

Pacientes somáticos: falhas na representação¹

Eliana Riberti Nazareth²

Resumo: O trabalho procura compreender o fenômeno psicossomático, desenvolvendo uma distinção entre os graus de somatização. Destaca a importância desta distinção, visando um maior entendimento das diferentes psicodinâmicas, que propiciam abordagens mais específicas e próximas do sofrimento dos pacientes.

Palavras-chave: Contratransferência. Intrincamento pulsional. Simbolização. Somatização.

*If we do not honor our past we lose our future.
If we destroy our roots we cannot grow.*
Hundertwasser (1928-2000)

Introdução

Neste trabalho, procurarei abordar alguns aspectos da somatização de maneira geral, da representação e da técnica na análise de pacientes com manifestações somáticas.

Muitos autores que trabalham com pacientes com distúrbios somáticos não fazem diferenciação entre os graus de somatização, mas talvez seja importante fazermos essa distinção, pois um maior entendimento das diferentes psicodinâmicas nos propicia abordagens mais específicas e, portanto, mais próximas do sofrimento do paciente.

1 Trabalho apresentado com modificações em Reunião Científica da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, no dia 12 de dezembro de 2015.

2 Membro Efetivo da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo.

Na minha experiência clínica, percebo diferenças importantes, e os trabalhos psicanalíticos com pacientes que apresentam somatizações vêm proporcionando cada vez mais uma maior compreensão de funcionamentos psíquicos primitivos e complexos.

Uma tentativa de compreensão dos fenômenos somáticos

De acordo com Marty (1980) e Smadja (2013), ambos da Escola de Psicossomática de Paris, a somatização, além do luto e da melancolia, é uma reação à perda de objeto. Perda que levará, em maior ou menor grau, à desorganização psíquica.

Assim refere-se Marty à etiologia das desorganizações progressivas:

Para realçar o ponto de vista etiológico, mais amplamente do que através do número limitado de investigações que oferecemos, e para tornar mais viva a teoria, é tentador desenhar um quadro (forçosamente aproximado e, com certeza, reduzido à nossa experiência atual) dos traumatismos desorganizadores do aparelho mental, dos quais um grande número pode ser considerado sob o ângulo da perda objetual pura, do luto não elaborado (1980, p. 52, grifo nosso).

No entanto, diferentemente do luto, na melancolia e na somatização, há a repressão da perda, por isso o paciente não *sabe* por que está triste ou não pode saber, tal a ameaça à própria integridade. Ao passo que no luto, o narcisismo é suficientemente forte para reconhecer a perda do objeto. O indivíduo sofre e, de alguma maneira, aceita sofrer, no sentido de que compreende por que sofre.

Na melancolia, como sabemos por *Luto e melancolia* (FREUD, 1915-1917), *a sombra do objeto recai sobre o ego*. A melancolia é uma solução sadomasoquista, pois parte do ego se identifica com o objeto perdido, processo esse (de identificação) proveniente da fase oral-canibalística. Assim, quando há a perda do objeto, há a regressão com o consequente desintrincamento pulsional, ainda que parcial, liberando o sadismo. O superego passa a atacar esse ego identificado com o objeto perdido.

Rosenberg (1991) explora algumas dessas diferenças.

O trabalho do luto consiste, como sabemos, no desaparego do objeto perdido, seu desinvestimento e o reinvestimento de um outro objeto. Dizer isso supõe que, mesmo difícil, esse desaparego do objeto é, em princípio, possível; chamaremos essa possibilidade de desaparego, utilizando uma palavra um pouco bárbara: destacabilidade.

A questão que se coloca é a seguinte: se no luto essa destacabilidade de princípio é assegurada, na melancolia ela é, como acreditamos, senão impossível, ao menos muito difícil. Se isso é verdade, o trabalho de luto do melancólico torna-se problemático a tal ponto que, para que o desapego do objeto seja possível, é necessário que se trate de outro tipo de trabalho (o trabalho da melancolia) (FREUD, 1915-1917, p. 127).

