

Contribuições da psicossomática psicanalítica à clínica contemporânea

Victoria Regina Béjar¹

Resumo: A autora enfatiza as contribuições da psicossomática psicanalítica da Escola de Paris para a compreensão do funcionamento psíquico dos pacientes com somatizações e doenças graves. Tais descobertas são úteis para a compreensão das estruturas não neuróticas, nas quais os processos de simbolização e da constituição do narcisismo primário encontram-se comprometidos. Uma das principais questões em comum nas somatizações graves e nas demais manifestações clínicas das não neuroses, são matrizes traumáticas precoces decorrentes de déficits da relação mãe bebê. Estabelece conjecturas sobre as diferentes manifestações clínicas, aos excessos de ausência ou de presença do objeto externo. Apresenta conceitos como a função materna, com suas dimensões de paraexcitação e de libidinização e censura da amante. Descreve a metapsicologia do corpo pulsional da estrutura psicossomática e suas vicissitudes nas desorganizações progressivas. Utiliza vinhetas clínicas para ilustrar a racionalização excessiva do funcionamento operatório e o resfriamento afetivo da depressão essencial nas estruturas não neuróticas, como as somatizações, adicções e comportamentos violentos.

Palavras-chave: Corpo pulsional. Desorganizações progressivas. Dimensões de para excitação e libidinização. Estruturas não neuróticas. Função materna. Matrizes traumáticas. Mentalização. psicossomática psicanalítica. Somatizações graves.

1 Médica psiquiatra e psicanalista. Membro efetivo da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo. Coordenadora do grupo de estudos e investigação das expressões corporais da dor psíquica da SBPSP. Coordenadora da pesquisa psicanalítica *Intervenção analítica em pacientes portadores de síndrome fibromiálgica* realizada no Centro de Dor da Clínica Neurológica do HCFMUSP.

Introdução

Freud construiu os alicerces da psicanálise a partir da neurose histérica e da neurose de angústia, isto é, pelo mundo simbólico. Entretanto, as necessidades surgidas da prática clínica contemporânea levam à ampliação do campo psicanalítico para atender aos quadros nos quais predominam as falhas da simbolização e os déficits da constituição do narcisismo primário. Na prática clínica foi necessário fazer adaptações na técnica clássica.

Observamos, frequentemente, na psicopatologia psicanalítica, o predomínio do empobrecimento e da má constituição do aparelho psíquico. As observações sobre o funcionamento psíquico dos portadores de somatizações graves apontam para peculiaridades estruturais, dinâmicas e econômicas próximas às configurações de outras manifestações clínicas como compulsões, adições, distúrbios alimentares, patologias do vazio tipo melancólicas, patologias do ato matizadas por diversos tipos de violência, somatizações, perversões e uma gama de apresentações que Freud denominou de neuroses atuais, narcísicas e de caráter.

O ponto em comum entre estas manifestações é a presença de matrizes traumáticas precoces decorrentes dos comprometimentos da relação mãe bebê e a questão a se pensar é a respeito dos fatores que influenciam na organização dos diferentes quadros psicopatológicos e suas manifestações clínicas.

Considerações gerais

Para iniciar nossas considerações apresentaremos em linhas gerais a abordagem da clínica contemporânea desenvolvida por autores da psicanálise atual.

É pertinente conjecturar sobre a possibilidade de existirem configurações psíquicas peculiares ao mundo contemporâneo ou se já existiam e não eram consideradas analisáveis. A segunda hipótese é a mais provável. Ampliou-se, assim, o campo da analisabilidade acarretando, conseqüentemente, modificações técnicas mais próximas às mudanças do contexto sócio cultural.

A neurose foi a primeira estrutura psíquica analisada e compreendida em termos metapsicológicos. A partir da observação dos seus diferentes funcionamentos, Freud construiu os alicerces da teoria psicanalítica. Freud observou as psiconeuroses de defesa – neurose histérica, obsessivo-compulsiva e fóbica – por meio dos traços psicopatológicos marcantes, que lhe permitiu captar a fenomenologia do funcionamento psíquico peculiar a cada uma delas. Porém, observou que na neurose de angústia, na neurastenia, a dinâmica era diferente daquela das psiconeuroses e denominou-as neuroses atuais.

Considerou-as reativas a disfunções sexuais e, portanto, sem a presença dos conflitos fundamentais das psiconeuroses. Assim, não seriam analisáveis e as deixou de lado. Porém, deixou os gérmenes que serviram para a concepção, por vários dos seus seguidores, de outras ordens psicopatológicas. Nas neuroses atuais estão alicerçados os pilares da psicossomática psicanalítica. Green (2008) propôs, no estudo de pacientes borderlines, a definição das estruturas não neuróticas.

Psicossomática psicanalítica da Escola de Paris

Consideraremos o enfoque da psicossomática psicanalítica da escola de Paris, criada a partir das observações psicanalíticas de pacientes portadores de doenças crônicas e somatizações graves, realizadas por P. Marty e seus colegas, M. Fain, M. de M'Uzan y Ch. David, psicanalistas da Sociedade de Paris, quando trabalhavam como clínicos em hospital geral, no início da década de 50.

Foi criada uma nova clínica, a clínica psicossomática, no seio da qual certas modalidades do funcionamento psíquico se encontram frequentemente relacionadas ao desenvolvimento de somatizações.

O ponto de vista da psicossomática médica é cartesiano, dualista, isto é, considera que o corpo e a mente ocupam dois territórios distintos e que cada um tenha um funcionamento relativamente autônomo, cujos vínculos estão limitados a relações de influência recíproca. Nesta concepção as doenças orgânicas podem ser influenciadas pelo emocional e teriam uma causalidade vertical.

A concepção psicanalítica da psicossomática propõe que os dois níveis de expressão – psíquico e somático – constituem uma unidade, ou seja, um mesmo território, cuja coluna vertebral repousa em uma mesma comunidade dinâmica e econômica em ambos os níveis de expressão: psíquico e corporal. É criado um novo olhar, baseado no princípio de continuidade e mobilidade de energia, apta a investir todas as funções do organismo, corporais e mentais. Estabelece-se, assim, uma nova forma de causalidade, circular e integrada.

É possível conjecturar que estruturas psicossomáticas com variados graus de complexidade do funcionamento psíquico, isto é, com diferentes gradientes de mentalização, se organizem em torno de um eixo, que é percorrido pelas pulsões tanto no sentido evolutivo quanto regressivo. Nos extremos deste eixo encontram-se, de um lado, as estruturas mais emaranhadas na expressão corporal e, do outro, as mais próximas às organizações neuróticas. Quando as pulsões percorrem o eixo no sentido evolutivo, são investidas estruturas cada vez mais complexas, o movimento é de vida e sua expressão é positiva. Porém, quando a

trajetória é regressiva, as estruturas percorridas perdem progressivamente seus significados de vida e sua expressividade é negativa.

