

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PEDRO MARKY-SOBRAL

**O ENQUADRE ANALÍTICO E O TRABALHO DE SOMATIZAÇÃO: ENTRE
DESOBJETALIZAÇÃO E REINTRICAÇÃO MASOQUISTA**

Versão corrigida

São Paulo

2022

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PEDRO MARKY-SOBRAL

**O ENQUADRE ANALÍTICO E O TRABALHO DE SOMATIZAÇÃO: ENTRE
DESOBJETALIZAÇÃO E REINTRICAÇÃO MASOQUISTA**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos
para a obtenção do título de mestre no Programa de
Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientador: Prof. Dr. Daniel Kupermann

São Paulo

2022

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Marky-Sobral, Pedro

O enquadre analítico e o trabalho de somatização: entre desobjetalização e
reintricação masoquista / Pedro Marky-Sobral; orientador Daniel Kupermann. -- São
Paulo, 2022.

137 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) --
Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2022.

1. psicossomática psicanalítica. 2. enquadre analítico. 3. desobjetalização. 4.
trabalho de somatização. 5. masoquismo. I. Kupermann, Daniel, orient. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Pedro Marky-Sobral

Título: O enquadre analítico e o trabalho de somatização: entre desobjetalização e reintricação masoquista

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de mestre no Programa de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Aprovado em: _____

Banca Examinadora:

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Abraçar e agradecer

Agradeço primeiramente à CAPES pelo financiamento desta pesquisa.

Um agradecimento significativo ao Prof. Dr. Daniel Kupermann, que aceitou orientar esta pesquisa e contribuiu amplamente para o seu desenvolvimento. Também ressalto o impacto de suas publicações, que nos inspiram a buscar alternativas originais para o tratamento de temas fundamentais à psicanálise. Agradeço ao grupo de orientação de pesquisa do PsiA e aos demais colegas do IP-USP, especialmente à Claudia Rocha, muito paciente com todos nós.

Aos membros da banca, Prof. Dra. Maria Livia Tourinho Moretto e Prof. Dr. Nelson Coelho Jr., com quem venho dialogando imaginariamente desde o exame de qualificação.

Pelo apoio emocional, afetivo e/ou financeiro, gostaria de agradecer à minha irmã Paula, aos meus pais Beto e Cristina e aos amigos de sempre: Rafael Cavalheiro, Rafael Andrade, Thomas, André, Felipe, Pedro, Raquel, Gabriela, Ana, Fernanda, Lisa, Alessandra, Vinícius. O apoio de vocês foi particularmente valioso no período interminável de isolamento social, quando a sobrevivência de todos os projetos parecia estar por um fio.

Aos grupos PAES-NAPPED: Cristiane Curi Abud, Ricardo Almeida Prado, Christiana Freire, Atílio José Bombana, Roberta Katz, Marina Smith e a todos os demais colegas. Um agradecimento especial e caloroso à Mila Bitelman, com quem venho podendo compartilhar, ao longo dos últimos quatro anos e meio, a participação em diversos cursos e a coordenação de atividades teóricas e supervisões, além dos muito importantes almoços às quintas-feiras e ligações telefônicas para focar. Obrigado pela motivação e pela cumplicidade.

Um agradecimento enfático aos meus supervisionando do Projeto Saberes na USP: Pedro, Ivan, Fernanda, Amanda, Marina, Monami.

Um agradecimento particular à Diana Tabacof, por ter acompanhado e incentivado diferentes etapas da minha trajetória profissional, em Paris, em São Paulo e no Zoom.

A alguns dos muitos psicanalistas que vêm contribuindo para a minha formação: Prof. Dr. Paulo José de Carvalho, Prof. Dra. Paula Regina Peron, Marion

Minerbo, Prof. Dra. Patricia Porchat, José Martins Canelas Neto, e aos diversos supervisores, coordenadores de grupos e antigos professores.

Ao grupo de Psicossomática Psicanalítica da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, coordenado por Eliana Rache e Cândida Sé Holovko.

Aos leitores desta pesquisa, com quem poderei compartilhar algumas das minhas reflexões construídas no decorrer dos últimos seis anos.

MARKY-SOBRAL, P. *O enquadre analítico e o trabalho de somatização: entre desobjetalização e reintricação masoquista*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

RESUMO

A presente pesquisa objetiva investigar os movimentos de intricação e desintricação pulsional no trabalho clínico com pacientes somatizadores, com ênfase no papel do enquadre analítico enquanto regulador desses movimentos. O modelo da psicossomática psicanalítica, proposto por Pierre Marty, serve como principal referência para a nossa compreensão do psicossoma e dos processos de somatização. Entende-se, no entanto, que a teoria clássica da psicossomática não pode atuar como referência única para este estudo, o que nos leva a buscar fundamentação na metapsicologia freudiana e nos diálogos estabelecidos entre os psicossomaticistas e outros analistas, como André Green e Benno Rosenberg. Acompanhado por um caso clínico, o conceito de trabalho de somatização, apresentado por Claude Smadja, orienta-nos a contemplar dois tempos distintos que conduzem ao surgimento da doença somática: o tempo do desligamento, ou desobjetalização, e o tempo da reorganização pela via da doença ou de seu tratamento. Sugerimos que, nas análises de pacientes somatizadores graves, observa-se uma transição entre dois eixos de funcionamento psíquico, que batizamos polo operatório e polo limite. Com o desenvolvimento da pesquisa, concluímos que a destrutividade opera de maneira específica nos casos de somatização, favorecida pela fragilidade do masoquismo erógeno. Por fim, examinamos de quais maneiras a instalação do enquadre permite o desdobramento do processo analítico para esses pacientes, destacando a possibilidade da reintricação pulsional pela via do sadomasoquismo.

Palavras-chave: psicossomática psicanalítica; enquadre analítico; desobjetalização; trabalho de somatização; masoquismo.

MARKY-SOBRAL, P. *The analytic frame and the work of somatization: desobjectalizing function and masochistic binding of the drives*. (Master's Degree Dissertation). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

ABSTRACT

This Master's degree dissertation addresses the binding and unbinding of the drives in the psychoanalytic work with psychosomatic patients. The author emphasizes the analytic frame's role in regulating these movements. Pierre Marty's psychosomatic theory is crucial to the understanding of the somatization process and the relationship between the psyche and the body. Additionally, the Freudian metapsychology as well as André Green's and Benno Rosenberg's papers are regarded as essential contributions to the field of psychosomatics. The author discusses a clinical case to illustrate Claude Smadja's original approach to the work of somatization. Furthermore, the author distinguishes between two types of mental functioning observed in the analytic work with psychosomatic patients, which are presented as the "operational axis" and the "borderline axis". It is suggested that destructiveness and the desobjectalizing function act in a specific manner in the somatization process, enabled by the fragility of the Ego's erotogenic masochism. Moreover, the author provides a perspective on the role of the analytic frame in the binding of the drives through sadomasochistic transference.

Psychoanalytic psychosomatics; Analytic frame; Desobjectalizing function; work of somatization; masochism.

MARKY-SOBRAL, P. *Le cadre analytique et le travail de somatisation : de la désobjectalisation à la réintrinsication masochiste*. (Mémoire de Recherche, Master). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

RESUMÉ

Ce mémoire de recherche a pour objectif d'étudier les mouvements d'intrinsication et de désintrinsication pulsionnelle au sein du travail clinique avec des patients somatisants, mettant l'accent sur le rôle régulateur du cadre analytique. Nous soulignons la pertinence du modèle psychosomatique proposé par Pierre Marty, outil majeur pour rendre compréhensibles les concepts d'unité somato-psychique et de processus de somatisation. Notre approche articule la pensée de Marty avec la métapsychologie freudienne classique ainsi qu'aux œuvres d'autres psychanalystes, dont André Green et Benno Rosenberg. Accompagné d'un cas clinique, le concept de travail de somatisation, selon il a été présenté par Claude Smadja, nous a orienté à envisager deux étapes du processus qui aboutit à l'éclosion d'une maladie somatique : le temps de la déliaison ou de la désobjectalisation et le temps de la réorganisation par le biais de la maladie ou de la prise en charge médicale ou thérapeutique. Nous introduisons l'idée selon laquelle il y aurait un passage de ce que nous proposons de nommer « pôle opératoire » au « pôle limite » lors d'une cure analytique. Cette étude nous permet de saisir les manifestations particulières de la destructivité qui sont en jeu dans la somatisation, lesquelles sont favorisées notamment par la fragilité du masochisme érogène. Nous terminons ce travail de recherche avec une réflexion sur les modalités par lesquelles l'installation du cadre analytique permet le désarroi du processus analytique avec ces patients, insistant sur la possibilité de réintrinsication pulsionnelle par la voie du sadomasochisme.

Mots-clés : psychosomatique psychanalytique ; cadre analytique ; désobjectalisation ; travail de somatisation ; masochisme.

**O enquadre analítico e o trabalho de somatização: entre desobjetalização
e reintricação masoquista**

Introdução: A dor tem algo de vazio?	p. 13
I. Para circunscrever o objeto de investigação, parte I: A teorização do enquadre analítico como chave de leitura da dinâmica entre os planos intrapsíquico e intersubjetivo, teórico e clínico	
I.a. Por que “enquadre”?.....	p. 25
I.b. O enquadre analítico e suas matrizes.....	p. 26
I.c. Estrutura enquadrante, enquadre interno do analista e pensamento clínico.....	p. 29
I.d. O objeto analítico criado e atravessado pelas pulsões.....	p. 32
I.e. Terceiridade no enquadre analítico.....	p. 34
I.f. A infiltração da destrutividade no enquadre analítico.....	p. 36
II. Para circunscrever o objeto de investigação, parte II: O modelo teórico-clínico original da psicossomática psicanalítica francesa	
II.a. Por que a psicossomática psicanalítica francesa?.....	p. 42
II.b. O monismo de Pierre Marty: o psicossoma e os “instintos”.....	p. 43
II.c. A investigação psicossomática: apreciação da mentalização e da estrutura psicossomática.....	p. 47
I.d. Os processos de somatização: regressão somática e desorganização progressiva.....	p. 53

I.e. Comentários e direcionamento da segunda parte da pesquisa.....p. 56

III. O primeiro tempo do trabalho de somatização: o tempo da desobjetalização

III.a. O primeiro tempo do trabalho de somatização: a destrutividade no desencadeamento do processo de somatização.....p. 60

III.b. De onde vem o vazio da dor?.....p. 63

III.c. A particularidade da destrutividade na psicossomática: vazio ou esvaziamento?.....p. 66

III.d. As incidências da destrutividade no enquadre analítico: polo operatório e polo limite.....p. 72

III.e. Masoquismo erógeno e projeção.....p. 76

III.f. O masoquismo mortífero no polo operatório.....p. 82

IV. O segundo tempo do trabalho de somatização: as possibilidades de reintricação pulsional

IV.a. O segundo tempo do trabalho de somatização: a doença como objeto e o paradoxo psicossomático.....p. 90

IV.b. “Dar um câncer em vez de ter um”.....p. 94

IV.c. O masoquismo solicitado pelo enquadre, a intricação masoquista proporcionada pela enquadre.....p. 99

IV.d. O analista, guardião do enquadre.....p. 102

IV.e. Supereu e a ligação da destrutividade pela culpa inconsciente.....p. 108

IV.f. Novos passos de dor.....p. 114

Conclusão.....p. 120

Referências bibliográficas.....p. 126

Introdução: A dor tem algo de vazio?

*"A dor tem algo de vazio
Não sabe mais a era
Em que veio ou se havia
Um tempo em que não era*

*Seu futuro é só ela
Seu Infinito faz supor
O seu passado que desvela
Novos passos de dor. (Campos, 2017)".*

É com esse poema de Emily Dickinson, em sua versão traduzida e musicada por Cid Campos, que iniciamos uma reflexão sobre a psicossomática em uma perspectiva psicanalítica, aprofundando-nos nos movimentos de intricação e desintração pulsional que têm como palco o enquadre analítico. Ao longo desta dissertação, perseguiremos os recursos teóricos em psicanálise que possibilitam o entendimento da interrelação entre esses conceitos, os quais propomos relacionar a duas das palavras contidas no poema: dor e vazio.