Adiante, Rosenberg (1991) prossegue.

A causa da dificuldade do melancólico em desapegar-se do objeto vem da maneira pela qual esse objeto é investido antes que seja perdido: é porque investe esses objetos de certa maneira que a melancolia não pode desinvesti-los, ou em todo caso, tem dificuldade para isso. Esse tipo de investimento de objeto é aquele que Freud chamou depois de 1913 (Para introduzir o narcisismo) *escolha narcisista de objeto* e que preferimos chamar *investimento narcisista de objeto*. O investimento narcisista de objeto torna-se praticamente a predisposição à melancolia, já que, como acabamos de ver, é ela que torna impossível o trabalho de luto (p. 128).

Contudo, de acordo Smadja³, referindo-se a Marty, essa ainda é uma solução *libidinal*, e isso é importante, pois diante da perda do objeto, há uma reorganização, ainda que sadomasoquista, cujo objetivo é constituir um novo objeto na fantasia. O que chama de *sintomatologia positiva da ordem psíquica*.

Smadja, em *Luto, melancolia e somatização* (2013), esclarece-nos:

Na melancolia, o desinvestimento libidinal do eu está associado à sintomatologia positiva, de ordem libidinal, enquanto que no estado de somatização o desinvestimento libidinal do eu está associado a uma sintomatologia negativa, da ordem da autodestruição (p. 12).

[...] O que Marty descreve como sintomatologia negativa, é uma diminuição generalizada de todas as expressões psíquicas. Ora, o que sustenta a expressividade psíquica é a atividade de ligação e unificação das pulsões eróticas. A partir desse fato, o que chamo de trabalho da somatização, resulta da atividade inconsciente das pulsões de destruição junto ao plano organizado da matriz das excitações no nível do eu (SMADJA, 2013, p. 19).

3 Comunicação pessoal, IPSO – Institut de Psychosomatique Pierre Marty Paris, 2013.

No distúrbio psicossomático, portanto, não há pontos de fixação razoavelmente organizados – os reservatórios de libido que são os nós organizadores das diversas fases da evolução psíquica. Como não há esses pontos de fixação, na regressão libidinal, há a desorganização psíquica progressiva. Como não há objetos internos organizados, devido a perdas traumáticas e a não constituição de um modo de funcionamento psíquico que não seja baseado no trauma, o corpo se torna objeto. Não podemos esquecer que o intrincamento pulsional, fusão Eros-Tânatos se dá com o objeto, mediante a relação objetual, **na** relação com o objeto. É a relação de objeto primitiva que organiza o narcisismo positivo, protetor do *self*.

Roussillon (2015) adverte que quando o ambiente é rígido e há uma *imposição do meio ambiente* e este não atende as necessidades do bebê, o bebê se retira do objeto para um *bunker* interno. A partir daí, pode dar-se o desintrincamento pulsional.

Esse corpo que se torna objeto é um corpo do autoerotismo defensivo, não do narcisismo protetor. No entanto, com a doença, diminui a depressão e a angústia.

Em *Introdução ao narcisismo* (1914), Freud já aponta a enfermidade como um processo de cura.

Mas para esta elaboração interna é indiferente, a princípio, atuar sobre objetos reais ou imaginários. A diferença surge depois, quando a orientação da libido em direção aos objetos irreais (introversão) chega a provocar um estancamento da libido. A megalomania permite nas parafrenias uma análoga elaboração interna da libido retraída ao ego, e talvez só quando esta elaboração fracassa é quando se faz patógeno o estancamento da libido no ego e provoca o processo de cura que se nos impõe como enfermidade (p. 2024, grifo nosso).

Mas de qual *cura* falava Freud? Talvez da cura frente à psicose, pois, nessa organização, se o corpo não é objeto, a psicose se instala.