Assim, as estruturas com níveis de mentalização mais complexos, possuem maior disponibilidade de defesas aptas a lidar com movimentos regressivos, quando diante de uma situação traumática atual. O conjunto dos mecanismos de defesa neuróticos ou psíquicos são os que contribuem mais significativamente para a reinstalação do movimento evolutivo, nos movimentos regressivos. As manifestações/sintomas sensoriais, motores e corporais também são considerados sistemas de adequação defensivos e adaptativos, porém menos eficazes para deter os movimentos regressivos e para reinstalar os movimentos da pulsão de vida. Assim, é possível entender os sintomas somático e psíquico como estatutos defensivos e adaptativos em resposta à situação conflitiva.

A eclosão dos sintomas somáticos está associada a vivências de desamparo, angústias catastróficas diante de situações traumáticas atuais, envolvendo principalmente perdas significativas. O produto final do impacto traumático é o surgimento do excesso de excitações, que inundam o aparelho psíquico, eclipsando-o, transbordando para o corpo e se expressando como somatizações. Assim, a somatização pode ser considerada como a negatização do psiquismo. A partir do pressuposto de que todos somos seres psicossomáticos, estamos nos referindo a um mecanismo defensivo peculiar às vicissitudes do ser humano e, desta forma, as somatizações podem ser consideradas manobras defensivas. Portanto, trata-se de uma manifestação universal. Geralmente, cada pessoa tem seu órgão *de descarga* e a manifestação somática, que consiste geralmente de uma alteração fisiológica, é reversível e desaparece, seu eventual ressurgimento vai depender de novas situações traumáticas.

A situação dolorosa da realidade se torna traumática, quando é excedida a capacidade do aparelho psíquico de lidar com o excesso de excitações. É um processo peculiar a cada indivíduo. Portanto, o que vai determinar se a situação é ou não traumática é a presença de defesas psíquicas aptas para elaborá-la, podendo ocorrer variações mesmo numa mesma pessoa, que depende da influência de vários fatores, como cansaço, preocupações excessivas, no momento que ocorram. A desorganização psíquica desencadeada pelo impacto da situação traumática determina a desintração pulsional e a liberação da pulsão de morte. É importante comentar que o conceito de pulsão de morte para Marty e para Freud é diferente. Para o primeiro a pulsão de morte é destrutiva, enquanto Freud a define como tendência ao nirvana.

As consequências do impacto da situação traumática são o desencadeamento da desorganização psíquica, decorrente da desintração pulsional, e o aumen-

to das excitações. Para Marty (1984), o excesso das excitações pode tomar três caminhos: seguir a via natural, psíquica, onde será nomeada e passará a integrar os pensamentos. Porém, se esta via está obstruída, o excesso de excitação vai utilizar outras duas vias: a corporal, desencadeando somatizações, ou a via do ato, os comportamentos violentos, as adicções e os transtornos alimentares. Os processos que levam às manifestações somáticas são movimentos contra evolutivos desorganizadores.

Portanto, quando é impossível ao aparelho psíquico metabolizar o excesso de excitações e, então, elas se instalam no corpo, desencadeiam a desfusão pulsional e a instalação dos processos contra evolutivos desorganizadores. É o processo regressivo psíquico e depois somático. As desorganizações progressivas podem ter dois possíveis desfechos. Quando encontram um ponto de fixação do desenvolvimento psicosssexual, este funcionará como um platô que deterá o processo regressivo e permitirá que a pulsão de vida readquira forças para retomar o movimento evolutivo por meio da reintrinação pulsional. É a regressão somática. Estamos diante da estrutura egóica que alcançou níveis mais complexos de desenvolvimento, ou seja, uma estrutura neurótica, na qual o pensamento é sustentado por apresentações e fantasias. Este processo é benigno e peculiar à natureza humana.

Como já dissemos acima, trata-se de uma defesa corporal quando as defesas psíquicas falham e tem como objetivo restabelecer o equilíbrio somatopsíquico. Manifesta-se como uma alteração fisiológica passageira e reversível. Há ocasiões nas quais o estímulo traumático não chega a atingir o registro psíquico e passa diretamente à manifestação somática. Remete-nos à expressão de Freud sobre a conversão histérica, *o misterioso salto do psíquico para o somático*.

Quando a desorganização progressiva desencadeada pela situação traumática não encontra um ponto de fixação que a detenha, a consequência é a regressão ser ampla e profunda, que atravessa toda a estrutura somatopsíquica, negativizando-a. Há perda dos valores libidinais e sua maior consequência é a liberação da destrutividade interna. É o desligamento psicossomático. Trata-se de um processo lento, silencioso que desemboca em doenças crônicas, com diferentes graus de gravidade e que leva ao adoecimento dos órgãos. São geralmente irreversíveis e podem levar à morte.

De tudo o que dissemos até aqui fica evidente que a qualidade dos processos regressivos dependerá do nível e da complexidade do desenvolvimento das estruturas psíquicas, isto é, da mentalização. A presença de uma estrutura complexa, neurótica, leva à regressão somática, reversível. Já as estruturas não neuróticas, nas quais há a presença de matrizes traumáticas precoces, que comprometem a evolução egóica e as torna deficitárias, instala-se o desligamento psicossomático, irreversível.

O corpo pulsional

É pertinente esclarecer o ponto de vista da psicossomática psicanalítica sobre o corpo. Para a medicina, o corpo é um conjunto de aparelhos que dependendo das condições, pode funcionar bem, levando à saúde ou ao adoecer, portanto, trata-se do funcionamento fisiológico do corpo. É de Renné Leriche (1936), eminente cirurgião francês, o famoso aforismo: “A saúde é a vida no silêncio dos órgãos”, silêncio interrompido quando se instala um processo de desorganização somática. Leve-se em conta que o adoecimento pode ser, também, silencioso. A psicossomática psicanalítica considera o corpo pulsional e não o corpo fisiológico. As pulsões conferem a unidade do ser humano, subjacente às organizações psíquica e somática, já que permanentemente atravessam os funcionamentos psíquico e somático, ligando-os e desligando-os.

