psicossomática acaba sendo **culpabilizante**, ao atribuir ao sujeito um suposto desejo de adoecer ou mesmo incapacidade de não adoecer. Como estamos vendo, entretanto, trata-se de um assunto muito mais complexo, em termos de estrutura e experiências arcaicas, inconscientes.

Essa mesma questão é válida para outras situações em que o corpo é **mobilizado**. Pois a mente será demandada para lidar com essas questões que se colocam na história de vida do sujeito. O campo da Psicossomática, portanto, é uma crítica ao biologismo, mas também ao psicologismo.



Rafael Santos Barboza
Psicólogo - CRP 06/142198

AGRADECIMENTOS

Espero que esse ebook possa ter contribuído, de algum modo, para as discussões acerca do campo da psicossomática e saúde integral.

Caso tenha dúvidas ou sugestões sobre o conteúdo, disponibilizo abaixo site e redes sociais. Reforço que esse material não possui finalidade terapêutica.



www.rafaelpsi.com.br



www.instagram.com/psi_rafael

REFERÊNCIAS

- 1) Winnicott, D. (1975). **Objetos transicionais e fenômenos transicionais**. Em: O brincar e a realidade. Imago. (Trabalho original publicado em 1953).
- 2) Berlinck, M. (1999). **Catástrofe e representação**. Notas para uma teoria geral da Psicopatologia Fundamental. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 2(1), 9-34.
- 3) Marty, P. (1952). **As dificuldades narcísicas do observador em psicossomática**. International Journal of Psychanalysis, 91(2), 343-370.
- 4) Steinberg H, Herrmann-Lingen C, Himmerich H. (2013). **Johann Christian August Heinroth: psychosomatic medicine eighty years before Freud**. Psychiatr Danub. 25(1), 6-11.
- 5) Birman, J. (2003). **Corpos e formas de subjetivação em psicanálise**. In: Estados Gerais da Psicanálise: segundo encontro mundial. Rio de Janeiro: Disponível em: <http://www.estadosgerais.org/mundial_rj/download/3_Birman_38020903_port.pdf>.
- 6) Freud, S. (1996). **O ego e o id**. Em: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud - Vol. XIX. Imago. (Trabalho original publicado em 1923).
- 7) Freud, S. (1996). **Mal-estar na civilização**. Em: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud - Vol. XXI. Imago. (Trabalho original publicado em 1930).
- 8) Freud, S. (1996). **Além do princípio do prazer**. Em: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud - Vol. XVIII. Imago. (Trabalho original publicado em 1920).
- 9) Williams, N. (2014). **Diagnóstico psicanalítico: entendendo a estrutura da personalidade no processo clínico**. Artmed.
- 10) Azambuja, R. (2000). **Dermatologia integrativa: a pele em novo contexto**. Anais brasileiros de dermatologia. 75(4), 393-420.
- 11) Ishigami, T. (1919). **The influence of psychic acts on the progress of pulmonary tuberculosis**. American Review of Tuberculosis. 2, 4701-4706.
- 12) Yaribeygi, H., Panahi, Y., Sahraei, H., Johnston, T. P., & Sahebkar, A. (2017). **The impact of stress on body function: A review**. EXCLI journal, 16, 1057–1072.
- 13) Dejours, C. (2019). **Psicossomática e teoria do corpo**. Blucher.
- 14) Gurfinkel, D. (2004). **Psicanálise, regressão e psicossomática: nas bordas do sonhar**. Em: Psicossoma I - Psicanálise e Psicossomática. Casa do Psicólogo.
- 15) Valles-Colomer, M., Falony, G., Darzi, Y. et al. (2019). **The neuroactive potential of the human gut microbiota in quality of life and depression**. Nat Microbiol 4, 623–632.
- 16) Freud, S. (1996). **A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão**. Em: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud - Vol. XI. Imago. (Trabalho original publicado em 1910).
- 17) De Martini, A. (2012). **Uma Antropologia do outro em mim: o impensado conhecido de Christopher Bollas**. Impulso: Revista de Ciências Sociais e Humanas, 22, 77-89.
- 18) Minerbo, M. (2013). **Neurose e não neurose**. Casa do Psicólogo.
- 19) Marty, P. (1998). **Mentalização e psicossomática**. Casa do Psicólogo. (Trabalho original publicado em 1996)
- 20) Costa G, Alvarez L. (2010). **O silêncio da alma**. Em: A clínica psicanalítica das psicopatologias contemporâneas. Artmed.
- 21) Katz G, Costa G. (2021). **Psicanálise das manifestações psicossomáticas**. Buqui.