Quando nos referimos à dor, contemplamos duas declinações possíveis. A primeira é a dor corporal, ou, mais amplamente, o sofrimento somático, incluindo as doenças orgânicas e as somatizações, diante das quais o cuidado médico normalmente é procurado. A segunda, mais comumente estudada na abordagem psicanalítica, é a dor psíquica, traduzida em uma variedade de tipos de funcionamento psíquico, formações sintomáticas e afetos. No que se refere ao vazio, voltamos a nossa atenção ao processo de esvaziamento ou desinvestimento da vida psíquica, que nos interessa mais do que um suposto vazio constitucional presente nos casos de somatização. Buscamos localizar os pontos nos quais se encaixam dor física, dor psíquica e vazio, ou esvaziamento, em uma tentativa de oferecer uma contribuição ao estudo teórico e clínico dos pacientes somatizadores.

A menção aos termos “somatização” e “psicossomática” exige uma pormenorização, que ajuda na delimitação do principal objeto de investigação desta pesquisa. Essas nomenclaturas povoam o vocabulário de um campo de estudos específico dentro da psicanálise, entretanto, não há, dentro da comunidade psicanalítica, um consenso que justificaria a utilização homogênea desses conceitos. O poema talvez ressoe com familiaridade àqueles que têm em mente as formulações de base dos psicanalistas franceses que trabalham com a psicossomática no Instituto de Psicossomática de Paris (IPSO-Paris), para os quais as somatizações costumam ser acompanhadas do vazio (ou antecedidas por ele). Um vazio que se expressa pela calma psíquica e pela aparente ausência de atividade fantasmática e onírica, constituindo, na terminologia dessa escola, a clínica dos pacientes mal mentalizados ou operatórios. Como forma de justificar esse vazio, foi criado um sistema teórico em psicanálise (entre os quais MARTY; DE M’UZAN, 1963; MARTY ET AL, 1963; MARTY, 1952/2012; 1976; 1980; 1981/2001; 1990), com uma série de conceitos próprios e originais, a fim de contemplar uma modalidade particular de trabalho psicanalítico. Nessa tradição de pensamento, as palavras que selecionamos parecem sempre andar juntas, já que o esvaziamento da dor psíquica seria um terreno fértil para a instalação da dor ou do sofrimento no plano somático (orgânico).

Inaugurada por Pierre Marty, Michel Fain, Michel de M’Uzan e Christian David, a corrente epistemológica à qual nos referimos comporta, “conjuntamente, ao mesmo tempo e no mesmo sujeito, os movimentos somáticos e psíquicos” (SMADJA, 1998, p. 60, tradução nossa), o que Smadja (1998) nomeia de “ponto de vista psicossomático”. O corpo é pensado em sua unidade somatopsíquica, sendo psiquismo e funcionamento somático ligados direta e univocamente. Segundo o ditado de Marty (1952/2012), não haveria um hífen¹ entre psiquismo e “-soma” (*psicossomático* e não “psico-somático”), sendo impossível definir os limites entre ambos.

¹ No texto em português, o termo “*trait d’union*”, contido no texto original (Marty, 1952/1998), é traduzido como “traço de união”. Acreditamos que a palavra “hífen” constituiria uma tradução mais adequada.

O ponto de vista psicossomático é, de certa forma, corroborado pela apreciação freudiana de que a excitação no plano somático (em um órgão ou uma parte do corpo) cria uma exigência de trabalho psíquico. O que leva, por sua vez, ao nascimento da pulsão, conceito limite entre somático e psíquico (FREUD, 1915/2013). Na verdade, essa ideia está presente ao longo de toda a obra de Freud, desde seus escritos da década de 1890, quando o foco está no itinerário que transforma a excitação sexual somática em estado psíquico (SMADJA, 2008), até 1938, quando Freud reitera a posição apresentada em 1915 e define as pulsões como representantes das “exigências corporais feitas à vida anímica” (Freud, 1940/2014, p. 23), ou, ainda, como a “primeira expressão psíquica” da “organização corporal” (p. 21). Visto isso, podemos pensar que, em última instância, toda a teoria psicanalítica é psicossomática.

Na abordagem da psicossomática psicanalítica priorizada por nós, entretanto, não nos referimos apenas às concepções mais conhecidas de corpo em psicanálise. Não falamos do corpo como cenário de dramatização possível, como palco no qual conflitos psíquicos se expressam por uma via simbólica. Também não é contemplado somente o corpo como vetor dos investimentos libidinais que levam ao jogo, à criatividade, ao autoerotismo e às relações sexuais. Por mais que essas vertentes não deixem de relacionar-se à economia psicossomática de cada sujeito, os autores do IPSO-Paris se dedicam ao estudo dos pacientes portadores de doenças orgânicas e sofrimento somático, como no caso de dores crônicas, alergias, úlceras, doenças autoimunes e cânceres. Na abordagem em questão, optamos por não falar em *doenças psicossomáticas*, mas em *doenças somáticas, orgânicas*, o que não significa que elas não possam estar relacionadas ao que ocorre no plano psíquico.

Segundo Smadja (2001), o ponto de vista psicossomático rompe com a noção de “doença psicossomática”. Nessa perspectiva, a doença é o ponto de partida e os “eventos psíquicos são considerados e identificados como fatores etiológicos que entram no determinismo de uma doença somática” (p. 26, tradução nossa). Inversamente, naquilo que Marty (1976; 1980; 1981/2001) chama de processo de somatização, são contempladas as circunstâncias nas quais determinadas “modalidades de funcionamento psíquico [...] favorecem o

desenvolvimento da somatização" (SMADJA, 2001, p. 25, tradução nossa). Dessa forma, parte-se “do funcionamento psíquico do paciente para compreender as condições a partir das quais uma doença somática pôde se desenvolver” (SMADJA, 2001, p. 26-27, tradução nossa), o que significa que o trajeto investigativo é invertido.

É importante insistir que, nos casos de doenças orgânicas ou somatizações, não estaríamos diante da formação de um *sintoma*, como na histeria de conversão. Em oposição ao sintoma conversivo no corpo, a doença somática não portaria um significado oculto, tampouco seria a manifestação substitutiva da representação inconciliável de um desejo inconsciente. A histeria encontra no corpo um “espaço de visibilidade” para um “conflito mascarado” (ASSOUN, 2015, p. 2, tradução nossa), a partir da disjunção entre uma representação incompatível com o Eu e o afeto que a acompanha, constituindo, portanto, produto de uma operação psíquica de alta complexidade.

A ideia dos primeiros psicossomáticos do IPSO é de que a suscetibilidade² de desenvolver doenças somáticas poderia surgir justamente como decorrência da desqualificação, temporária ou durável, do psíquico por conta de um funcionamento mental que colapsa quando transbordado pela excitação traumática, e/ou por ser pobre em representações. Para Smadja (1990), “a organização mental constitui uma proteção diante do soma”, exercendo uma função protetora contra as “constrições biológicas” (p. 788, tradução nossa). A eclosão da somatização ou da doença somática coincidiu com um momento no qual a desorganização ou regressão, decorrentes da paralização dos recursos para elaboração psíquica, seriam interrompidas, e uma possibilidade posterior de reorganização se originaria exatamente pela via da doença, ou graças à sua descoberta.

Apesar do grande empenho de Freud em aprofundar alguns eixos de reflexão sobre o corpo, que não consideramos diretamente relacionados ao nosso objeto de estudos, como o que foi produzido a respeito das conversões

² Também são considerados aspectos genéticos ou ambientais.

na histeria (FREUD; BREUER, 1893-1895/2016; FREUD, 1905[1901]/2014) ou da especificidade das zonas erógenas do corpo e da sexualidade perversa polimorfa nos seres humanos (FREUD, 1905/2006), é possível coletar, em diferentes momentos de sua obra, contribuições de valor inestimável ao campo da psicossomática psicanalítica contemporânea.

Uma das primeiras bases freudianas da psicossomática estaria contida no estudo comparativo entre psiconeuroses e neuroses atuais. Em 1896, Freud traça a hipótese de que as psiconeuroses (mais tarde chamadas de neuroses de transferência) têm como origem o avivamento, durante ou após a puberdade, de uma lembrança, até então mantida inconsciente, referente a uma experiência sexual infantil. Na histeria, um evento sexual de natureza passiva, como abusos em suas mais variadas formas; na neurose obsessiva, “um evento [sexual] que proporcionou *prazer*”, levando a “*recriminações dirigidas pelo sujeito a si mesmo por causa desse gozo sexual antecipado*”, as quais acabam sendo “distorcidas por um trabalho psíquico inconsciente de transformação e substituição” (Freud, 1896/1996, p. 92, grifos do autor).

Ainda que também tenham uma etiologia sexual, as neurastenias e neuroses de angústia, que compõem, neste momento, a categoria das neuroses atuais, possuem uma “etiologia de tipo contemporâneo” (Freud, 1898/1996, p. 136). Não relacionam-se à vida infantil, mas à vida sexual atual do sujeito adulto. A neurastenia seria causada pela masturbação excessiva e teria como sintomatologia somática a pressão intracraniana, propensão à fadiga, dispepsia, constipação e irritação espinhal. Na neurose de angústia, por sua vez, “a continência ou da satisfação incompleta - como o coito interrompido, [e] a abstinência ao lado de uma libido viva” resultariam em “angústia, inquietação, [...] ataques de angústia completos, rudimentares ou complementares, vertigem locomotora, agorafobia, insônia” (Freud, 1898/1996, p. 156).

Ferraz (1998/2007) considera que, além do lugar central ocupado pelos sintomas funcionais na descrição das neuroses atuais, outro aspecto revisitado pelos psicossomaticistas foi a “relação de temporalidade entre sintoma e causa precipitante” (p. 26), devido ao seu caráter atual e aparentemente mais referido ao registro econômico (Freud, 1926/2014). Inversamente, podemos notar que,

nas psiconeuroses, os impactos das experiências vividas em momentos distintos da história do sujeito são inscritos no aparelho psíquico em diferentes níveis de estratificação, reorganizados em uma temporalidade própria ao inconsciente, segundo o modelo do *après-coup* (FREUD, 1895/2011; 1896/2016). No sintoma de naturezas psíquica ou conversiva e no sonho, os quais sofrem a interferência dos mecanismos de condensação e deslocamento, estariam em jogo “uma apresentação [*Darstellung*] simbolizante do corpo” (FREUD, 1900/2010, p. 668, tradução nossa) e a expressão de fantasias inconscientes.

Outra contribuição importante surgiria em 1910, quando Freud constata que os órgãos são investidos pelos dois grupos de pulsões concebidos até então. Nomeadamente, as pulsões do Eu e as pulsões sexuais, as quais tendem à autoconservação e à busca por prazer, respectivamente. No caso do olho e da visão, por exemplo, o desequilíbrio entre essas duas pulsões poderia levaria à cegueira histérica:

“Quando um órgão que serve aos dois tipos de [pulsões] aumenta seu papel erógeno, é de esperar, em termos bem gerais, que isso não ocorra sem alterações na excitabilidade e na inervação, que se darão a conhecer como transtornos na função do órgão a serviço do Eu.” (FREUD, 1910/2013, p. 247-248).

A partir de 1920, o conflito pulsional freudiano adquire outra roupagem, representado pelo dualismo Eros/Thanatos, pulsão de vida e pulsão de morte ou de destruição. Apesar de terem em comum a tendência extintiva, conforme ressaltado por Chervet (2009), essas pulsões agem em direções opostas. De um lado a criação de ligações cada vez maiores (FREUD, 1940/2014), e, de outro, a tendência a desfazer as ligações, visando o retorno ao inorgânico (FREUD, 1920/2010). Essas duas forças pulsionais se encontram sempre amalgamadas, presentes em maior ou menor escala. Em um de seus últimos escritos, Freud (1940/2014) aponta que a desintração pulsional e a conseqüente liberação da destrutividade podem levar ao adoecimento somático.