O corpo da psicossomática é um corpo instintual-pulsional. Na lógica pulsional ocorre que as funções fisiológicas devem ser compreendidas com seu funcionamento submetido ao das pulsões. E, é em referência a esta segunda ordem, a ordem das pulsões, que o psicanalista deve construir sua compreensão dos fenômenos psicossomáticos, e não em referência à ordem da fisiologia dos órgãos [...]. É a partir disso que reside a originalidade radical da aproximação psicossomática. Porque entendemos que não são as funções somáticas puras as que formam o objeto de representância psíquica pela sua passagem no id, mas são suas valências pulsionais eróticas e destrutivas que atingem o id em diferentes graus de complexidade. Desta maneira a psicanálise e a psicossomática, construída sobre seus fundamentos, considera um segundo nível de ordem na organização corporal, o nível de ordem pulsional. Esta visão de unidade na base dos fenômenos pulsionais comuns ao soma e à psique, constitui os fundamentos psicanalíticos de uma representação teórica possível e heurística dos fenômenos psicossomáticos [...]. Na qualidade de corpo pulsional o corpo psicossomático segue todos os avatares do funcionamento das pulsões, tanto no sentido da complexização quanto no sentido inverso, da perda da complexidade (SMADJA, 2014, p 15).

Mentalização

Para Marty (2003) a qualidade do funcionamento psíquico está relacionada à estrutura do pré-consciente. Cria o conceito de mentalização, para se referir às variadas dimensões de complexidade do aparelho psíquico, que se encontram relacionadas à quantidade e à qualidade das representações.

A mentalização consiste nos processos de transformação e formação de símbolos, que em seu sentido mais amplo, se refere a duas idéias básicas. Em primeiro lugar, ao processo de transformação. Trata-se de uma atividade do ego pré-consciente que transforma, mantém e elabora experiências somáticas básicas ou de pulsão-afeto em conteúdos psíquicos. Esta transformação é conseguida graças à atividade de ligação que se estabelece entre representações e símbolos, que permite que o indivíduo se liberte da natureza concreta e absoluta das pressões motivacionais primárias (pulsão-afeto). Em segundo lugar, a mentalização se refere a uma hierarquia teórica de níveis de elaboração psíquica que diferem qualitativamente (MARTY, 2003, p. 53).

Marty enfatiza a importância do pré-consciente, como o local onde as representações coisa se tornam representações palavra. Considera-o como o ponto central da economia psicossomática. Descreve-o.

O pré-consciente representa um mundo de entrecruzamentos variáveis entre diferentes dimensões psíquicas, variáveis em si mesmas. O pré-consciente aparece estratificado, sob dois aspectos [...] (2003, p. 50). No plano tópico suas camadas mais profundas mantém estreita relação com o inconsciente, o soma, os instintos e as pulsões e as camadas superiores com o consciente. No plano cronológico, constitui-se ao longo do desenvolvimento por aquisições mentais sucessivas. Os dois sistemas interatuam sem cessar e o pré-consciente se estabelece em definitivo como um reservatório de representações de diferentes épocas, que se encontram mais ou menos ligadas entre si e mais ou menos prontas a aflorar à consciência (MARTY, 2003, p. 51).

Quanto aos déficits nas relações precoces mãe bebê, diz:

Excluindo-se as insuficiências congênita ou acidental das funções sensorio-motoras da criança, que constituem as bases perceptivas das representações (dificuldades visuais, auditivas ou motoras) ou das deficiências funcionais maternas da mesma ordem que as precedentes, influenciada por doenças somáticas da mãe, ou por estados mentais, depressivos, excitados ou pelo comportamento autoritário ou indiferentes trata-se com mais frequência, da qualidade da relação afetiva da mãe em relação ao seu bebê. Instituem-se então falhas em diferentes níveis da organização progressiva do bebê e finalmente no âmbito da organização das representações, levando à falta ou insuficiências na aquisição de representações palavra ligadas a valores afetivos e simbólicos (MARTY, 2003, p. 53).

Para Marty (2003), o processo da formação do pré-consciente se dá pelas inscrições mnêmicas das percepções de uma mesma época, da formação das representações correspondentes e das relações entre elas. Formam-se camadas transversais cada vez mais complexas que se acumulam cronologicamente. São estabelecidas ligações longitudinais entre as representações das diferentes épocas. A disponibilidade dos movimentos psíquicos de associações entre os enlaces transversais e longitudinais das representações corresponde à fluidez da circulação pré-consciente. As insuficiências quantitativa e qualitativa, acompanhadas de déficits afetivos das representações psíquicas formam *lacunas fundamentais*. Estes déficits obedecem às deficiências congênitas ou acidentais das funções sensorio-motoras do bebê ou da mãe, porém na maioria das vezes, se deve aos excessos ou às carências do acompanhamento afetivo materno.

Função materna e matriz traumática

Freud em sua obra previu uma série de alternativas sobre a gênese do psiquismo humano, que vem sendo confirmadas pelo trabalho psicanalítico, principalmente dos analistas infantis. Algumas condições são necessárias para que os primeiros momentos de vida sejam bem sucedidos e certos contextos socioculturais podem facilitar ou dificultar esses acontecimentos, pois levam os indivíduos a se comportar de forma típica que influi na maneira de se relacionar com a família. As consequências desses tipos de relacionamento determinam o desenvolvimento das crianças que só será percebido e avaliado décadas depois.

Numerosos autores, Winnicott, Meltzer, Tustin, Bick, se aprofundaram na pesquisa da formação do aparelho psíquico dos bebês, enfatizando a importância da qualidade das relações precoces com o ambiente, mais precisamente com a mãe ou quem exerça esta função. Descreveram as qualidades das condições emocionais maternas no desempenho das suas funções, propiciadoras do desenvolvimento do psiquismo, e seus comprometimentos evolutivos em decorrência do comprometimento das relações iniciais.

A relação de objeto e a situação conflitiva são nucleares na psicossomática psicanalítica. A questão traumática se encontra relacionada à qualidade da relação de objeto inicial com a mãe que se caracteriza pelos excessos, tanto da ausência quanto da presença do objeto externo.

Marty (1995) detalha as dimensões da relação mãe bebê e substitui a noção de imago pela de função materna, pois confere relevância significativa aos processos de introjeção e de retenção que vai além da imago parental. Há duas dimensões essenciais na função materna: a paraexcitação e a libidinização.

A paraexcitação consiste na existência de um apoio externo vigilante aos movimentos evolutivos e contra evolutivos e no aporte de excitações e de para excitações. Inicialmente as aquisições do latente se resumem às marcas mnêmicas inconscientes (fixações) filogenéticas e hereditárias. A potência dos instintos de vida é considerável durante o desenvolvimento [...]. Há uma tendência espontânea à organização na grande maioria dos latentes. As situações externas desfavoráveis são capazes de travar, em alguns casos, a partir de fixações precoces demasiadamente intensas, a evolução posterior do sujeito e das suas funções mentais em particular [...]. São essencialmente as para excitações, a proteção contra a afluência de excitações internas (fome, sede) ou de excitações externas, (ruído, calor, frio que impedem o sono, p.ex.) as que devem encontrar-se postas em prática (MARTY, 1995, p 148).