Na desorganização psíquica, com o desintrincamento pulsional, há a liberação da pulsão de morte. O objetivo é evitar a dor psicotizante? O ego utiliza a função desobjetalizante para ativamente suprimir a dor, suprimindo o aparelho que registra a dor. É equivalente a uma amputação. O ego utiliza a pulsão de morte para destruir as funções de percepção e memória, para objetivo de sobrevivência psíquica.

Nos distúrbios psicossomáticos, o ego, muito frágil, não consegue neutralizar a pulsão de morte e a cadeia de representações se desfaz.

Assim resume Smadja (2013). Depois de qualificar o trabalho de luto de solução narcísica, o trabalho da melancolia de solução masoquista, podemos qualificar o trabalho da somatização de solução somática à perda de objeto.

Porém, nem toda desorganização psíquica e pulsional representa uma desobjetalização. Pode ser uma não-objetalização. Uma não-vinculação ao objeto restando, como escolha objetual, o próprio corpo. É o ego corporal de Freud. São os fragmentos não-integrados, que nunca foram simbolizados que restam num corpo sem história.

Há graus de distúrbio psicossomático, bem como momentos de maior ou menor desorganização, devido principalmente a graus e tipos de mentalização (MARTY, 1998).

A dificuldade, a meu ver, nos distúrbios somáticos graves, é que não há representações suficientes da perda e do trauma, tanto em qualidade quanto em quantidade. Há inscrições apenas, que não evoluíram, não alcançaram um nível mínimo de mentalização, portanto de simbolização, restando na memória implícita.

Quando o psiquismo é confrontado ou atacado por um trauma interno ou externo, e não consegue dar conta da excitação por uma falha no sistema PCs, há a deterioração da qualidade das representações e/ou ativação das inscrições, das representações de coisa, de conteúdos brutos e não simbolizados.

Isto se dá por falhas na formação das identificações primárias, por libidinização excessiva, libidinização deficiente ou desarmonica. A função materna (Marty), ou a preocupação materna primária (Winnicott) que é a função transformadora, para-estimulante, ou não ocorre ou ocorre de modo insuficiente, e o ego incipiente não consegue dar o escoamento adequado às excitações (internas e externas). Há falhas na formação das representações e, portanto, uma não-integração ou uma integração deficiente, débil, pobre. O indivíduo fica à mercê do trauma e não há a formação de um *tegumento* (FREUD, 1919-1920), que seria a película protetora do *self*.

Aí temos que, se por um lado, as associações entre as representações, da coisa à palavra, são as vias de escoamento e transformação, por outro elas são passíveis de provocar dor, por juntarem o afeto à ideia. Esse vínculo é atacado, ou antes, à mera sensação – mero surgimento da angústia sinal – de uma possível associação, entra em funcionamento a desobjetalização e a quebra dos elos, desfazendo a fusão pulsional, desmanchando ou não propiciando a mentalização, o que, por sua vez, aumenta a angústia. Pois a mentalização, a simbolização, é a maneira mais eficaz, ainda que dolorosa, de se lidar com a angústia.

Por meio do objeto é que se dá o intrincamento pulsional e na análise, o objeto é o analista. Porém, o problema, ou um dos problemas, é que esses pacientes

não mantêm o objeto internalizado porque, não esqueçamos, está em atividade a parte do ego que está empenhada em cortar ligações, em desfazer associações entre as representações para evitar a dor psíquica.

É o que observamos nos pacientes somáticos que vão a vários médicos, vários analistas e terapeutas, por exemplo.

A mentalização é temida e ao mesmo tempo custosa para esses pacientes. Eles se esvaziam muito rapidamente. Esvaziam o discurso, as palavras são vazias, não há sonhos, ou nas palavras de Fain (1966), o sono é fisiológico e não psicológico.