Assim, ressaltamos dois dos avanços teóricos de Freud que antecipam algumas discussões da psicossomática contemporânea. O modelo das neuroses

atuais introduz a ideia de um processo de somatização que se diferencia da formação de um sintoma. O material contido em alguns textos posteriores de Freud, por sua vez, reforça: o investimento pulsional dos órgãos (FREUD, 1910/2013), a participação da desintração pulsional no desencadeamento do processo de somatização (FREUD, 1940/2014) e os efeitos da doença somática na economia pulsional e libidinal (FREUD, 1914/2010; 1920/2010).

A partir de 1920, a introdução do segundo modelo topográfico do psiquismo, do dualismo entre pulsões de vida e de morte, dos eventuais estados de desintração das duas pulsões, da compulsão à repetição, da neurose traumática e da segunda teoria da angústia ampliam os horizontes das reflexões teóricas em psicanálise. Essas construções conceituais dialogam diretamente com alguns dos impasses clínicos (e com a desordem constatada no plano cultural) extensivamente discutidos por Freud em seus textos da época, levando-o a questionar os limites da prática analítica. Cremos que essas novas ferramentas teóricas enriquecem a escuta analítica em uma clínica na qual a destrutividade se impõe de maneira mais ruidosa, frequentemente demandando modificações da técnica e do enquadramento clínico clássicos. A psicossomática, sem dúvidas, faria parte desse universo teórico-clínico, o que leva Aisenstein e Smadja (2003) a defenderem que ela representa uma corrente fundamental da psicanálise contemporânea, pois coincide com a tendência a buscar a ampliação do escopo da atuação clínica e da pesquisa em psicanálise.

Após Freud, analistas de diferentes continentes, instituições e tradições teóricas se interessaram por aquilo que optamos resumir como “clínica da destrutividade”. Nasceram nomenclaturas como “clínica das não-neuroses”, “psicanálise dos casos difíceis” ou “psicanálise contemporânea”. Frequentemente, são colocados sob esse guarda-chuva, sem muita precisão ou distinção, categorias batizadas de pacientes *borderline*; casos ou estados-limites; pacientes somatizadores, acometidos por transtornos alimentares, adições, patologias do narcisismo... Diante dessa pluralidade de quadros clínicos, por vezes agrupados indiscriminadamente em uma mesma categoria, a primeira questão colocada se refere à possibilidade ou impossibilidade de aproximar esses diferentes complexos transferenciais e quadros nosográficos.

Afinal, os pioneiros da psicossomática francesa sustentam, a partir da produção de numerosos escritos e do desenho de novos conceitos, que a prática analítica com pacientes somatizadores demanda um olhar diferenciado, tanto na perspectiva teórica, quanto na condução da prática clínica. Um questionamento nos atravessa: o que caracterizaria a teoria da psicossomática psicanalítica contemporânea e o trabalho analítico com pacientes somatizadores?

Essa pergunta se declina em duas vertentes. Primeiramente, no respeito à natureza da somatização em si. O que diferenciaria um processo de somatização da formação de um sintoma, seja ele psíquico ou conversivo? Ou ainda, quando comparados a outros casos ditos “difíceis”, no limite da analisabilidade, uma solução aditiva ou comportamental, pela via da passagem ao ato? Ou, ainda, do delírio na psicose? Propomo-nos a pesquisar o que caracterizaria as modalidades de desorganização e desinvestimento presentes na clínica dos pacientes somatizadores. No nosso entendimento, existem diferentes tipos de desinvestimento, de desobjetalização, de negatividade psíquica e de ação da pulsão de morte. Na linguagem do poema que apresentamos, essa dimensão corresponde ao “vazio” que está contido na “dor”.

Na sequência dessas primeiras indagações, resgatamos uma das críticas colocadas por Assoun (1997/2015). Para o autor, o corpo teórico da psicossomática se afastou da própria concepção freudiana de inconsciente, uma vez que uma teoria que promove tamanha ênfase ao distúrbio somático abordado pelo campo médico, ao psíquico desqualificado ou ao não-psíquico implicaria no “empobrecimento da metapsicologia” (p. 9, tradução nossa). Por mais que compartilhem de algumas de suas discordâncias, acreditamos que outras estejam muito fortemente (quase que exclusivamente) referidas à teoria de Marty, desconsiderando os avanços mais recentes da Escola Psicossomática de Paris. De todo modo, optamos por enfatizar a clínica das somatizações, justamente porque apostamos que ela nos possibilitaria avançar nas formulações metapsicológicas freudianas, particularmente no estudo das pulsões.

Isso nos leva à segunda vertente extraída da pergunta colocada anteriormente, correlativa ao trabalho clínico com pacientes somatizadores. Ainda defendendo a nossa inclinação em acreditar que o estudo da psicossomática possa ser útil para as cogitações de qualquer psicanalista, assinalamos o nosso entendimento de que o trabalho clínico da psicossomática parece ser um terreno fértil para a investigação da ação das pulsões no trabalho analítico, mobilizando-o e alterando-o. Recorremos à noção de enquadre analítico, conforme concebida por André Green, que o entende como local da transferência, atraindo e criando investimentos significativos (GREEN, 1995; 2007c). Green (2002/2005) enumera algumas das condições básicas para que uma análise possa ocorrer, associando o analista a um “guardião” do enquadre, responsável pelas eventuais adaptações de seus elementos variáveis - como o dispositivo utilizado (divã-poltrona ou face a face) e o número de sessões semanais - de acordo com as demandas impostas pelo funcionamento psíquico de cada paciente.

O trabalho psíquico de objetualização e investimento do enquadre dirige-se, por excelência, na direção contrária dos processos de desobjetualização e desinvestimento, que supomos ser característicos do funcionamento psíquico dos pacientes somatizadores. Nossa hipótese é de que o próprio enquadre analítico interfira nos movimentos de intricação e desintricação pulsional, influenciando diretamente as variações de funcionamento psíquico observadas ao longo do processo analítico. No caso dos pacientes somatizadores, essas variações parecem se expressar pela transformação do lugar que a doença somática ocupa na vida do paciente e no seu discurso sobre ela em análise, por exemplo. Dessa maneira, não vislumbramos a possibilidade de dissociar o estudo das formulações metapsicológicas do trabalho clínico e do estudo do enquadre analítico.

Aqui, colocamos a pergunta principal do nosso trabalho de pesquisa, que irá norteá-lo: quais seriam as especificidades da destrutividade no processo de somatização e o papel do enquadre analítico no trabalho clínico com pacientes somatizadores? Nossa hipótese é que, para os pacientes somatizadores, talvez haja alguma especificidade no tipo de desinvestimento que atinge, além do

funcionamento psíquico, o corpo somático. Na esfera clínica, suspeitamos que o enquadre analítico promova a reintricação pulsional necessária para que um novo investimento, ou objetualização do psiquismo, levem a uma reorganização posterior ao desencadeamento de um processo de somatização. Também supomos que o masoquismo erógeno (FREUD, 1924b/2016), ou masoquismo guardião da vida (ROSENBERG, 1991/2003), sirva como um fio condutor para essas duas dimensões: sua insuficiência favoreceria a ação da destrutividade e da função desobjetalizante, enquanto o enquadre analítico ofereceria suporte para o seu fortalecimento.

Para avançar nas nossas hipóteses, não nos manteremos restritos ao corpo teórico tradicional da psicossomática psicanalítica francesa. Acreditamos que a discussão contemporânea da psicossomática possa ganhar força quando mais incisivamente referida à obra de Freud e colocada em diálogo com autores franceses contemporâneos, não necessariamente experientes no campo da psicossomática. Essa característica é sublinhada por inúmeras produções bibliográficas que oferecem uma visão panorâmica da progressão da psicossomática psicanalítica e de seus primórdios até os dias de hoje (AISENSTEIN; SMADJA, 2003; PRESS, 2017; SZWEC, 2017). Por conta disso, além da teoria pioneira de Pierre Marty, apoiaremos-nos nos desenvolvimentos de psicossomaticistas da segunda geração, como Claude Smadja, Marília Aisenstein, Gérard Szvec e Christian Delourmel, os quais trabalham os conceitos de Marty em uma perspectiva essencialmente freudiana.

Recuperaremos também o questionamento quanto à semelhança entre a clínica da psicossomática e os demais eixos daquilo que se nomeia “clínica contemporânea”, ou, nas nossas palavras, clínica da destrutividade. Na companhia de um caso clínico de uma paciente somatizadora, cujo funcionamento não se restringe à vida operatória, percorreremos momentos distintos de sua análise para apreciar diferentes manifestações de seu funcionamento psíquico. Nossa reflexão tem como ponto de partida discussões recentes da psicanálise francesa, incluindo publicações de autores como André Green, Benno Rosenberg e Bernard Chervet, que se propõem a dialogar diretamente com os psicossomaticistas.

Iniciaremos a dissertação com dois capítulos fundamentalmente teóricos, que têm como objetivo circunscrever o objeto de investigação e introduzir alguns dos conceitos mais importantes para a continuidade da pesquisa: o enquadre analítico e a psicossomática psicanalítica segundo o modelo do IPSO-Paris. Primeiramente, discutiremos as condições básicas para a operacionalidade do enquadre analítico, assim como os pontos de intersecção entre processos intrapsíquicos, relações intersubjetivas e enquadre. Apoiamo-nos nos escritos de Green (1990; 1995; 2002; 2002/2005), que discute amplamente os modos de investimento e de desinvestimento das sessões por parte do paciente, bem como as modificações necessárias desse enquadre por parte do analista, que visariam adaptá-lo ao funcionamento psíquico do paciente em questão. Esse capítulo é crucial, pois apresenta a forma a partir da qual concebemos a situação analítica e os processos operantes no decorrer de uma análise. Em seguida, selecionaremos alguns dos conceitos principais desenvolvidos pelos pioneiros do IPSO-Paris, mais especificamente por Marty. Acrescentaremos também algumas das nossas impressões e críticas quanto a esse modelo. Assim, pretendemos familiarizar o leitor com as terminologias que fundamentam as nossas reflexões próprias.

Na segunda parte da pesquisa, sublinharemos o caso clínico e os desdobramentos das nossas hipóteses relacionadas às problemáticas de pesquisa colocadas na Introdução. Desenhamos os capítulos restantes de acordo com um conceito criado por Claude Smadja (2017): o trabalho de somatização. O terceiro capítulo será pautado naquilo que se relaciona ao primeiro tempo, ou o tempo do desligamento, no trabalho de somatização, permitindo-nos aprofundar as nossas ideias quanto à forma como a destrutividade age nos casos de somatização, principalmente na perspectiva do enquadre analítico. No quarto capítulo, o eixo principal é o segundo tempo do trabalho de somatização, o tempo de reorganização ou reobjetalização. Nosso foco será a investigação do papel do enquadre analítico em promover a reintricação pulsional, favorecendo o surgimento de novos conteúdos na análise dos pacientes somatizadores.

No que se refere à utilização do caso clínico, a nossa opção metodológica é examinar a “situação analítica como *locus* privilegiado de investigação” da

psicanálise (VIOLANTE, 2000, p. 109). E, a partir dela, reunir e revisitar os conceitos que sustentam a prática clínica e os modelos teóricos dos estados limites e psicossomáticos. A pesquisa teórico-clínica proposta se inscreve no que Widlöcher (2007) nomeia de pesquisa clínica em psicanálise, pois a psicanálise não é apenas o objeto de estudo da pesquisa, mas a clínica da transferência passa a ser também o método de investigação a partir do qual a problemática central surge e é abordada. Dentro da perspectiva de Roman (2014), a pesquisa em psicanálise contém, igualmente, uma dimensão implícita do que Widlöcher (2007) chama de pesquisa conceitual, por convocar um trabalho de articulação, desconstrução e reconstrução dos conceitos, “colocando à prova o corpo teórico da psicanálise” e “enriquecendo os saberes do campo psicanalítico” (ROMAN, 2014, p. 17, tradução nossa).