A dimensão de paraexcitação é fundamental para a organização econômica da estruturação psicossomática do indivíduo.

Idealmente a mãe investe afetivamente, nem por excesso nem por defeito (graças à regulação das excitações e paraexcitações), cada um dos sistemas funcionais (respiratório, alimentar, de excreção, do sono, p. ex.) do seu bebê e desinveste esses sistemas para paulatinamente abandonar a regulação do bebê à medida que o eu introjeta a função de paraexcitação (MARTY, 1995, p. 148).

A condição necessária é aquela na qual há a apreciação afetiva das necessidades e desejos do latente, que surge dos sinais percebidos graças a uma profunda identificação com ele, e a regulação dos tempos e modos de intervenção ao nível das múltiplas comunicações com o bebê. Entram em jogo fatores relacionados com a elaboração mental da mãe, suas projeções, suas outras organizações relacionais, na aventura da função materna. São compreensíveis as dificuldades na relação mãe bebê que podem surgir no primeiro ano. Essas dificuldades e suas soluções determinam em grande medida, além do porvir de várias funções, entre as quais as relacionais, particularmente importantes, mas também o futuro do aparelho paraexcitatório do próprio sujeito.

Os déficits relacionais mãe bebê comprometem a internalização e a retenção dos objetos. Para os neuróticos seus objetos são permanentes, confiáveis, porém nos não neuróticos os objetos são menos confiáveis, pois desaparecem diante das situações traumáticas. A dificuldade de internalização e retenção dos objetos estão profundamente relacionadas com os déficits da função materna, do sistema de para excitações e/ou dos investimentos narcísicos, além da qua-

lidade do tempo e do lugar, isto é, dos períodos de ausência toleráveis ou não e da intensidade das fixações. A insuficiência das interiorizações e a fragilidade das retenções podem provir da ausência de fixações apoiadas na sensoriomotricidade mental, como consequência do exagero das excitações traumáticas desorganizadoras provenientes de várias circunstâncias, ou por insuficiência do sistema de paraexcitação materno. Ao inverso, ausências de fixações da mesma ordem provêm da assepsia do ambiente do bebê, devido ao excesso do sistema de paraexcitações materno, que não permite a instauração suficiente de conflitos, levando a fixações exacerbadas dos sistemas sensorio motores, que não entram em jogo na evolução da linha mental e que por isso danificam o total desenvolvimento psíquico. Finalmente, uma mistura de todas essas possibilidades.

O narcisismo primário é um pressuposto teórico indispensável para a coerência freudiana da vida pulsional do bebê. Representa o estado ao qual retornam os investimentos narcisistas secundários, particularmente no curso dos processos de dessexualização. É o resultado dos investimentos eróticos das funções somáticas, dos auto erotismos primários e da coexcitação libidinal. Se o desenvolvimento dos auto erotismos está dinâmica e economicamente ligado às relações precoces com a mãe/mulher, a coexcitação libidinal está associada, de acordo com Freud, a um determinismo interno de ordem fisiológica que se esgota com o tempo. Portanto, o narcisismo procede de duas fontes: uma interna, a coexcitação libidinal e a outra externa, os investimentos maternos.

Os investimentos maternos de natureza narcísica ou a função de libidinização tem, antes de tudo, como finalidade, o bom funcionamento do soma do latente. No exercício da função materna, a mãe conduz o corpo do bebê ao silêncio e ao inconsciente. No que diz respeito à criação das bases narcísicas do seu bebê e da evolução à estruturação da sua organização edípica, a qualidade dos cuidados maternos também dependem da censura da mensagem de castração que a mãe transmite ao bebê. A mensagem materna de natureza verbal constitui classicamente o primeiro tempo do complexo de castração. O ego cria os objetos a partir da atividade pulsional (GREEN, 2008a).

Após o período inicial, no qual a mente materna é ocupada quase exclusivamente pelo bebê, iniciam-se movimentos de alternância entre o investimento afetivo do bebê e o investimento afetivo no companheiro. Fain (2001) denomina *censura da amante* este movimento evolutivo da introdução na relação mãe bebê do pênis paterno, o Édipo precoce. Enfatiza que o valor estruturante da mensagem materna de castração, depende antes de tudo das atitudes de ternura e inquietação que a mãe, em sua atenção vigilante, dirige ao seu bebê. Deste modo se estabelece uma relação entre a qualidade da organização edípica da mãe, e

particularmente de seu superego, e os suportes narcisistas e pulsionais do bebê. A função materna repleta da riqueza dos investimentos narcisistas e libidinais da mãe permite que o corpo erótico possa emergir do corpo somático constituindo-se o narcisismo primário. Quando deficiente pode comprometer a evolução pulsional do bebê e enviá-lo para vias econômicas, nas quais o comportamento e as somatizações terão lugar predominante.

Na clínica

Os fatores traumáticos precoces comprometem, além da qualidade da mentalização, a constituição do narcisismo primário e o processo de recalque primário que geram diversos déficits na estruturação do aparelho psíquico. Em decorrência das falhas da constituição do narcisismo primário, a realização alucinatória do desejo, o autoerotismo e a vida de fantasia não se instalam, uma vez que não encontram as bases narcísicas necessárias. O narcisismo patológico associado à pulsão de morte desintrincada leva à destrutividade. Estamos diante do funcionamento operatório.

Podemos observar as descrições objetivas que certos pacientes fazem do seu dia a dia, caracterizados pela importância dos aspectos práticos e concretos dos acontecimentos vividos e com pouca ou escassa repercussão afetiva. *Acordo sempre às cinco da manhã para preparar o café dos meus filhos, leva-los à escola e me dirigir ao trabalho. Deixo tudo organizado de véspera para não me atrasar: as lancheiras, a mesa do café da manhã. No trabalho, faço questão de chegar pontualmente. Sou admirada pelos meus colegas e chefes, graças à minha prontidão e ao meu desempenho. Meu chefe me pede muitas tarefas diferentes, que procuro fazer com perfeição. Sou bastante solicitada por causa da minha eficiência. Não tenho tempo para dar atenção ao meu cansaço, que chega a ser extremo [...].*

A objetividade contida na descrição do desenrolar do dia a dia remete à impressão de que estão se referindo à vida de outra pessoa ou contando um filme que tivessem assistido. A importância que aferem ao comportamento, às atividades constantes e ao desempenho de tarefas faz parte do funcionamento operatório. Há certo resfriamento afetivo, observa-se que as inflexões afetivas pouco frequentes ou até mesmo ausentes. Esta pobreza afetiva é o resultado da depressão essencial. A complexidade do mundo mental e os afetos produzidos pelo inconsciente parecem não existir.