De acordo com Fain (1966), o sono psicológico é uma maneira de reencontrar o Ideal do Ego, o Ideal das identificações primárias, porém nos psicossomáticos encontramos um sono fisiológico e não psicológico – um sono sem sonhos, não libidinizado, ou com conteúdos toscos, pouco elaborados.

Na análise desses pacientes, frequentemente nos deparamos com resistências à aproximação analítica, às vezes intransponíveis. McDougall (1996) resume a forte resistência encontrada no trabalho com esses pacientes.

A resistência à mudança psíquica é muito forte porque esses analisandos estão convencidos de que a mudança só pode ser-lhes desfavorável. Sua força de inércia é a única proteção de que dispõem contra um retorno traumático insuportável e inexprimível (p.103, grifo nosso).

Podemos perceber claramente um esvaziamento na sessão quando o discurso do paciente muda de nível, indo do abstrato ao concreto, do pensar ao fazer.

Ainda Fain (1966) fala que esse paciente se utiliza de truques como uma tentativa de neutralizar um fator letal, por procedimentos que não têm uma origem puramente libidinal. Isto se dá para manter uma certa excitação, como o ninar mecânico que, mesmo sem amor, acaba por acalmar um bebê angustiado. E alerta: “a cessação brutal ou progressiva, total ou parcial de um truque provoca ipso facto o reaparecimento de uma excitação que sobrecarrega as possibilidades de integração do organismo, que vai então ser capaz, ou não, de circunscrevê-la” (p.17).

O *truque* então funcionaria como uma para-excitação, um arremedo da função transformadora materna. Um procedimento autocalmante.

Poderíamos então dizer que se há a regressão, surgem somatizações mais ou menos passageiras e temporárias, e se há elementos não-integrados psiquicamente, sem possibilidade de integração e simbolização, há a não saída do corpo

rumo à motricidade e às representações de palavra, surgindo então somatizações graves e doenças psicossomáticas.

Fain (1966), quando discute a regressão e a fixação nos psicossomáticos, fala que: Não podemos dizer de alguém que tenha caído de um andaime, que tenha regredido ao nível do solo, parecendo alertar para o uso excessivo do conceito de regressão para compreender os fenômenos psicossomáticos graves.

Tais diferenças provocam reações contratransferenciais diversas e implicam um uso diferente do instrumento da contratransferência, como também tipos diferentes de interpretação.

Quanto maior o número de fragmentos não-integrados, mais construção/mentalização exigirá do trabalho analítico.

Ilustração clínica

Catarina é uma moça de 34 anos, inteligente, mãe de duas meninas e que, antes de ser mãe, havia sido uma profissional bem-sucedida.

Seus sintomas se acentuaram depois que deu à luz. Entrou numa grande depressão, tendo muita dificuldade de cuidar da filha bebê. Não conseguia sair do quarto e tinha muita dificuldade também para amamentar. Precisava de constantes cuidados até que precisou tomar fortes antidepressivos, o que acabou por inviabilizar a lactação.

Procurou a análise por recomendação de seu médico, devido a frequentes enxaquecas, hipoglicemia, insônia crônica, TPM, sintomas que não cediam à medicação.

Porém, apesar de tanto sofrimento físico, Catarina não fazia conexão alguma entre seus sintomas e ocorrências de sua vida. Mesmo quando dizia sentir-se deprimida, era um relato vazio, uma depressão *seca*.

Em todas as sessões, fazia relatos sem fim sobre sua estrutura doméstica, as dificuldades que tinha com os empregados, com o entra e sai dos funcionários e com a rotina de sua casa.

O que transparecia nos seus relatos, mas de maneira dissociada, era uma intensa irritabilidade e impaciência que estava afetando todos seus relacionamentos. No entanto, comigo era doce e terna.

Muito lentamente, vamos conseguindo saber mais de sua vida por trás daquele discurso hermético e rígido.