Reiteramos que o caso clínico não tem a função de ilustrar elementos da teoria. Dessa forma, não o vemos como uma vinheta clínica, mas como um suporte para a nossa atividade teorizante, tendo servido, bem como outros casos atendidos, como um disparador para que a problemática fosse levantada e os textos teóricos pudessem ser selecionados. Portanto, a teoria foi solicitada à medida em que foram surgindo impasses no desenvolvimento do pensamento clínico por parte do pesquisador.

I. Para circunscrever o objeto de investigação, parte I: A teorização do enquadre analítico como chave de leitura da dinâmica entre os planos intrapsíquico e intersubjetivo, teórico e clínico

a. Por que “enquadre”?

Utilizaremos este primeiro capítulo para definir a compreensão de enquadre analítico que com a qual trabalharemos ao longo desta dissertação. Isso é necessário, tendo em vista a centralidade que esse conceito ocupa na forma como concebemos a clínica psicanalítica, e, conseqüentemente, as particularidades do trabalho com pacientes somatizadores. Ademais, o conceito de enquadre também nos permite associar as dimensões intrapsíquica e intersubjetiva apreendidas no trabalho analítico, além de elucidar a vinculação existente entre prática clínica e metapsicologia. Para tal, centramos nossa atenção nos desenvolvimentos do psicanalista francês de origem egípcia André Green, cuja produção é contemporânea à dos analistas da primeira geração da Escola Psicossomática de Paris.

Na tradição francesa, o termo enquadre, *cadre*, é preferido à palavra inglesa *setting*, descrito como o conjunto de condições que possibilitam a prática da psicanálise (GREEN, 2002/2005). Trata-se de uma palavra amplamente presente no vocabulário francês corrente, significando “contexto”, “âmbito” ou “meio”, sendo também utilizada para designar a moldura de um quadro, a estrutura de uma bicicleta ou de um leito, um cargo executivo ou um conjunto de oficiais militares (*cadres*). Em todas essas definições, o que aparece em comum é a ideia de algo delimitado por linhas e demarcações, sejam elas concretas ou subjetivas, visíveis ou metafóricas. Esses elementos estão igualmente presentes na concepção psicanalítica de enquadre.

O enquadre analítico é, acima de tudo, o local da transferência (GREEN, 2007c). Green (2010) localiza a invenção da análise justamente na invenção do enquadre analítico. Segundo ele (GREEN, 2007c), haveria uma dupla origem da conceituação do enquadre enquanto tal, que pertence ao campo das formulações pós-freudianas: o *setting* de Winnicott e o enquadre de Bleger.

Nos deteremos à breve exposição de alguns dos aportes de Bleger (1966), que chamaram a atenção para a necessidade de um enquadre constante e consistente, a fim de viabilizar a apreensão do processo que nele se desenvolve. Combinados, o enquadre analítico e o processo constituem a situação analítica. Para o autor argentino, o enquadre “corresponderia às invariáveis de um fenômeno, um método ou uma técnica” (p. 103) e inclui o analista, os fatores espaciais, temporais, técnicos e metodológicos. O enquadre, em suas palavras, funciona como um “não-processo” (p. 103), a moldura dentro da qual o processo está contido, este sendo traduzido pelo conjunto das variáveis analisadas e interpretadas pelo psicanalista. Lendo Green, também identificamos outra possível influência de Bleger (1966): o “problema da ‘ruptura’ ou dos ‘ataques’ ao enquadre” (p. 104), ou do enquadre enquanto depositário do que não pode se expressar no processo analítico. Nesses casos, a questão do enquadre se sobrepõe à do processo, e o próprio enquadre será analisado.

Adicionalmente, sustentamos que o interesse em utilizar a palavra “enquadre” se justifica pela relação que este estabelece com os processos intrapsíquicos da dupla analítica, ligados a outros dois conceitos cunhados por Green: estrutura enquadrante e enquadre interno do analista. O ponto de cruzamento entre intrapsíquico e intersubjetivo também será estudado no subcapítulo 1.c., em que discutiremos sobre o papel do investimento pulsional da dupla analítica na criação e na manutenção do enquadre. Em seguida, mencionaremos algumas das figuras da terceiridade contidas na ideia de enquadre analítico. Destacaremos, por fim, às situações nas quais a função desobjetalizante e o desinvestimento colocam o enquadre em xeque.

b. O enquadre analítico e suas matrizes

Com textos como a célebre conferência proferida em 1974, intitulada “O analista, a simbolização e a ausência no enquadre analítico” (GREEN, 1990), o autor baliza um tipo de atividade teorizante pautada na recontextualização de conceitos clássicos e na criação de novos conceitos visando à tentativa de sustentar uma prática clínica repleta de impasses. Nesse texto, além de apresentar sua concepção dos estados-limites de maneira bastante

esquemática, Green a relaciona diretamente aos limites do estabelecimento do enquadre analítico clássico na prática clínica com determinados pacientes.

Para Green, a função principal do enquadre analítico seria “receber e criar investimentos significativos” (GREEN, 1995, p. 246, tradução nossa). Essa função só é exercida sob determinadas condições e parâmetros, quando há manutenção constante de uma *moldura*³ invisível. Vislumbramos essa moldura ajustável como passível de ser calibrada pelo psicanalista que dela se encarrega. Ao mesmo tempo em que existe certa maleabilidade no manuseio do enquadre por parte do analista, alguns dos elementos que o compõem são inegociáveis. De que forma os ensinamentos de Green nos permitem abarcar as modificações necessárias do enquadre em nossas respectivas inserções profissionais, sem que precisemos negligenciar os pilares fundamentais da prática psicanalítica?

Primeiramente, apontamos que o autor considera que o enquadre analítico seria fundado por sua *matriz ativa* (GREEN, 2002/2005), composta pela dupla dialógica associação livre do paciente/atenção flutuante e neutralidade benevolente do analista. A matriz ativa se relaciona ao “pacto” que, para Freud (1940/2014), sustenta a situação analítica: “sinceridade total [por parte do paciente], em troca de discrição absoluta” (p. 89) por parte do analista, juntamente com o seu conhecimento técnico, que o capacita a interpretar o material contido no discurso do paciente.

Na companhia de muitos de seus colegas franceses⁴, Green (1995; 2010) atribui grande ênfase à regra fundamental, julgada por ele como paradoxal, dado que, de antemão, já se sabe que ela será necessariamente transgredida pelo paciente. “Diga tudo aquilo que lhe vier à mente”? Para que uma análise possa ocorrer, basta que tal orientação seja “suficientemente” (GREEN, 2010) acatada. De todo modo, “toda a análise repousa sobre a capacidade do analisando de aplicar a regra fundamental” (GREEN, 2010, p. 56, tradução nossa) em alguma medida. Na sessão, sob ação da matriz ativa do enquadre, a escuta analítica livremente flutuante do psicanalista complementa a associação livre resultante da interiorização da regra fundamental do lado do paciente, transformando uma

³ Tomamos a palavra “moldura” emprestada de Bleger (1966).

⁴ Citamos como exemplo a publicação coletiva organizada por Chervet e Donnet (2014).

“conversa ordinária em discurso metafórico” (GREEN, 2010, p. 60, tradução nossa).

Entendemos que a manutenção dessa matriz ativa independe do contexto no qual a análise ocorre ou do tipo de paciente atendido. Justamente pois a matriz ativa se apoia majoritariamente no enquadre interno do analista (conceito que explicaremos mais adiante) e na forma como sua escuta analítica se associa a seu pensamento clínico, seja qual for o modo de associatividade (ROUSSILLON, 2009) apresentado pelo paciente. Ou seja, a matriz ativa permite ao analista “permanecer analista” mesmo em contextos diferentes daqueles nos quais Freud respaldou seus ensinamentos. Green acredita que ela talvez seja o marcador que mais aproxime os psicanalistas em seus exercícios clínicos, independentemente das filiações institucionais ou das preferências teóricas (URRBARRI; GREEN, 2013).

O enquadre também se define pelo contrato segundo o qual são definidos os seus *elementos variáveis*⁵ (GREEN, 2002/2005) ou sua *fração variável* (GREEN, 2002). Esses conceitos correspondem à periodicidade das sessões, sua duração, a escolha do dispositivo (face a face, poltrona-divã, análise de crianças, acompanhamento terapêutico, análise grupal, psicodrama psicanalítico), a modalidade de pagamento, etc. É a vertente mais material e literal do pacto estabelecido entre paciente e analista ao qual Freud (1940/2014) se refere. Idealmente, a regulação e a consistência desses elementos variáveis proporcionariam um terreno favorável para o bom funcionamento da matriz ativa. Aqui, vemos que há maior possibilidade de adaptação da moldura segundo as especificidades do funcionamento psíquico do paciente e do contexto sócio-cultural no qual se está inserido (a prática no consultório ou o trabalho em instituição, por exemplo). A precisão da regulação dos elementos variáveis do enquadre se apoia, como veremos no tópico seguinte, no enquadre interno do analista e no seu pensamento clínico.

⁵ O termo “variável” empregado por Green não deve ser confundido com aquilo que Bleger (1966) desenvolve acerca das “invariáveis” do enquadre, sem as quais não se pode investigar as “variáveis” do processo. Aqui, Green fala de elementos que são *variáveis* quando tomado como base o modelo psicanalítico clássico.

Podemos imaginar que os grandes analistas tenham sido convocados a criar molduras inéditas para que suas respectivas práticas clínicas fossem contempladas. Essas alterações aparecem tanto no que tange os elementos variáveis quanto na compreensão do funcionamento da matriz ativa: Ferenczi e os paciente traumatizados, Klein e a análise de crianças, Winnicott e as consultas terapêuticas, Bion e os pacientes psicóticos, Anzieu e Kaës no trabalho com grupos, Lacan e o tempo lógico, Marty e a psicossomática, Green e os estados-limites. No caso de Marty e seus companheiros, veremos como a investigação psicossomática equivale a um enquadre que se torna o ponto de partida para o entendimento do funcionamento psíquico do paciente somatizador.

Acreditamos que a instalação do enquadre seja um processo que ocorre, ao mesmo tempo, explícita e silenciosamente, nos planos consciente, pré-consciente e inconsciente, tanto para o analista quanto para o analisando. O enquadre circunscreve uma cena na qual a transferência poderá advir, inaugurando um novo modo de utilização da linguagem em seus diferentes modos de expressão. Dessa forma, ele engloba o método analítico, permite sua operacionalidade, regula-o e torna a transferência analisável.

c. Estrutura enquadrante, enquadre interno do analista e pensamento clínico

O conceito de estrutura enquadrante é retomado diversas vezes ao longo dos anos (GREEN, 1983; 1995; 2002/2005; 2010; URRIBARRI; GREEN, 2013), ligando-se diretamente a outros conceitos greenianos importantes. Apresentaremos uma versão resumida daquilo que consideramos essencial nesse apanhado de textos e de como isso se associa à clínica. Em linhas gerais, a estrutura enquadrante compõe a matriz da singularidade e do narcisismo primário, é circunscrita a partir da interiorização da alucinação negativa do objeto primário⁶ e promove sustentação para toda e qualquer objetualização subsequente (GREEN, 2002/2005; URRIBARRI; GREEN, 2013).

⁶ Preferimos utilizar “objeto primário” à palavra “mãe”, presente no texto original de Green (2002/2005). O termo objeto primário também é amplamente utilizado pelo autor no mesmo texto.

No desenrolar do processo de separação entre o bebê e o adulto que exerce a função de cuidador⁷, a alucinação negativa “normal” permite um *apagamento* do objeto primário, sem que este desapareça totalmente. Ela constitui uma primeira representação da ausência de representação, a partir da qual a estrutura enquadrante pode se configurar como continente do espaço representativo (GREEN, 1980/1983). Nesse estágio precoce, enquanto o rosto e o sorriso do objeto primário são passíveis de desaparecimento, o que conta “são os traços do enquadramento que representava o contato com seu corpo” (URRIBARRI; GREEN, 2013, p. 52). Na gênese desse processo, Green (URRIBARRI; GREEN, 2013) identifica os traços deixados pelo contato com o corpo do objeto primário como os responsáveis pela instalação de um enquadre (“*cadre*”). Resgatamos a compreensão da palavra “*cadre*” no sentido de moldura, visto que o aspecto da sustentação é importante, como no *handling* e no *holding* winnicottianos.