Quando apresentam somatizações, os pacientes nos dão a impressão que possuem ótima adaptação social, são profundamente racionais, ocupam altos cargos em grandes empresas, não apresentam uma desorganização neurótica ou psicótica, mas o desvio em relação à norma pode aparecer exclusivamente ligado

a anomalias somáticas. Portanto, a vida tem as peculiaridades do funcionamento operatório. O funcionamento operatório pode surgir na vigência de circunstâncias traumáticas e, neste caso, ser reversível.

Para sustentar a hiperatividade da vida operatória são utilizadas as manobras da defesa fálico narcísica, caracterizadas pela arrogância e onipotência. Resulta da fragilidade narcísica, cumpre a função de contra investimento contra o desamparo infantil. O núcleo do ego pouco energizado necessita ser libidinizado pelo meio ambiente para manter um mínimo de investimento narcísico.

Quando o processo da desorganização progressiva é mais profundo, no desligamento psicossomático, instala-se a vida operatória, resultante da pobreza e da precariedade do aparelho psíquico, conseqüente à enorme destrutividade advinda do narcisismo patológico e do instinto de morte, que ataca e destrói as redes representacionais e que gera o grave empobrecimento psíquico. É o processo descrito por Green (2008b) como função desobjetalizante, resultado da ação da pulsão de morte. Não é somente a relação de objeto que é atacada, mas todos os seus substitutos e por fim o próprio ego. É o investimento submetido ao processo de objetalização que é atacado, desinvestido. Corresponde aos ataques ao vínculo de Bion e à forclusão de Lacan. São operações de negatividade radical.

Vinheta I

Pretendo trazer alguns períodos da análise de Rosa para ilustrar os conceitos de funcionamento operatório, depressão essencial e defesa fálico narcísica. Pareceu-me que seria desnecessário trazer trechos de sessões, por isso limitei-me a falar sobre o processo analítico.

Rosa me procura ao receber licença médica em seu trabalho. É uma mulher jovem, bonita, bem vestida. Estava revoltada, pois tinha ido fazer somente uma consulta, pedir uma medicação para melhorar do mal estar e das dores pelo corpo que de vez em quando apareciam. Não dá mais detalhes de como se sente, mas conta que já recorreu ao médico algumas vezes, as medicações prescritas não fizeram efeito. Logo começa a falar sobre seu emprego, suas funções, como trabalha excessivamente e se esforça para manter seu bom desempenho.

Está muito assustada de ser afastada, dos prejuízos que isso pode acarretar, pois o cargo que ocupa foi conquistado com muito esforço, numa trajetória profissional ascendente. Apesar da vida corrida, leva duas horas para chegar de casa ao trabalho, tem sua família, marido e dois filhos. Mas refere que dá conta de todas as demandas, no trabalho e na vida pessoal. Observo-a angustiada, fala rapidamente, defendendo-se, quando tento fazer um assinalamento, não me escuta

e continua a falar. Sua fala compulsiva é desprovida de emoções, limita-se a uma descrição pormenorizada das tarefas da sua vida. Fala *ato*, tentativas de se aliviar de angústias insuportáveis. É o funcionamento operatório, a racionalização, o excesso de tarefas e o resfriamento afetivo.

Suas dores corporais pioram muito. Comenta que foi o trabalho que a deixou assim mal, situações que a frustram, foram fazendo com que ela se sentisse cada vez mais desvalorizada. Trabalhava como os colegas com a mesma função, porém seu salário era menor, porque quando foi promovida, o salário não acompanhou o novo cargo. Nega suas dores e angústias, justificando-as pelos fatores externos, não consegue associar que seu estado é que a levou a precisar de licença. Marcamos nosso próximo encontro.

Sofre uma piora rápida. Chega bastante abatida, encurvada. Refere que não consegue parar de chorar: sua vida acabou, não consegue mais trabalhar, cuidar da casa, sente muito medo, não consegue sair de casa, dirigir. Instalam-se o medo e angústias inomináveis. Está desesperada, não vê saída, surge uma crise de pânico severa. O afastamento do trabalho e a ameaça de perder suas conquistas de vida, entre outros fatores que ainda não conhecíamos, fazem parte do contexto da situação traumática que desencadeou a desorganização progressiva, psíquica e somática. A regressão atinge níveis profundos, que a deixa sem defesas psíquicas e, então, surgem as defesas corporais, a dor corporal. Ocorre o colapso psíquico (WINNICOTT, 1963).

Lembranças amargas permeiam suas falas, coloridas pelo ressentimento e mágoa que preenchem seu espaço mental e nossos encontros. Seu percurso de vida é traumático. Filha mais nova, abandonada pelos pais: pai alcoólatra, mãe deprimida e distante. A solidão, a falta de cuidados pelos adultos e o desamparo, constituem seu percurso de vida.

Rosa foi vítima de abuso sexual, seu avô tentou manipular seus órgãos sexuais e queria que ela também o acariciasse. Com medo decidiu não contar o que acontecia. Aprendeu a fugir de casa e a se esconder dele. Ao invés de ser cuidada, foi abusada pelo avô.

Necessitou ficar adulta muito cedo para se cuidar diante do desamparo e abandono. Pulou as fases da infância e adolescência. A única pessoa que considera ter sido amoroso com ela foi seu irmão mais velho, que lhe deu carinho e atenção na infância. Levava-a à escola, para brincar na rua, na praça e a protegia. Mantém uma relação afetiva muito próxima com ele e sua cunhada. São muito amigos.

Minha impressão é que as humilhações formam uma teia que sintetiza os eventos traumáticos com os quais a memória de Rosa tenta organizar sua história, servindo como pano de fundo ao sofrimento.

Casou-se com um amigo do seu irmão, grávida. Procurou esconder de todos, ficou muito envergonhada. Montou uma casinha simples, mas com capricho, no mesmo quintal da casa da mãe. Era feliz com o marido. Conta que sempre foi muito preocupada com a opinião dos outros e procurava se comportar do modo como imaginava que as pessoas esperavam dela. Queria agradar todo o tempo.

Durante período longo de análise, era verborrágica, repetia suas tragédias compulsivamente. As sessões eram longas e me deixavam com sensação de cansaço extremo, muitas vezes um sono pesado tentava tomar conta de mim. Sentia-me impotente e muitas vezes me questionei se poderia ajuda-la, pois minha impressão era que nada mudava ou iria mudar.