REFERÊNCIAS

- 22) Maldavsky, D. (1992). **Teoría y clínica de los procesos tóxicos: adicciones, afecciones psicossomáticas, epilepsias**. Amorrortu.
- 23) Green, A. (2019). **Pulsões de destruição e doenças somáticas**. Revista de Psicanálise da SPPA, 26(2), 333-357. (Trabalho original publicado em 2007).
- 24) Freud, S. (1980). **Inibição, sintoma e angústia**. Em: Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud - Vol. XX. Imago. (Trabalho original publicado em 1926)
- 25) Ogden, T. (2010). **Esta arte da psicanálise: sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos**. Artmed. (Trabalho original publicado em 2005).
- 26) Khan, M. (1984). **O conceito de trauma cumulativo**. Em: Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos. Editora Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1963).
- 27) Balint, M. (1993). **A falha básica: Aspectos terapêuticos da regressão**. Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1968).
- 28) Szwec, G. (1993). **Les procédés autocalmants par la recherche de l'excitacion**. Revue Française de Psychosomatique, 4, 27-52.
- 29) Smadja, C. (1993). **À propos des procédés autocalmants du moi**. Revue Française de Psychosomatique, 4, 9-26.
- 30) Tabacof, D. (2021). **Clínica da excitação: psicossomática e traumatismo**. Blucher.
- 31) Kopittke, C. (2017). **Por que ler Claude Smadja?**. Revista da SBPdePA, 19(2), 201-208.
- 32) McDougall, J. (1996). **Teatros do corpo: O psicossoma em Psicanálise**. Martins Fontes.
- 33) Sirjacq, M. (2011). **Jacques Press, la construction du sens**. Revue Française de Psychosomatique, 1(39), 181-187.
- 34) Bion, W. (1991). **Aprender com a experiência**. Imago. (Trabalho original publicado em 1962)
- 35) Pereira, M. (2021). **A erótica do sono: ensaios psicanalíticos sobre a insônia e o gozo de dormir**. Aller.
- 36) Freud, S. (2010). **O inconsciente**. Em: **Introdução ao narcisismo, Ensaio de metapsicologia e outros textos (1914-1916)**. Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1915)
- 37) Winnicott, D. (2000). **A mente e sua relação com o psicossoma**. Em: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Imago. (Trabalho original publicado em 1949).
- 38) Safra, G. (2015). **A contribuição de Michel Henry para a prática clínica na atualidade**. Psicologia USP, 26(3), 378-383.
- 39) Stora, J. (2015). **Qu'est-ce que la psychosomatique integrative?**. Revue de la Societe de Psychosomatique Integrative. Acesso em: <https://www.spi-int.com/api-website-feature/files/download/12272/RevueSPI_2015_No1_20150402-compresse%CC%81.pdf>.
- 40) Ferenczi, S. (2012). **As patoneuroses**. Em: Obras Completas, Psicanálise, 2. WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1917).
- 41) Freud, S. (1996). **Sobre o narcisismo: uma introdução**. Em: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud - Vol. XIX. Imago. (Trabalho original publicado em 1914).
- 42) Canguilhem, G. (2011). **O normal e o patológico**. Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1966).