Era a primeira filha e sua mãe a havia tido muito jovem e morando em um outro país. Lá, sua mãe estava sozinha, sem família, sem amigos. Sua mãe, deprimida, por sua vez, havia sido também filha de uma mãe muito deprimida, e

essa estada no exterior deve ter intensificado sua depressão (da mãe) e talvez sua violência.

Conforme foi crescendo, Catarina diz que foi ficando cada vez mais *teimosa*, ao que a mãe respondia com violência, agredindo-a fisicamente. O pai viajava muito, o que fazia com que ela se sentisse absolutamente indefesa frente às agressões da mãe.

Logo vieram dois irmãos e ela foi se sentindo cada vez mais só.

Por causa do tipo de trabalho do pai, a família foi obrigada a mudar de cidade muitas vezes. Mudanças sempre muito difíceis para Catarina, com muitas perdas.

Tais *relatos* não partiam propriamente dela, eram antes construções que fomos fazendo no decorrer da análise.

Catarina acabou por manifestar uma síndrome metabólica na pré-adolescência, momento em que ela engordou muito, com alterações das taxas de colesterol, triglicérides etc., aliada a oscilações na glicemia. O relacionamento com a mãe atingiu um ápice de violência, em que a mãe a agredia, xingava, até que ela resolveu fugir de casa e ir morar na casa da avó materna.

Depois desses episódios, Catarina resolveu fazer o colégio fora do país e, ela mesma, sozinha, escolheu o lugar, fez o exame de seleção, arrumou a vaga e matriculou-se. Escolheu curiosamente um colégio rígido, um semi-internato, onde permanecia na maior parte dos finais de semana também. Desse tempo, ela não tem nem boas nem más recordações. Depois que voltou, casou-se pouco após com um rapaz amigo de um parente seu, o qual mal conhecia, e que acabou por se revelar uma pessoa rígida, onipotente, arrogante e desrespeitosa com ela.

Catarina demonstrava nunca ter sido cuidada, no sentido de poder ter tido sua destrutividade acolhida por uma mãe que parece também nunca ter sido acolhida.

Suas doenças e somatizações parecem referir-se ao trauma de ter sido deixada só com suas próprias excitações, não encontrando um ambiente suficientemente bom que pudesse funcionar como um sistema de para-excitação.

Catarina testava o *setting* e me testava o tempo todo. Pedia mudanças frequentes de horário, faltava, muitas vezes dizia que queria parar a análise, pois dizia não estar ajudando em nada. Em outros momentos, vinha com pedidos sôfregos de ajuda, pedia sessões extras, mas muitas vezes vinha para falar se devia ou não conversar com a empregada ou mandá-la embora.

Apesar de, especialmente nesses momentos, a atuação na transferência ficar evidente, ela não via relação entre mim e a empregada, por exemplo. Eu perguntava a ela muito sutilmente, porém escolhia não apontar isso diretamente, pois sentia que poderia ser muito intrusiva, como a mãe o era.

Uma breve vinheta clínica

Mais uma vez Catarina chega falando da casa, das empregadas, das crianças. Descreve como é sua rotina, o que faz cada uma das empregadas, os horários. Fala longamente, parece uma fala de descarga somente.

E – *Parece que você sente que a rotina da casa, de empregadas, funcionárias, não deixa espaço para você. Aqui também, acaba tomando seu espaço, o espaço da sua análise.*

Falo, mas em seguida me arrependo... Sinto um aperto no peito, um impacto.

C – (Dá uma risadinha, mas eu tenho a sensação de ter falado grego). E fala: *tenho até medo de falar que estou me sentindo melhor sem o P.* (o marido que estava viajando). *Mas sinto menos pressão, menos cobrança.* E passa a descrever longamente quais são as cobranças dele com os empregados domésticos.