Porém, surge uma mudança. Queixa-se de não aguentar mais falar das mesmas coisas, das suas tristezas, de chorar. Converso sobre uma nova possibilidade, poderia estar nas sessões para tratar de qualquer assunto. *Posso falar do que quiser? Mas não é para falar dos meus problemas que estou aqui? Mas então do que vou falar?* A concretude de suas falas evidencia-se. Digo-lhe que não precisa se preocupar, que os assuntos vão surgir. E assim foi. Mais integrada me conta situações construtivas.

Apesar das dificuldades da vida, brilha uma pulsão de vida que a libidiniza. Aproveitou as situações generosas que a vida lhe ofereceu. Jovem começou a trabalhar como copeira numa empresa. Era uma jovem muito inteligente, perspicaz. Soube como cativar, sempre simpática, solícita e disponível. Uma das secretárias a observou se compadeceu dela, orientou-a para estudar e a como se comportar, enfim, acolhendo-a, preparou-a para a vida real. Rosa cresceu, mas com muita luta para lidar com suas feridas narcísicas.

Empenhada, galgou promoções chegando a posto de destaque. Começou a trabalhar cedo, servindo cafezinho era querida pelos colegas. Seu jeitinho simpático, agradável, procurava ser gentil observando o que agradava a cada um para servi-los melhor. Para trabalhar tinha muita iniciativa e era capaz. Sua grande dificuldade era com a convivência, com o social, não sabia como se relacionar com as pessoas. Mesmo não trabalhando mais como copeira, estava sempre trazendo cafezinho para os colegas, para agradá-los. Trabalhava a mais, além das suas obrigações, tomando para si o trabalho dos outros. É o que Marty e M'Uzan denoïnaram superinvestimento do factual.

Assim, funcionava voltada para o exterior, tentando se adequar às normas sociais. Perfeccionista, acumulava tarefas e funções. Rosa provavelmente havia desenvolvido excessivamente seus aspectos racionais, para ter condições de *organizar* sua vida, preenchendo-a com as variadas tarefas que devia cumprir, que para ela era como faziam as outras mulheres, como o costume. Preenche sua

vida com tarefas que, se não forem cumpridas, deixam vir à tona angústias sufocantes, irrepresentáveis. É o desespero pela sobrevivência psíquica.

Rosa me remete às ideias de Winnicott, sobre como a inteligência pode ocultar certo grau de privação, pensamento próximo ao de Marty. Quando precário cuidado materno precoce, o funcionamento mental torna-se uma coisa em si, passa a existir por si mesmo, substituindo a mãe boa e tornando-a desnecessária [...] o bebê atraído por esta mente, afasta-se do relacionamento íntimo que originalmente mantinha com o soma (WINNICOTT, 1949).

A inteligência e o pensar podem ser medidos, usados e apreciados, mas se deve lembrar que a inteligência pode ser explorada e que ela pode ocultar coisas tais como a privação e a ameaça de caos. Um colapso parcial é clinicamente representado por uma organização obsessiva, com a desorganização achando-se sempre na virada da esquina (WINNICOTT, 1965, p. 122).

Vemos o corpo metabolizando, se assim se pode dizer, o excesso de angústia por meio das dores corporais. É possível conjecturar que o quadro de dores corporais de Rosa seja uma *defesa corporal* contra o pavor da morte psíquica. Provavelmente, estas expressões somáticas se devem às marcas mnêmicas não representadas, que se encontram inscritas no inconsciente como dor, em um *curto circuito* do sistema prazer – desprazer, conseqüentes ao excesso de ausência de um apoio externo, às falhas das funções de paraexcitação e libidinização materna. As experiências afetivas prazerosas são necessárias à instalação das marcas de prazer do sistema prazer-desprazer à constituição do aparelho psíquico. A insuficiência dessas experiências gera vivências dolorosas, dando origem à marca mnêmica hostil, que origina funcionamento psíquico doloroso, dominado pela compulsão à repetição e pelas defesas primitivas. A tentativa de desinvestimento das marcas dolorosas leva às descargas no ato e no soma.

Voltando a Rosa.

Passado período de dois anos de trabalho analítico, sou surpreendida. Conta-me que bem perto de onde mora, há um atelier de pintura. Começou a ficar curiosa, mas não tinha coragem de ir até lá. Até que um dia se lembrou de que quando mocinha gostava de desenhar e que até tinha pintado uma tela. Teve coragem e foi até lá *só pra ver como era*. Começou o curso de pintura sobre tela. Rosa não me contou logo o que estava fazendo, precisava se esconder ou precisava de coragem. Após fazer alguns trabalhos, sua professora elogiou-a muito, porém segundo ela não tinham graça. Perguntou se eu queria ver, se podia trazer para me mostrar.

Na sessão seguinte traz seus trabalhos. Passamos a sessão conversando sobre sua pintura. O tema era flores e frutas pintadas em panos de pratos. Conversamos a respeito do significado das pinturas, disse-lhe que representavam nova possibilidade interna, havia dentro dela alimentos e alegria.

Nunca imaginei que dentro de mim tivesse a capacidade para pintar, combinar cores, criar coisas bonitas. A professora me disse que eu já sei, não tenho o que aprender, sugeriu que eu comece a pintar telar. Como eu não sabia que tinha coisas lindas dentro de mim?

Depois de três anos em licença médica Rosa decide voltar ao trabalho. Com muito receio inicialmente, mas tem várias surpresas consigo mesma! Suas dores cederam, porém reapareciam em situações de muita demanda. Rosa aprendeu a lidar com seus limites e a respeitá-los. Seu casamento se reconstituiu, seu marido passou a administrar as finanças da casa depois que Rosa adoeceu. Conseguiu ótimo emprego e a vida da família melhorou muito. Rosa foi transferida para local muito distante, precisou interromper sua análise.

As redes representacionais de prazer puderam ser construídas e reconstruídas graças ao processo de análise. A escuridão havia sido iluminada, outros segmentos do seu espaço interior revelados, coisas boas e não mais somente lembranças dramáticas da infância. A rede representacional foi tecida ponto a ponto de inconsciente a inconsciente. Penso que é a isto que Marty se refere quando fala da função materna do analista que empresta seu pré-consciente ao paciente.

O funcionamento operatório caracteriza-se pela pobreza, pelo déficit. Geralmente são crianças que não foram investidas narcisicamente pela mãe, ou quando ocorre um desinvestimento narcísico brusco e precoce, levando a uma situação significativa de desamparo. É possível conjecturar que o funcionamento operatório seja uma defesa extrema relacionada com a falta de recursos mentais. Não há dúvida de que a psicose e as patologias narcísicas têm uma dinâmica diferente dos estados operatórios e das rupturas traumáticas que podem chegar a afetar o corpo, porém em um indivíduo concreto ocorrem alternâncias e passagens de um estado ao outro (ALARCON, 2015).