A alucinação negativa e a edificação da estrutura enquadrante concedem lugar à potencialidade de recorrer à realização alucinatória do desejo (uma alucinação “positiva”), por meio da qual o bebê reinveste a trilha deixada pelos traços de satisfação, fortemente marcados pela corporalidade. Essa estrutura, cujas margens se desenham a partir do *enquadre* fornecido pelo objeto primário, passa a funcionar como um espaço vazio, onde poderão nascer as representações. Daí a fórmula: “o psiquismo seria o efeito da relação de dois corpos, na qual um deles está ausente” (GREEN, 1995, p. 70, tradução nossa).

Desse modo, observamos que o espaço vazio contido pela estrutura enquadrante está intimamente ligado às origens da simbolização. A representação nasce pela ausência da percepção, posto que as primeiras representações não advêm sem que o objeto, que outrora esteve presente, possa se ausentar. A possibilidade de substituir o investimento em um objeto perdido ou ausente, redirecionando-o a outros objetos ou criando objetos novos, também depende da estrutura enquadrante (GREEN, 1995). Para que o objeto

⁷ Green (1980/1983) fala especificamente em “objeto materno” (p. 275).

da pulsão não seja estanque, é imprescindível que exista uma multiplicidade de investimentos potenciais, configurando um trabalho de renovação permanente.

O enquadre interno do analista, por sua vez, é interiorizado por ele ao longo de sua própria análise e da prática clínica com seus pacientes. Esse enquadre interno o auxilia a manter operante o exercício psicanalítico mesmo fora do dispositivo clássico divã-poltrona, preservando seu pensamento clínico em outros contextos que não o da análise clássica (GREEN, 2002).

Quando falamos em pensamento clínico, referimo-nos a um modo particular de pensamento e racionalidade do psicanalista. Um exemplo da manifestação do pensamento clínico diz respeito aos momentos nos quais a leitura de escritos teóricos desperta, no analista, associações e ideias referentes a seus próprios pacientes, inclusive quando não há menção explícita à clínica. Contudo, o pensamento clínico “pode ser apreendido de maneira ótima no espaço-tempo definido pelo enquadre analítico” (GREEN, 2002, p. 27, tradução nossa). Esse pensamento dinâmico e heterogêneo não seria responsável apenas pela escuta das estruturas psicopatológicas, mas pela observação de suas “transformações, positivas ou negativas, espontaneamente ou pelo efeito do tratamento” (URRIBARRI; GREEN, 2013, p. 60, tradução nossa).

Estrutura enquadrante e enquadre interno se inter cruzam no encontro entre o intrapsíquico e o intersubjetivo, diz Green (URRIBARRI; GREEN, 2013). Afinal, a estrutura enquadrante será “reencontrada” *no* enquadre analítico e *graças a ele* (PIRLOT, 2015). Enquanto a estrutura enquadrante garante a singularidade e a diferenciação em relação ao outro, o enquadre interno do analista permite que este esteja aberto justamente “à singularidade *do outro*” (URRIBARRI; GREEN, 2013, p. 73, tradução nossa, grifos nossos), ou seja, aos diferentes modos de associatividade apresentados pelos pacientes. Ele poderá ser, então, impelido a propor um remanejamento dos elementos variáveis do enquadre, desembocando em enquadres provavelmente distintos daquele que experimentou em sua análise pessoal.

Na forma como o compreendemos, o enquadre interno do analista sustenta o pensamento clínico e permite a sua adaptação a diferentes dispositivos. Ele proporciona ao analista a manutenção de sua experiência de

análise pessoal como referência possível, mas não exclusiva. Entendemos que o enquadre interno do analista será, por exemplo, responsável pelo manejo de aspectos técnicos, como a modulação do silêncio do analista e de sua atividade interpretativa, mantendo-se em permanente comunicação com o pensamento clínico (FRANCO; KUPERMANN, 2020).

Esses três conceitos, nos quais variações da palavra “enquadre” estão presentes, reforçam que, na teoria greeniana, o processo que se desdobra em análise é fortemente ligado ao que se passa no plano intrapsíquico. O enquadre analítico depende do enquadre interno do analista e de um mínimo de operacionalidade da estrutura enquadrante no paciente, para que este possa objetivar o enquadre analítico. Continuaremos a temática dos investimentos pulsionais e da sobreposição intrapsíquico/intersubjetivo a seguir.

d. O objeto analítico criado e atravessado pelas pulsões

Green (2002; 2012) não deixa de frisar as implicações da ancoragem somática do psiquismo, produtora de uma força inicialmente dissociada de sentido. Antes de ser representada psiquicamente, a pulsão consiste em excitação somática, e exige trabalho psíquico para estabelecer-se como tal. Ao mesmo tempo em que a força que advém das pulsões pode atribuir movimento aos processos dinâmicos que compõem uma análise (transferência, repetição, compulsão de repetição), ela precisa encontrar um objeto onde possa trilhar suas vias de expressão. A passagem pelo objeto é a condição indispensável para que haja transformação do quantitativo (pressão das moções pulsionais) em qualitativo (produção de sentido e trabalho de representação).

Para Green (1995), a pulsão não é apenas um conceito limite entre o somático e o psíquico, existe também na fronteira entre sujeito e objeto. A intersubjetividade, na lógica greeniana, está presente no coração da atividade pulsional, uma vez que, paradoxalmente, a excitação somática não pode ser transformada em pulsão sem o objeto, e o objeto não pode ser criado sem o investimento pulsional. Na visão de Green (2002), poderíamos identificar tal relação no vínculo primordial entre bebê e objeto primário: o psiquismo do objeto

primário (portanto seu intrapsíquico) é convocado (intersubjetivamente) a apaziguar a tensão causada pelo desamparo do bebê (intrapsíquico).

O próprio modelo do duplo limite (GREEN, 1990; 2002) intersecciona essas duas dimensões. Duas linhas se cruzam: uma delas, horizontal, separa o dentro e o fora, enquanto a outra, vertical, divide consciente e inconsciente. O intrapsíquico está dentro, o intersubjetivo está entre o dentro e o fora. O objeto se localiza no espaço interno entre consciente e inconsciente, e, paralelamente, no exterior, sob a roupagem do sujeito outro.

A indissociabilidade da pulsão e do objeto leva Green (2012) a constatar que o enquadre seria um campo de forças. Para que haja retorno sobre si próprio, é preciso haver um desvio pelo outro (o analista) (GREEN, 2002). O enquadre analítico não reproduziria apenas relações objetais já existentes, mas permitiria a emergência de *novas* relações de objeto. O objeto analítico (GREEN, 1990) surge como um objeto terceiro entre analista e analisando, um novo objeto inserido no espaço potencial da análise. Ora, se ele é, ao mesmo tempo, revelador das pulsões e criado por elas, o objeto analítico que pode advir no enquadre também funciona de suporte para os movimentos pulsionais de ligação e desligamento, investimento e desinvestimento.

Na objetualização (GREEN, 1995) – a qual, conforme vimos anteriormente, depende da estrutura enquadrante -, toda e qualquer estrutura é transformada em objeto, podendo ser investida pelas pulsões de vida. Alguns exemplos de processos psíquicos que adquirem o estatuto de objeto (no que diz respeito à forma como são investidos) são as atividades representativa e de pensamento, a linguagem, os trabalhos do sonho e do luto. Em análise, para haver objeto analítico e transferência, é imprescindível que a objetualização exerça sua função de investimento do enquadre analítico. Inversamente, a desobjetualização (GREEN, 1993) direciona as pulsões de morte ou de destruição às estruturas com caráter objetal, retirando os investimentos destas, atacando o próprio processo de investimento libidinal objetualizante.

Na tentativa de criar recursos teórico-clínicos que englobem o que está em jogo nesse campo de forças, onde os planos intrapsíquico e intersubjetivo são permanentemente tensionados, Green (2002/2005) decompõe a

transferência em duas vertentes: a chamada “dupla transferência”. Uma delas é a transferência sobre o objeto, regida pelos processos primários. É a transferência propriamente dita, no plano intersubjetivo. Na transferência sobre a palavra, os processos secundários intervêm para que eventos psíquicos sejam transformados em discurso, traduzidos em linguagem. Ao mesmo tempo em que esse segundo tipo de transferência ocorre no plano intrapsíquico, a transferência sobre a palavra nunca deixa de possuir uma dimensão intersubjetiva, pois depende do endereçamento a um interlocutor. Sob a tutela do enquadre, a comunicação analítica oriunda da transferência sobre a linguagem a faz ser “falada diferentemente”. Porém, Green (2002/2005) sublinha que o discurso não considera tudo que se passa no plano da transferência sobre o objeto.

Sob a ótica dos conceitos greenianos supramencionados, conjecturamos que seria possível decompor a escuta analítica em duas dimensões, cuja ocorrência é simultânea. A escuta analítica deve comportar recursos para abarcar dois planos considerados por Green (1994): a significação e o sentido. A significação refere-se mais diretamente ao que pode ser apreendido a partir da escuta do significante, da linguagem propriamente dita, campo que relacionamos ao conceito de transferência sobre a palavra. Tudo que a linguagem não comporta seria da ordem do sentido, ou da transferência sobre o objeto. Quando essas duas dimensões são contempladas, leva-se em conta o *movimento* de uma sessão, uma musicalidade ditada pela economia dos afetos e pela expressão da dupla transferência⁸.

Dessa forma, quando falamos em trabalho analítico, as dimensões intrapsíquica e intersubjetiva sempre andam juntas. Em sua sofisticada metapsicologia do enquadre analítico, Green amarra os conceitos que mapeiam o funcionamento do interior do aparelho psíquico à dinâmica das relações de objeto. Sua reflexão elucida quais processos tornariam uma análise possível ou impediriam seu funcionamento.

e. Terceiridade no enquadre analítico

⁸ Encontramos um paralelo com as vertentes “qualitativa” e “quantitativa” da análise indicadas por Ferenczi em sua concepção de neocatarse (KUPERMANN, 2019).

Green também se propõe a catalogar minuciosamente diversas figuras da terceiridade⁹, a nível intrapsíquico e no trabalho analítico. Uma dessas perspectivas corresponde à ideia de objeto analítico, já citado. Ele emerge como um terceiro, formado pelo encontro intersubjetivo dos discursos do analista e do paciente, no “espaço potencial que existe entre os dois, delimitado pelo enquadre que se rompe a cada separação e se reconstrói a cada reunião” (GREEN, 1990, p. 103, tradução nossa). Na sequência, citaremos mais duas figuras da terceiridade, alinhadas àquilo que já discutimos até aqui.

A ideia de dupla transferência comporta uma dimensão paradoxal. Ao mesmo tempo em que o movimento na via regrediente é necessário para o rebaixamento da censura e o respeito à regra fundamental que resultariam na associação livre, o ato de associar livremente não deixa de representar uma modalidade de expressão da realidade psíquica por meio da linguagem, o que implica, necessariamente, em um redirecionamento pela via progrediente. A própria linguagem já tem uma função terceira, reportando-se a um conjunto de códigos compartilhados socialmente. Mas como entender a peculiaridade do uso da linguagem em análise, relacionando-a ao fenômeno da dupla transferência?

Os processos terciários (GREEN, 1995; GREEN, 2002/2005) são encarregados da promoção de ligações fluidas entre os processos primários e os secundários. Eles correspondem a uma das figuras greenianas da terceiridade, justamente por não existirem de maneira autônoma, pois são resultantes do processo que se desenrola graças ao enquadre analítico. Quando pensamos na dupla transferência, difratada entre palavra e objeto, referimo-nos a um investimento transferencial duplo que depende dos processos terciários.

O discurso psicanalítico só é fecundo quando os processos primários e secundários são ligados, desligados e religados em um “vai-e-vem” (2002/2005)¹⁰. Estamos novamente no campo do *movimento* da sessão, mencionado no subcapítulo precedente. Os processos terciários garantem que, no contexto da análise, o pensamento do paciente não deslize nem em direção

⁹ Delourmel (2005) e Coelho Jr. (2015) oferecem uma revisão aprofundada do conceito de terceiridade de Green.