E – *Talvez você sinta que eu também pressiono você e que não acolho o que você tem pra me dizer...*

C – *Ah não, você não Eliana! Mas o P.! Sabe, aqui acho que é o único lugar onde me sinto bem. Tem vezes que não tenho vontade de voltar pra casa. O P. é muito exigente, briga muito comigo.* Descreve as exigências do marido com a casa, comida, roupa, jantares etc.

E – *P. não aceita você como você é?*

C – (Os olhos dela brilham. Parecia uma criança feliz ao ganhar um brinquedo). *É!* (Logo em seguida passa a fazer cara de choro e fala baixinho). *Ninguém me aceita, acho que só você... Minha mãe, não consigo nem chegar perto; fujo do P., porque se ficar perto lá vem ele com crítica, pedidos infundáveis... Não aguento as mães da escolar, Eliana! Até as meninas não gostam de mim! Noutro dia, a A. (filha mais velha) veio falando que gosta mais do pai! O que eu faço? (Aperta as têmporas). Tô morrendo de dor de cabeça, tô ficando enjoada de enxaqueca. Preciso ir embora.*

E – *Catarina, veja você começou a falar de coisas muito dolorosas pra você, que sente que ninguém gosta de você, ninguém te aceita. É difícil pensar e sentir tudo isso. Acho que a enxaqueca veio porque começou a ficar insuportável pra você pensar nisso tudo.*

Lágrimas correm no seu rosto.

E – *O que você está sentindo?*

C – *Nada. Só muita dor de cabeça.*

E – *Acho que o coração está doendo também... Mas sabe, quando eu falei que você não se sentia aceita pelo P. seus olhos brilharam. Acho que você se sentiu compreendida por mim, por isso que você falou que só eu te aceito como você é.*

Ao terminar a sessão, ela já de pé na porta:

C – *Eliana, dá pra você me ajudar a abotoar esses botõezinhos?*

Ela estava com uma blusa cheia de botõezinhos nas costas.

Em sessões como essa, em que aparecia um pouco mais dos seus sentimentos, era frequente que ao final ela pedisse alguma ajuda concreta, como por

exemplo, abotoar os botõezinhos nas costas de sua blusa – que não raro ela vestia – ou um copo d’água, ou perguntava se a barrinha de cereais tinha açúcar etc. Penso que era a maneira possível para ela de pedir meu acolhimento e testar minha paciência e meu *jeito*. De fato, era preciso muito jeito para abotoar todos aqueles botões!

Considerações finais

Sabemos por Winnicott que a mãe/ambiente suficientemente boa é a que pode sobreviver à destruição que seu bebê faz dela. É todo esse processo que permite o nascimento da mente do bebê, que permite o caminho da representação de coisa à representação de palavra.

O trabalho analítico tem a possibilidade de converter o não representado, não simbolizado do paciente em representação de palavra, na medida em que constrói elos associativos, os quais permitem a inscrição num universo de linguagem, isto é, num universo simbólico, compartilhado, onde há um outro – o analista com sua escuta e acolhimento. O trabalho analítico pode trazer de volta o ego que se retirou para o corpo.

Catarina não teve a oportunidade, como Winnicott coloca, de dizer ao objeto: “Você tem valor para mim, por causa da sua sobrevivência à minha destruição”. “Enquanto estou te amando, estou o tempo todo te destruindo” (WINNICOTT, 1968 apud ABRAM, 2015, p.120).

Não pôde desenvolver uma resiliência mínima, um pré-consciente que absorva e que construa representações, unindo afeto à ideia, que possa ampará-la e protegê-la dos impactos. Teria seu objeto não sobrevivido?

Agora lutamos para que o objeto-análise sobreviva.

Para terminar. Com pacientes com manifestações somáticas, a contratransferência é, muitas vezes, o nosso *fio de Ariadne*. Percorremos seus labirintos, sem saber os segredos da sua comunicação não verbal encerrada num tempo mítico no qual não há representações, símbolos ou palavras.