Vinheta II

Toda a vida de Fernando foi marcada pelos excessos ditados pela necessidade materna de supervisioná-lo, controlá-lo, pela imposição de perfeição e de viver de acordo com ditames maternos. Sua mãe marca a entrevista e me solicita que o atenda, pois fui muito bem indicada. Conversamos por telefone. É educada e se-

ditora. Conta-me de suas preocupações com ele, principalmente nas condições atuais, pois adquiriu uma doença neurológica. Esclarece que ele está relutante e me pede ajuda para *convence-lo* a ficar.

Fernando comparece no dia e hora marcados. Refere que há pouco tempo foi acometido por uma doença neurológica que lhe impõe grandes restrições motoras. Enfatiza que veio devido à insistência materna, embora não veja como a análise possa ajudá-lo, uma vez que necessita de muitos exercícios, fisioterapia e fonoaudiologia. Conversamos sobre os acontecimentos de sua vida, sua doença, seu estado atual tão oposto ao que viveu até surgir a doença. No meio da conversa surge sua fantasia Fernando de que a análise vai poder ajudá-lo a voltar a ficar em forma, isto é, voltar ao que era antes da doença, num período de dois anos. Conta como tem se aplicado aos tratamentos e que certamente vai conseguir reverter suas limitações. Observo-o muito racional, controla sua vida de maneira obsessiva. A enxurrada racional tem pouco colorido afetivo, embora seja observável sua perplexidade e frustração.

Mora sozinho, seus pais vivem no interior

Fernando não falta, justifica, racionalmente, sua presença. Como paga precisa aproveitar. Faltar é jogar dinheiro fora. Seu comportamento é agitado, fala alto e rapidamente, se expressa da maneira peculiar à repetição à compulsão, presente no funcionamento operatório. As excessivas atividades anteriores ao período atual são substituídas pelos exercícios fisioterápicos e fonoaudiólogos. São vários profissionais de cada especialidade. Nas sessões é bastante agitado, sua fala é rápida, inquieto, cruza as pernas, se *espreguiça*. Ouve minhas intervenções, responde com *pode ser* ou *você tem razão*, mas para aí, não há associação de idéias ou evidências de emoção.

Seu estado hipomaníaco serve como tampão para a situação aflitivamente depressiva na qual se encontra. Nossos encontros são monólogos. Minhas vivências contratransferenciais são de que não estou ali, como se não existisse para ele. Muitas vezes sou tomada por cansaço profundo, parece que o tempo não passa. Enquanto o observo, conjeturo sobre seu refúgio autístico.

Fernando foi diretor de empresa multinacional, trabalhava 14 horas por dia, ganhava alto salário. Dormia quatro horas por noite, precisava puxar um fumo para relaxar e conciliar o sono. Outro modo de relaxar era uma atividade sexual intensa. Após levar sua companheira à exaustão, João se masturbava até ficar relaxado. A academia era outra das manobras para se livrar da turbulência interna. É consciente de que as demandas excessivas e sua intensa angústia muito

contribuíram para a instalação da sua doença. A principal característica de sua vida são os excessos, de trabalho, de sexo, de comida, de angústia, de atuações. Batia o carro, agredia pessoas, mesmo desconhecidas, quando presenciava cena de humilhação. Inicialmente, ressentimentos e mágoas pela mãe, com o decorrer do tempo, se dá conta também do amor, que gera enorme conflito amor, ódio e sua sobrevivência. Há perdas e lutos não elaborados. Baixa autoestima.

Fernando desenvolve transferência positiva na análise e consegue se abrir para nosso relacionamento. Há trocas nas conversas, gosta das minhas intervenções que o incitam a pensar, tece associações. São fases de proximidade intercaladas com fases de afastamento, configuradas pela compulsão à repetição. A experiência analítica foi rica e construtiva. Creio que não seja nosso objetivo aqui a apresentação e discussão de caso clínico, por isso vamos correlacionar com as conjecturas teóricas apresentadas.

Intensas dores psíquicas inomináveis são pano de fundo da vida psíquica de Fernando. Lida com altos níveis de angústia, escoando-as para o comportamento compulsivo, muitas vezes violento destrutivo, *flertando* com a morte. A onipotência, arrogância e imprudência são componentes das defesas fálico narcísicas. O excesso de angústia escoada em atos, a neurose de comportamento é evidente.

Analisando o relacionamento mãe bebê precoce observamos que, a agitação materna decorrente do êxtase pelo nascimento de um filho homem, gera intensa angústia e um relacionamento sufocante para o bebê, intrusivo. A intrusividade produz distorções do funcionamento mental, feridas narcísicas que impedem aceitar os próprios limites e os da realidade, induzem à má tolerância à frustração e a intensas vivências de exclusão. A intrusividade e o controle maternos não deixam espaço ao crescimento, desautorizam o funcionamento mental da criança e os fazem duvidar das próprias percepções. Patologias da distorção do funcionamento psíquico, cuja base é o narcisismo dos pais que não permite que a criança evolua do narcisismo à relação de objeto, ao amor objetal. Muitas vezes não deixam que a criança se diferencie deles e os capturam na relação simbiótica. Neste caso a vida mental é muito intensa, porém se encontra distorcida e sua estrutura adquire estas dimensões.

Com o pré-consciente é instalado o princípio de realidade, que em alguns momentos é rejeitado (delírios, alucinações, ruptura com a realidade), ou é combatido (borderlines e adictos não rompem com a realidade, mas lutam contra ela). Geralmente estas patologias arrancam do processo de individuação desespero e vão distorcendo a passagem pelas diferentes etapas até que no Édipo ocorre a ruptura, uma vez que não conseguem tolerar a frustra-

ção e a exclusão envolvidas no processo e que são inevitáveis. Esta ruptura pode não se produzir no primeiro tempo da evolução, mas sim no segundo tempo da adolescência, quando se tem que aceitar o que se é, momento de consolidação da identidade que tem sido construída. Sabemos que a maioria das psicoses eclode na adolescência, no momento das primeiras aproximações sexuais (ALARCON, 2015).