¹⁰ No próximo capítulo, observaremos a semelhança entre a ideia de processos terciários para Green e o lugar que o pré-consciente ocupa para Marty.

ao “esmigalhamento” (pela ausência dos processos secundários) e nem ao “controle racional excessivo” (pela ausência dos processos primários) (GREEN, 1995, p. 151, tradução nossa).

Outra matriz da terceiridade no enquadre analítico se relaciona ao enquadre interno do analista e seu pensamento clínico. Enquanto Winnicott parece preconizar o papel do *setting* em reproduzir os cuidados do objeto primário, Green enfatiza a função terceira exercida pelo próprio enquadre. Ele intervém entre analista e analisando como uma convenção previamente estabelecida à qual ambos estão submetidos (GREEN, 2002). Idealmente, o enquadre conserva a implementação da regra fundamental, a prescrição da neutralidade benevolente do analista e o abandono da sugestão, cumprindo a função de regulação da “inacessibilidade do objeto da transferência, [da] impossibilidade ou [da] interdição de utilizar o analista a fim de satisfazer seus próprios desejos ou de servir àqueles do analista” (GREEN, 2012, p. 23, tradução nossa).

No tocante à terceiridade, podemos teorizar o enquadre analítico como um espaço potencial de criação (objeto analítico, processos terciários, processo de simbolização). Simultaneamente, é atravessado por elementos terceiros que triangulam a relação entre analista e analisando (o outro do objeto, o método analítico, o próprio conceito de enquadre com sua matriz ativa e fração variável).

f. A infiltração da destrutividade no enquadre analítico

Uma vez instalado o enquadre de acordo com o funcionamento psíquico do paciente, estão colocadas as condições para a expressão, a escuta e a interpretação da dinâmica transferencial. Green (2012) chega a se referir ao enquadre como um “laboratório”, que deflagra “de que forma as relações intrapsíquicas e intersubjetivas se enodam” (GREEN, 2012, p. 24, tradução nossa). Indo ao encontro das ideias já apresentadas, podemos pensar que esse laboratório analítico nem sempre experimentações bem-sucedidas. Afinal, o enquadre pode revelar os impasses na construção da estrutura enquadrante do paciente e a toxicidade de suas relações objetais. Green aderiria, com veemência, ao princípio de que sempre deve haver espaço para que se discutam as desilusões da clínica psicanalítica (GREEN, 1994; 2006; 2010).

De forma categórica, ele afirma que, muitas vezes, o fracasso do enquadre clássico seria um reflexo das dificuldades de funcionamento do próprio paciente (URRIBARRI; GREEN, 2013). O dispositivo divã-poltrona, cujo formato tem como inspiração o eixo paradigmático sonho-relato do sonho, deixa de funcionar como um veículo favorável para a promoção de trabalho psíquico no paciente, exigindo um remanejamento dos elementos variáveis do enquadre. Apoiados em Green (1990), identificamos que a via regrediente parece ser sentida como particularmente perigosa nesses casos, e o paciente acaba por tomar os elementos que compõem a matriz ativa do enquadre e sua fração variável como inimigos em potencial. Se nas análises clássicas o enquadre tende a parecer “silencioso”, o trabalho com casos-limites revelou a necessidade de considerar o próprio enquadre como objeto de análise (GREEN, 1990). Aqui, reencontramos muito do que já havia sido salientado por Bleger (1966).

Por mais que essas manifestações ruidosas e ataques ao enquadre não estejam ausentes nas análises clássicas, os casos-limites demandariam um intenso e permanente trabalho psíquico por parte do analista, a fim de mobilizar estratégias para que o enquadre possa ser protegido das frequentes ameaças que pairam sobre ele. Estamos diante de pacientes que exercem uma pressão constante contra o enquadre analítico (GREEN, 1990), pressão que se estende, é claro, ao analista. Para nós, esse tema é crucial, dado que as ideias greenianas acerca dos estados-limites aludem mais à experiência clínica do que às classificações psicopatológicas ou psiquiátricas (GREEN, 1996/1998).

O enquadre “permite, portanto, a manifestação da loucura privada do analisando” (GREEN, 2012, p. 24, tradução nossa). Para Green (1990), *apenas* o enquadre revela a loucura privada, o que ocorre nos momentos em que este parece correr o risco de “rachar, fissurar-se, romper-se” (p. 375, tradução nossa). Não seria possível abordar a loucura privada sem situá-la nos processos que se desenrolam no enquadre analítico, pois não há sentido em avaliar os quadros transferenciais greenianos sem considerar o enquadre no qual estão inseridos.

Um primeiro ponto de tensão localiza-se na economia dos limites que integram o duplo limite (GREEN, 1990). Isso tem como consequência um sentimento avassalador de invasão, seja pela extrapolação dos limites entre as instâncias psíquicas (da primeira e da segunda tópica) ou entre o dentro e o fora.

O paciente nem sempre consegue identificar a origem dessa invasão. A angústia de intrusão e a angústia de abandono, muito pronunciadas nos estados-limites (GREEN, 1996/1998), podem ter caráter igualmente indiferenciado, desvelando a insuficiência da transicionalidade. A dinâmica do enquadre torna essas questões ainda mais evidentes, resultando em prejuízos para a capacidade associativa do paciente. Como consequência, “esses pacientes cortam sua possibilidade de pensamento. A partir do momento em que algo significativo surge, há uma ruptura do vínculo associativo” (GREEN, 2006, p. 125, tradução nossa).

Para nos mantermos na trilha investigativa desses fenômenos, escolhemos adotar a descrição greeniana da posição fóbica central como exemplo. Green (2002) precisa um tipo de funcionamento que conduz a reações terapêuticas negativas agudas, descrevendo-o como uma disposição de base do psiquismo que resulta em uma inibição generalizada do eu, muito observada nos estados-limites. A própria função analítica parece ser contra-investida, evitada, como se houvesse um desejo de escapar do processo investigativo promovido por ela. A referência à fobia se deve à transposição do funcionamento fóbico para o interior do discurso, paralisando o psiquismo, e, conseqüentemente, a capacidade de associar livremente em análise.

Em uma tentativa de atenuar as ameaças internas (e externas) das quais falamos, esse funcionamento serve ao propósito de impedir a revivescência traumática na qual a ligação dessas representações pela associação livre resultaria. A relação entre as constelações traumáticas

é sentida como uma invasão angustiante por forças incontroláveis, na qual o despertar de qualquer um desses traumas entraria em ressonância amplificadora com outro, cuja imagem composta seria impensável, porque esta desencadearia uma violência sem precedentes, dirigida contra o eu do paciente (GREEN, 2002, p. 153, tradução nossa).

Mecanismos dessa natureza já haviam sido estudados em outros momentos, como no caso do branco do pensamento (DONNET; GREEN, 1973)

e do luto branco (GREEN, 1980/1983). Ao final de sua obra, essa discussão é retomada com a definição da síndrome da desertificação psíquica, com ênfase na sua relação com o enquadre. Optamos por incluir uma longa citação:

[Nos casos nos quais] tentamos instalar o enquadre analítico com pacientes que se revelam, na verdade, incapazes de suportá-lo, assistimos a paralisias psíquicas funcionais provocadas pelo efeito traumático exercido sobre a psique quando ela deve deixar-se levar pela associação livre. O paciente sente então um estado de vazio psíquico, um deserto libidinal, com o sentimento de que aquilo que pedimos dele não pode senão remetê-lo a sua vacuidade, a uma angústia ligada ao desamparo, diante de um grande perigo de desorganização (GREEN, 2010, p. 103-104, tradução nossa).

Se é no enquadre que a loucura privada se expressa, indagamos as maneiras a partir das quais ele seria capaz de torná-la menos angustiante e ameaçadora para o paciente. Na perspectiva de Green (1990):

o enquadre não determina apenas as condições de um espaço de trabalho, ele modifica a economia dos limites. O fechamento que ele instaura tensiona, no seu interior, os limites entre analisando e analista. Ele constringe o analisando a reestruturar sua identidade, ameaçada pela intensidade das trocas, e a vigiar constantemente as fronteiras de seu psiquismo contra a invasão interna (pelas pulsões) ou externa (pelo objeto) [...] (GREEN, 1990, p. 344-345, tradução nossa).

Nessas condições, a função do analista seria garantir que o enquadre analítico sobreviva. Green (1990) passa a focalizar a contenção proporcionada *pelo enquadre analítico* e não apenas pela pessoa do analista. Na sua visão, é apenas pela constância desse enquadre que a situação analítica pode ser isolada, impossibilitando a descarga pela qual a força pulsional clama e certificando o paciente de que “esses pensamentos loucos não ultrapassarão os limites do consultório analítico, que a linguagem que ele emprega para veiculá-

los permanece metafórica, que a sessão terá um fim e que outra a sucederá [...]” (GREEN, 1990, p. 100, tradução nossa).

Defendemos que a escuta analítica dos ataques ao enquadre equivaleria ao campo de investigação privilegiado para o estudo da destrutividade em suas formas diversas. A função desobjetalizante em sessão emerge em um determinado contexto, que, por sua vez, só pode existir quando o analista se propõe a, devidamente, introduzir e sustentar o enquadre analítico.

Como resultado do nosso percurso neste capítulo, acreditamos ter demonstrado que, para compreender o que causa impasses no trabalho com os pacientes frequentemente mencionados por Green, é imprescindível que, antes, conheçamos as pré-condições para o trabalho psicanalítico. Com base nos conceitos de matriz ativa e fração variável, verificamos que tais condições não são imutáveis, engessadas ou necessariamente dogmáticas, mas também constatamos que não são completamente aleatórias.

A nosso ver, enquanto analistas, nunca deixamos totalmente de nos reportar ao enquadre analítico clássico. A familiaridade com o enquadre clássico é justamente aquilo que nos permite transgredi-lo enquanto permanecemos psicanalistas. Criamos e jogamos com as derivações do enquadre que vão nos parecendo prementes. O modelo psicanalítico clássico teria uma função de terceiro, por assim dizer, um papel regulatório e de ponto de referência.

O conceito de enquadre analítico é muito mais amplo e abrangente quando deixamos de privilegiar apenas o intrapsíquico ou o intersubjetivo, a pulsão ou o objeto. Green teve o mérito de alçar essa elaboração a um lugar de destaque, com conceitos como os de dupla transferência, processos terciários e estrutura enquadrante. A loucura privada, a posição fóbica central e a síndrome da desertificação psíquica, por exemplo, inscrevem-se em determinado enquadre. Julgamos que, quando mantemos o enquadre analítico como referência principal para a discussão dos estados-limites, “casos difíceis” ou, nos nossos termos, da “clínica da destrutividade”, compreendemos que esses casos seriam “limites” sobretudo pela relação que estabelecem com os enquadramentos intrapsíquicos, intersubjetivos e técnicos. A estrutura enquadrante, os limites entre soma/pulsão/objeto, o duplo limite, os limites ou

limitações do enquadre analítico clássico, as situações limites no enquadre, os casos no limite do analisável.

Essa reflexão se estende, sem dúvidas, ao campo da psicossomática. Na segunda parte da pesquisa, composta pelos capítulos III e IV, estudaremos de quais maneiras o enquadre analítico articula-se como catalisador dos investimentos pulsionais, sofrendo também as consequências do tipo de desinvestimento que acreditamos ser característico dos casos de somatização. Adicionalmente, buscaremos compreender de quais formas o enquadre contribui para que o funcionamento psíquico dos pacientes possa se descolar do pensamento operatório, paradigmático nas descrições de pacientes somatizadores.

II. Para circunscrever o objeto de investigação – Parte II: O modelo teórico-clínico original da psicossomática psicanalítica francesa

a. Por que a psicossomática psicanalítica francesa?