O que nos resta, não raro, é ouvirmos a nós mesmos, utilizarmos as nossas sensações, impressões e associações despertadas por um corpo que fala por meio do seu sofrimento e que ao longo de toda uma vida só encontrou ecos no desconhecido.

A contratransferência utilizada de modo ativo pelo pensamento do analista representa às vezes o único acesso a ansiedades silenciosas e não visíveis.

Acho que o aperto que senti no meu peito diz respeito à contratransferência somática que muitos analistas relatam sentir no atendimento de pacientes somáticos, os quais se apresentam pobres em associações, devaneios e sonhos, porém com muito sofrimento que não pode ser dito, sequer pensado.

Senti, no meu corpo, a pressão, que talvez já estivesse no ar, que Catarina dizia sentir ao não ser aceita, ao não terem tolerância com ela. Eu também, com a minha fala, não a estava aceitando do jeito que ela é, trazendo o material que podia trazer. Esperava dela um funcionamento psíquico simbólico que ela não podia ter. Afinal essa era Catarina... essa é minha paciente e não outra que eu idealizasse e pudesse fazer *exigências*.

Ela não teve *botõesinhos* do ambiente que ligassem suas pulsões de maneira satisfatória. Botõesinhos libidinais que historicizassem seu corpo rumo à mente, rumo a um mundo psíquico mais integrado.

Como outros pacientes com sérias somatizações, Catarina, como diz a epígrafe deste trabalho, não pode honrar seu passado por ser um passado de traumas, cuja dor precisou ser dissociada e cortada de sua mente. Não pode manter, ou mesmo criar suas raízes.

Talvez reste a nós, a dupla analítica, construir uma história, desenvolver raízes para que Catarina possa crescer e ter um futuro.

Somatic patients – lacks on representation

Abstract: In this paper I will try to address some aspects of economy and dynamics of somatization, failures in the symbolization process and technique in the analysis of patients with somatic manifestations. Many authors who work with patients who suffer from somatic disorders do not distinguish between degrees of somatization. I think it is important to make this distinction, because a greater understanding of these different psychodynamics gives us more specific approaches and therefore analysis can be closer to the patient's suffering.

Keywords: Countertransference. Pulsional intricacy. Somatization. Symbolization.

Referências

ABRAM, J. Further reflections on Winnicott's last major achievement: from Relating through identifications to The use of an object. In: SARAGNANO, G.; C. SEULIN, C. **Playing and reality revisited**. London: Karnac Books, 2015.

FAIN, M. Intervenções sobre regressão e instinto de morte, hipóteses a propósito da observação psicossomática de P. Marty. In: **Curso de psicossomáti-**

ca psicanalítica. Rio de Janeiro: Editora, 2010. (Originalmente publicado em 1966).

FREUD, S. (1914). **Introduccion al narcisismo.** Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 1973.

_____. (1915-1917). **Duelo y melancolia.** Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 1973.

_____. (1919-1920). **Além do princípio do prazer.** Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 1973.

MARTY, P. **L'ordre psychosomatique.** Paris: Éditions Payot et Rivages, 1980.

_____. **Mentalização e psicossomática.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

MCDUGALL, J. **Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise.** São Paulo: Martins Fontes, 1996.

ROSENBERG, B. **Masochismo mortífero e masochismo guardião da vida.** São Paulo: Ed. Escuta, 2003. (Originalmente publicado em 1991).

ROUSSILLON, R. **An introduction to the work on primary symbolization.** IPA Congress. Boston, 2015.

SMADJA, C. Deuil, mélancolie et somatisation. **Revue Française de Psychosomatique**, n. 44, p. 7-24, 2013.

Copyright © Psicanálise – Revista da SBPdePA
Revisão de português: Débora Rodrigues

ELIANA RIBERTI NAZARETH
Rua Pedroso Alvarenga, 1255 / 65
04531-012 São Paulo – SP, Brasil
e-mail: elianarnazareth@gmail.com