Função terapêutica

Marty (1995) propõe uma analogia entre a função materna na relação mãe bebê e a relação analista analisando, proposta como modelo na prática psicoterápica com pacientes com afecções somáticas evolutivas e particularmente com pacientes operatórios. Estas idéias são questionadas, porém é aceita a importância do acolhimento proporcionado pela equipe médica que cuida do paciente. É possível observar as modificações econômicas que ocorrem quando se anuncia uma somatização, ligados aos aportes narcisistas secundários e sua fonte exterior ao sujeito. Este lugar da fonte narcisista se encontra no coletivo, e por isso esta fonte representa uma qualidade relativamente indiferenciada, pelo menos no primeiro tempo. Quando um paciente é informado durante consulta médica sobre uma patologia grave, este anúncio é imediatamente acompanhado de um investimento particular em sua pessoa como sujeito doente, investimento que emana da função médica. É como se o médico dissesse: *you me interessa porque está doente*, que implica *vamos cuidar de você*.

Analogamente, a função materna do analista supõe que a prática psicoterápica seja codificada com finalidade conservadora da saúde do paciente. As diferentes modalidades identificatórias do analista com seu paciente mobilizam a atividade interpretativa e a modulam, em função do nível e da qualidade do funcionamento psíquico do paciente e também de acordo com seu próprio ritmo. O impacto da função materna do terapeuta ocorre em dois níveis. De um lado, o reforço das contratextuais para o estabelecimento de um trabalho com o paciente que permita estabelecer uma barreira para excitante e, do outro lado, a criação ou melhora das condições econômicas que permitam o processo do recalque, mediante a transmissão da ameaça de castração que emana do pai e da qual o terapeuta é o agente. Deste modo, segundo Faïn (2001), o superego se torna um componente da função materna. Marca com seu selo e com os valores coletivos dos quais é representante no interior do aparelho psíquico, os investimentos eróticos da sua função, inscrevendo esta última em um ponto em que os limites estão fixados pelas pressões da organização pulsional edípica da família humana.

Conclusão

Não foi possível nos aprofundarmos na importância das vivências contratransferenciais, no contato com pacientes não neuróticos, como possíveis elementos das representações coisa do mundo mental do paciente, que necessitam ser nomeadas para integrar os pensamentos. Assim, segundo Marty, o analista empresta seu pré-consciente ao paciente, para a construção dos elos associativos, que irão preencher as lacunas das redes representacionais. Enfatiza a importância do investimento libidinal do analista, que irá participar do processo de energização egóica do paciente, que pode levar à instalação do processo evolutivo da pulsão de vida.

Para Marucco (2006) o investimento libidinal do analista no paciente deriva da matriz de esperança e da possibilidade de revelá-la inconscientemente, permitindo ao paciente que construa um vínculo amoroso acolhedor, desintoxicante.

Há vasta literatura contemporânea de autores que descrevem os sutis movimentos contratransferenciais e sublinham a importância que o analista os utilize, como um dos instrumentos principais do trabalho analítico com pacientes que padecem de déficits e falhas simbólicas, nos quais predominam o não representável e o irrepresentável.

Vale lembrar que até os anos 50 a contratransferência era considerada um empecilho para o processo analítico, quando então Paula Heimann aponta sua importância, como instrumento do processo analítico com pacientes que apresentam déficits simbólicos.

Infelizmente não é possível nos estendermos aqui nas ricas contribuições dos Botella (2002) [não aparece nas referências], assim como de Ogden (1996) e outros que descrevem as sutilezas dos movimentos contratransferenciais e dos processos de representabilidade desabrochados das vivências contratransferenciais.

Contributions of the psychoanalytic psychosomatic to the contemporary clinic

Abstract: The author emphasizes the contributions of psychoanalytic psychosomatic of the Paris School for understanding the psychological functioning of patients with somatization and serious diseases. These findings are useful for understanding the non-neurotic structures, in which the symbolization processes and the constitution of primary narcissism are committed. One of the main issues in common in severe somatization and in other clinical manifestations of non neuroses, are early traumatic

matrices derived from mother child relationship deficits. The author establishes conjectures about the different clinical manifestations and their relation to the excesses of absence or presence of foreign object. It introduces concepts such as maternal function, with its dimensions of paraexcitação and libidinization and censorship lover. The metapsychology of the pulsional body of the psychosomatic structure is described and its events in the progressive disruptions. Clinical vignettes are used to illustrate the operative functioning and its excessive rationalization and also the affective disorders of essential depression in non-neurotic structures, such as somatization, addictions and violent behavior.

Keywords: Maternal function. Mentalization. Not neurotic structures. Progressive disorganization. Psychoanalytic psychosomatic. Pulsional body. Severe somatization. Traumatic arrays.

Referências

ALARCON, J. (2015). Comunicação verbal.

BOTELLA, C; BOTELLA, S. **Irrepresentável**: mais além da representação. Porto Alegre: Criação Humana, 2002. Originalmente publicado em 1997.

FAIN, M. La fonction maternelle selon Pierre Marty. **Revue Française de Psychosomatique**, v. 20, p. 47-52. 2001.

GREEN, A. Linhagem subjetal e linhagem objetal: funções do objeto. In: **Orientações para uma psicanálise contemporânea**. Rio de Janeiro: Imago, 2008a.

_____. Função desobjetalizante. In: **Orientações para uma psicanálise contemporânea**. Rio de Janeiro: Imago, 2008b.

LERICHE, R. De la santé à la maladie, la douleur dans les maladies, où va la médecine? **Encyclopédie française**, v. 6, 1936.

MARTY, P. La economía psicossomática. In: **Los movimientos individuales de vida y de muerte**. Barcelona: Ediciones Toray, 1984. Originalmente publicado em 1980.

_____. La función materna. In: **El orden psicossomático**: los movimientos individuales de vida y de muerte: desorganizaciones y regresiones. Valencia: Promolibro, 1995. Originalmente publicado em 1988.

_____. El preconscious, punto central de la economía psicosomática. In: **La psicosomática del adulto**. Buenos Aires: Amorrortu, 2003. Originalmente publicado em 1990.

MARUCCO, N. C. Entre el recuerdo y el destino: la repetición. **Revista de Psicoanálisis**, v. 29, n. 1, p. 101-122, 2006.

OGDEN, T. O terceiro analítico: trabalhando com fatos clínicos intersubjetivos. In: **Os sujeitos da psicanálise**. São Paulo: Casa do psicólogo, 1996.

SMADJA, C. Le modèle pulsionnel de la psychosomatique. **Revue Française de Psychosomatique**, v. 45, p. 11-30, 2014.

WINNICOTT, D. W. A mente e sua relação com o psicossoma. In: **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000. Originalmente publicado em 1949.

_____. O medo do colapso. In: **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005. Originalmente publicado em 1963.

_____. Uma nova luz sobre o pensar infantil. In: **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005. Originalmente publicado em 1965.

VICTORIA REGINA BÉJAR
Av. Higienópolis, 360 / 62
CEP 01238-000 São Paulo – SP - Brasil
e-mail: vicbejar@gmail.com