Na França, onde o prestígio pelo trabalho psicanalítico em instituições de saúde pública teve seu auge na segunda metade do século XX, o modelo teórico-clínico da psicossomática psicanalítica, elaborado pelo grupo que se convencionou chamar de “Escola Psicossomática de Paris”, surge como uma estratégia de adaptação do enquadre analítico a um contexto que difere daquele encontrado no trabalho no consultório particular.

Conforme pontuamos na Introdução, essa não seria a única forma possível de conceber a psicossomática por um viés psicanalítico. Contudo, a elegemos pela amplitude de seu sistema teórico e pela vastidão dos registros clínicos dos analistas que a ela pertencem, cujas origens datam do início dos anos 50. Também consideramos interessante o contexto no qual essa teoria foi criada e enriquecida. Ela absorve as influências da tradição freudiana da Sociedade Psicanalítica de Paris (SPP), da multiplicidade de instituições psiquiátricas e de psicoterapia com abordagem psicanalítica (incluindo a Association de Santé Mentale du 13e Arrondissement de Paris e do Centre de Consultations Jean Favreau da SPP) e dos inúmeros aportes teórico-clínicos originais dos psicanalistas ativos no panorama psicanalítico parisiense. O período entre os anos 50 e o início dos anos 2000 foi de intensa produtividade para analistas como Maurice Bouvet, Jacques Lacan, Serge Lebovici, René Diatkine, Jean Laplanche, J.-B. Pontalis, André Green, Piera Aulagnier, Joyce McDougall, Pierre Fédida, Benno Rosenberg, entre outros.

Capitaneado por Pierre Marty, um grupo de psicanalistas do qual também faziam parte Michel Fain, Michel de M'Uzan e Christian David, todos membros da Sociedade Psicanalítica de Paris, produziu uma série de artigos introduzindo novos conceitos teóricos com a finalidade de contemplar uma prática clínica específica e desafiadora. Os autores buscam, inclusive, assinalar que esse modelo não é necessariamente contemporâneo ao período no qual foi proposto, defendendo que ele já estaria presente de forma embrionária na obra Freud. Os

escritos freudianos não apenas ofereceriam subsídios teóricos para o desenvolvimento posterior desse modelo, mas haveria igualmente abertura para identificá-lo no âmbito clínico, como elaborado na leitura psicossomática do caso Dora (MARTY ET AL, 1968).

Apresentaremos alguns dos conceitos que identificamos como sendo imprescindíveis para o entendimento da psicossomática psicanalítica e que estarão presentes na segunda parte da nossa pesquisa.

b. O monismo de Pierre Marty: o psicossoma e os “instintos”

A epistemologia de Marty (1976; 1980) contempla uma unidade somatopsíquica¹¹ que torna corpo somático e psiquismo indissociáveis. Conforme comentamos na Introdução, essa concepção remete à formulação freudiana (FREUD, 1915/2013), segundo a qual a pulsão¹² tem como fonte a excitação originada no corpo somático, excitação que, eventualmente, passa a ser representada psiquicamente. A exigência de trabalho psíquico nasce, portanto, no soma. Na visão de Green (2012), essa ancoragem somática profunda justificaria, por exemplo, a pressão constante de forças que movimentam os processos que observamos em análise, como a transferência, a repetição e a compulsão à repetição. Marty, de M'Uzan e David argumentam que, se o Isso freudiano está enraizado justamente no biológico, os psicanalistas podem “agregar, o tanto quanto for possível, o somático à mesma dinâmica e à mesma energética que aquelas que regem a vida mental” (MARTY ET AL, 1963, p. 1, tradução nossa). A teoria psicossomática à qual nos dedicamos nesta pesquisa não se mantém restrita ao pulsional freudiano, pois, quando falamos em pulsão, já nos situamos no plano psíquico, tendo surgido um *representante psíquico* dessa excitação somática. Passamos a incluir, no nosso estudo, a dimensão da excitação somática em si, sem qualquer nível de representância psíquica [*Psychische-Repräsentanz*].

¹¹ Consideramos mais interessante o termo “continuidade somato-psíquica”, proposto por Rosenberg (1998).

¹² Autores como Smadja (1998) e Aisenstein (2013) defendem que a teoria parisiense da psicossomática estaria presente de forma embrionária na formulação do conceito de pulsão em Freud. As duas teorias pulsionais de Freud seriam suficientes para o diálogo da psicanálise clássica com essa corrente de pensamento, justificando sua pertinência.

Dessa forma, a epistemologia de Marty radicaliza a ideia de uma relação de continuidade entre somático e psíquico, tornando-a peça fundamental de toda a sua teoria. A compreensão dos fenômenos psicossomáticos não seria orientada, na visão de Marty (1990), pela ideia de um “salto” ou de uma transposição do psíquico ao somático em determinados momentos da vida do sujeito, mas de um sistema que permanece sempre imbricado. Estaríamos em um campo que ultrapassa qualquer dualismo entre psique e soma, configurando uma concepção monista, que “integra os fatos psíquicos e os fatos somáticos em uma mesma lógica psicanalítica” (SMADJA, 2019, p. 5, tradução nossa). Ainda com base nesse autor, aprendemos que o ponto de vista econômico da metapsicologia freudiana passa a “englobar toda a cadeia das funções somáticas” (SMADJA, 2019, p. 6, tradução nossa), em permanente continuidade. Dessa forma, “os mesmos fenômenos (fixação, regressão, desorganização) regem o funcionamento do psiquismo e do soma” (PRESS, 2017, p. 551, tradução nossa). Daí a célebre frase de Marty (1952/1998) sublinhada na Introdução, segundo a qual não haveria um “hífen” em psicossomática (*psico-somática*).

A teoria pulsional de Marty também evidencia uma concepção monista. Em um movimento que entendemos como tendo o objetivo de extrapolar o campo do pulsional freudiano, o autor emprega os termos de instinto de vida e instinto de morte. A distinção não é apenas terminológica, pois, quando se pensa em movimentos *individuais* de vida e de morte, título de seu principal livro (MARTY, 1976), descarta-se a ideia de um conjunto de forças em contradição. Diferentemente do dualismo pulsional de Freud, para o qual as pulsões pressionam em direções opostas, apesar de permanecem sempre intrincadas em maior ou menor grau, Marty não entende que os instintos de vida e de morte se expressam simultaneamente e de forma antagônica.

Somente os instintos de vida têm uma força autônoma, formando sistemas cada vez mais complexos e hierarquizados, assim como, para Freud (1940/2014) a pulsão de vida estabelece ligações cada vez maiores. Na perspectiva evolucionista de Marty (1990), a evolução das funções mentais seria a mais tardia e complexa do crescimento humano, não se organizando

definitivamente antes da puberdade. O caminho evolutivo conduziria a uma maior possibilidade de recorrer às representações psíquicas e aos mecanismos de ordem psíquica (a formação de sintomas e o trabalho do sonho, por exemplo) como forma de dar vazão às excitações, não sendo tão necessário recorrer à via somática. Reportamo-nos à frase de Smadja (2009), contida na Introdução, que identifica o funcionamento psíquico como um “protetor” do soma, e também ao seu entendimento de que a doença somática é, muitas vezes, precedida do adoecimento psíquico: “a doença antes da doença” (p. 12, tradução nossa).

Da mesma forma que o desenvolvimento proporciona um percurso evolutivo que avança da excitação somática do corpo à representância psíquica da pulsão, e, posteriormente, à representação de coisa e de palavra, determinados fatores ocasionam um movimento inverso, contra-evolutivo, como eventos com impacto traumático (fatores irregulares) ou o envelhecimento (fatores regulares) (MARTY, 1976). Os instintos de morte não agiriam de maneira autônoma, representando apenas a face negativa dos instintos de vida quando eles falham temporariamente ou duravelmente. O traumatismo corresponde a um evento inassimilável, que ultrapassa as possibilidades evolutivas daquele determinado momento, abrindo margem ao aparecimento dos instintos de morte. Dessa forma, os instintos de vida não realizam sua função de conduzir o sujeito a uma maior integração somato-psíquica. Na vida adulta, quando a possibilidade de responder mentalmente ao acúmulo de excitação já foi conquistada, o par traumatismo-instinto de morte dificulta o recurso a uma resposta mais evoluída (pela via mental).

Ao longo do período de crescimento, a proteção contra os traumatismos e os instintos de morte seria tributária do suporte oferecido pelo objeto primário, o qual, segundo Marty (1976; 1980) exerceria uma “função materna”¹³. Na primeiríssima infância, o objeto primário auxilia na construção da função para-excitatória contra as exigências internas (biológicas e pulsionais) e externas (como estímulos sensoriais). Exercendo o seu papel de revelador das pulsões¹⁴

¹³ Mesmo que Marty (1976; 1980) justifique que pode se tratar de um substituto da mãe, preferimos evitar essa nomenclatura e optamos por falar em termos de objeto primário.

¹⁴ Nos reportamos ao entendimento greeniano da dupla pulsão-objeto, discutida no capítulo anterior.

(nesse caso as pulsões de vida, tanto as de autoconservação quanto as sexuais), o objeto primário influencia diretamente na progressão do movimento evolutivo rumo às funções mentais e à psicosexualidade. A economia psicossomática será diretamente influenciada pelo objeto primário e a sua função “materna”, o que se deve à “*qualidade de investimento do corpo* e dos sistemas funcionais somáticos da criança (alimentar, de excreção, respiratória, do sonho) [...]” (TABACOF, 2010, p. 3, tradução nossa, grifos da autora). Marty (1980) também aborda um suposto “instinto materno”, que parece ser menos aplicável ao nosso modelo de pensamento.

Ainda a respeito das contribuições dos autores pioneiros da psicossomática para o entendimento da relação precoce com o objeto primário que conduz ao movimento evolutivo, citaremos rapidamente os trabalhos de Michel Fain (FAIN, 1971) e Denise Braunschweig (FAIN; BRAUNSCHWEIG, 1975). Os autores enfatizam a importância do *desinvestimento* do bebê pelo objeto primário (para eles, a mãe) no momento de dormir, permitindo-lhe direcionar seu investimento a outros objetos fonte de prazer (o pai)¹⁵, graças ao que chamam de censura da amante. Isso institui uma triangulação precoce, importante para a regulação das excitações pela via mental, como no caso da realização alucinatória do desejo, da fantasia e do sonho. Citando Tabacof (2010), psicanalista e psicossomática brasileira radicada na França,

a *libidinização do sono* do bebê pela mãe é apontada por esses autores como sendo a etapa inaugural dos processos alucinatórios e de abertura à vida fantasmática e onírica do pequeno. O investimento tenro materno, advindo de sua pulsão sexual inibida quanto à meta, garante à criança o rebaixamento do tônus corporal e a integração progressiva do autoerotismo, dando a ele acesso às satisfações passivas, correlacionadas a uma busca fantasmática de satisfações vindas de um objeto ativo, ao qual ele se identifica para “dar prazer a si próprio” (p. 6, tradução nossa, grifos da autora).

¹⁵ Os autores insistem que a mãe deve poder voltar a ser amante do pai à noite. Para nós, parece evidente que o objeto terceiro, fonte de prazer para o objeto primário, não deveria corresponder a algo específico (a relação sexual) ou a alguém de um determinado gênero (o pai).

A discussão do pensamento operatório no subcapítulo seguinte evidenciará a importância, ao longo do processo evolutivo, da conquista da possibilidade de recorrer à vida fantasmática e onírica, protegendo o sujeito dos movimentos contra-evolutivos que, por vezes, estão na origem de processos de somatização.

c. A investigação psicossomática: apreciação da mentalização e da estrutura psicossomática

No livro *A investigação psicossomática* (MARTY ET AL, 1963), um dos escritos primordiais dessa corrente de pensamento, é colocado como objetivo o estudo de “formas de vida”, que, segundo os autores, permaneceriam “pouco exploradas” (p. 1963, p. 3, tradução nossa) a despeito do interesse que poderiam suscitar. Desde o início, portanto, é evidente a intenção do grupo em acessar um novo campo da psicopatologia psicanalítica, trazendo aportes originais e um edifício teórico próprio. Ao final de sua vida, Marty (1990) chega, até mesmo, a alertar os eventuais riscos do trabalho com um paciente somatizador em desorganização progressiva por parte de um psicanalista sem familiaridade com a teoria da psicossomática, o que acreditamos apontar para sua ambição em oferecer uma contribuição inédita e fundamental à psicanálise.

Esse novo corpo teórico está intimamente entrelaçado à natureza dos encontros clínicos com os pacientes com queixas somáticas no contexto institucional, nos serviços médicos onde esses eram recebidos, e, mais tarde, no Instituto de Psicossomática Pierre Marty ou IPSO-Paris. O objetivo dos autores é “fornecer um instrumento técnico verdadeiramente apropriado às exigências da investigação. Esse instrumento representa o próprio fundamento do edifício conceitual” da psicossomática (MARTY ET AL, 1963, p. 11, tradução nossa). Relembramos aqui a concepção greeniana de enquadre analítico, pois interpretamos que as particularidades do funcionamento psíquico desses pacientes só puderam ser apreendidas dentro de um enquadre específico (o da investigação psicossomática, no caso). A construção teórica acompanha, portanto, a dinâmica da situação clínica.

Os autores defendem que a investigação psicossomática não deixa de ser uma entrevista psicanalítica, mas com adaptações. No plano da escuta analítica da associação livre suscitada pela regra fundamental, conceitos discutidos no capítulo anterior, deveria existir, por exemplo, a possibilidade de integrar a apreensão das “atividades sensório-motoras (mímicas, manifestações gestuais, agitação, tremores, contraturas, etc.), [as] manifestações álgicas e, de maneira geral, [as] diversas expressões somato-funcionais eventuais” (MARTY ET AL, 1963, p. 6) manifestadas durante o encontro com o analista. No tocante ao analista-investigador, a escuta dessas manifestações abriria margem ao manejo da situação, a fim de reduzir o efeito eventualmente traumático e desconcertante (MARTY ET AL, 1963), ou sobre-excitante, desencadeado pela emergência do conteúdo suscitado pelas associações do paciente.

A proposta dos pioneiros do IPSO é avaliar, sobretudo, o funcionamento psíquico ou funcionamento mental do paciente, não classificando-o pela sua doença somática. A apreciação do funcionamento mental auxilia o entendimento das organizações defensivas, ou, inversamente, das circunstâncias favoráveis ao aparecimento de uma doença somática. Um dos indicadores desse funcionamento seria a mentalização. A boa mentalização depende da multiplicidade, da disponibilidade e da qualidade das representações inconscientes. Outro indicador, mencionado de maneira incisiva por Marty em 1980, é a regularidade da patologia *mental*, seja de ordem neurótica ou psicótica. Entendemos que isso corresponde ao quão “prontamente” são acessados os mecanismos de ordem mental diante de uma situação na qual há acúmulo de excitação ou angústia, como as produções delirantes na psicose ou a referências aos significantes fálicos na neurose.

Marty dirige muita atenção ao funcionamento da primeira tópica freudiana. A circulação entre os processos primários e secundários – a qual, no enquadre analítico, seria garantida pelos processos terciários¹⁶ – depende da operacionalidade do pré-consciente, uma “dobradiça muitas vezes frágil” (MARTY, 1976, p. 91, tradução nossa) ou insuficiente. Comparado por Freud (1900/2010) a uma “tela” (p. 670, tradução nossa), o pré-consciente tem como

¹⁶ Conforme observado no capítulo II.e.

função, segundo Fine (1994), hierarquizar as percepções e “mediatizar o impacto das excitações” (p. 41, tradução nossa). Em uma sessão de análise, a boa mentalização pode ser verificada de acordo com a riqueza do discurso associativo do paciente, graças à ligação das representações de coisa inconscientes às representações de palavra no pré-consciente.

No caso da má mentalização, ou desmentalização, por outro lado, a organização da primeira tópica corresponderia, na visão de Marty (1976), à “engrenagem central, deteriorada, da máquina mental” (p. 93, tradução nossa). O analista se depara com um diálogo que precisa ser “nutrido e reanimado”: um discurso “empobrecido” e “precário”, levando a uma “inércia que ameaça o prosseguimento da investigação praticamente a todo momento” (MARTY ET AL, 1963, p. 10, tradução nossa). Ele se apossa do pensamento operatório, que clinicamente se traduz por sessões preenchidas por um discurso mecânico, pobre em metáforas, restrito a descrições factuais, fortemente ancoradas no sistema perceptivo e desprovidas de um colorido afetivo. Esse discurso tem como foco, com frequência, a doença somática e o seu respectivo tratamento médico. Na descrição feita por Marty e de M’Uzan (1963), as dimensões fantasmática e onírica não seriam facilmente apreciáveis no pensamento operatório, havendo também uma restrição no espaço temporal onde localizam-se os eventos aos quais o paciente se refere: “o paciente está presente, mas vazio” (p. 346, tradução nossa, grifo nosso).

A título de exemplo, gostaríamos de mencionar uma estratégia utilizada pela psicanalista Cristiane Curi Abud durante as investigações psicossomáticas. Nas entrevistas com pacientes cujo discurso é permeado por diversas queixas somáticas e relatos de tratamentos médicos e medicamentosos, Abud muitas vezes intervém com a seguinte questão: “E como vai o coração?” (informação pessoal)¹⁷. Ela relata que pacientes operatórios raramente apreendem a possível dimensão metafórica da pergunta, tomando o significante “coração” em sua literalidade e descrevendo a sua última visita ao cardiologista. Isso apenas ilustra

¹⁷ Informação pessoal em discussões clínicas e supervisões ao longo dos anos de 2018 e 2019. Dessa autora, sugerimos a leitura do texto “Simbolização na clínica psicossomática” (ABUD, 2020).

o quão forte é a adesão ao pensamento operatório em um determinado momento da vida (e ao longo de uma entrevista ou sessão de análise) distancia o sujeito dos afetos que eventualmente estariam ligados às representações. A dimensão simbólica pode não ter sido forcluída, mas o pré-consciente não parece apresentar espessura suficiente para promover o trânsito fluido entre processos primário e secundário¹⁸.

Na lógica de Marty (1976; 1980), a mentalização também não necessariamente coincide com um quadro nosográfico específico. Para ele, a estrutura da personalidade é designada a partir de parâmetros relativamente estáveis da organização mental, que caracterizam os “sistemas eletivos da vida interior ou relacional de cada um, sistemas em grande parte advindos das fixações genéticas do período de crescimento” (MARTY, 1976, p. 95, tradução nossa). Isso define as modalidades de investimento e contra-investimento, a possibilidade, ou não, de recorrer a soluções sublimatórias ou perversas, e, em especial, os mecanismos de reação ao impacto traumático.

Quando um evento é assimilado inconscientemente sob a forma de afetos, que se ligam aos instintos, a estrutura será um dos fatores decisivos para a “escolha” da resposta a ser utilizada. Isso leva a uma variedade de respostas possíveis, que podem coexistir e nem sempre correspondem a atividades mentais organizadas. Marty cita algumas delas:

“atividades do processo primário; representações a nível do pré-consciente, seguidas ou não de elaborações mentais ou de recalçamento, reações de caráter ou comportamento [...]; movimentos somáticos [...]; manifestações silenciosas de desorganizações, seguidas ou não de desordens somáticas [...]” (MARTY, 1976, p. 90, tradução nossa).

¹⁸ Compreendemos que esse exemplo talvez possa ser rapidamente associado à estrutura psicótica, na qual o simbólico é forcluído. Nesta pesquisa, porém, apresentaremos pacientes que não escutamos como sendo psicóticos e buscaremos demonstrar o quanto o pensamento operatório pode abrir espaço a um pensamento rico em metáforas e fantasias ao longo do trabalho analítico.

O pensamento operatório não seria observado exclusivamente em pacientes somatizadores, tampouco em todos os casos nos quais aparecem somatizações, que podem apresentar diversos tipos de funcionamento psíquico (MARTY, 1990). Visto que a economia psicossomática está presente em todo sujeito, os movimentos contra-evolutivos, o recurso ao pensamento operatório e o surgimento de somatizações podem acometer até mesmo as chamadas neuroses mentais (MARTY, 1976), correspondentes à neurose obsessiva e histérica clássicas. Isso pode ocorrer pela ação regular do envelhecimento ou irregular dos múltiplos traumatismos, que podem atingir o sujeito e paralisar suas capacidades psíquicas mais “evoluídas”, como a elaboração das experiências da vigília por meio da atividade onírica. De todo modo, as neuroses mentais supostamente estariam mais protegidas dos grandes movimentos contra-evolutivos.

Existiria um amplo espectro psicossomático (MARTY ET AL., 1963) que abrange casos mais “mergulhados na somaticidade” até pacientes mais “próximos de certos neuróticos [mentais] e certas psicoses” (p. 10, tradução nossa), não muito distantes daquilo que é descrito na teoria psicanalítica clássica. Não obstante, “uma grande parte das doenças somáticas se relaciona com Eus carentes, frágeis ou desorganizados” (MARTY, 1976, p. 93, tradução nossa), sendo as neuroses de caráter e as neuroses de comportamentos as “presas designadas das doenças somáticas” (p. 98, tradução nossa), para as quais as fixações mentais seriam menos sólidas que as fixações a nível somático.

A despeito da importância que possuem para Marty e para os psicossomáticos da Escola de Paris, as categorias de neurose de comportamento e de neurose de caráter não atraem particularmente a nossa atenção. Diríamos, até mesmo, que as descrições desses quadros nosográficos ou “estruturas” não seriam facilmente assimiladas por nosso sistema teórico de referência. Por não estarem incluídas no nosso pensamento clínico habitual, não as focalizaremos nesta pesquisa, contentaremos-nos em apresentá-las apenas superficialmente.

O neurótico de caráter se aproximaria, segundo alguns autores (FINE, 1994), daquilo que psicanalistas franceses, entre os quais Green (1990), descrevem como estados-limites. Apesar da eventual possibilidade de elaboração pela via psíquica e sintomática, predominante nas neuroses mentais, os conflitos e traumatismos solicitam com frequência as vias caraterial ou comportamental, principalmente quando o movimento contra-evolutivo conduz ao apagamento, mesmo que provisório, de funções mentais. Reunimos aqui algumas das características das neuroses de caráter presentes na literatura (NEYRAUT 1969/2014; MARTY 1976; 1980): sistemas de contra-investimento e de formações reativas de grande rigidez, sobrepondo-se a sintomas neuróticos nitidamente isoláveis; generalização e racionalização como forma de resposta aos núcleos conflitivos; fragilidade do narcisismo primário; Supereu com “autenticidade discutível” (MARTY, 1976, p. 107, tradução nossa). Temos dificuldade em assimilar a operacionalidade clínica desse conceito e de encontrar descrições uniformes da sintomatologia e da configuração transferencial própria aos casos de neurose de caráter. A ausência de sentido preciso na utilização desse termo também é denunciada por Laplanche e Pontalis (2012)

A neurose de comportamento (MARTY, 1976; 1980; FAIN, 1994) seria ainda mais suscetível ao impacto traumático, respondendo quase que imediatamente pela desorganização progressiva e pela instalação do conjunto composto por vida operatória e depressão essencial. Sua modalidade de funcionamento mental atesta uma inorganização precoce, ou insuficiência de organização, o que a torna carente de sintomatologia mental, traços de caráter e fixações que contribuiriam para as reorganizações por uma via regressiva. Algumas das características apontadas na literatura nos parecem particularmente incompatíveis com o emprego do termo “neurose”: a ausência de trabalho de luto e a impossibilidade de constituir um Supereu edípico. A relação com os objetos permaneceria restrita à dimensão “exterior, métrica e geográfica” (MARTY, 1976, p. 106, tradução nossa), testemunhando uma incapacidade de interiorizar as relações objetais. Nas descrições teóricas e clínicas (AISENSTEIN, 1996) da neurose de comportamento, temos a impressão de nos situarmos no campo das estruturas francamente psicóticas.

De todo modo, Marty tem a intenção de destacar que alguns tipos de estruturação psíquica (no caso as neuroses de caráter e as neuroses de comportamento) são mais suscetíveis ao desenvolvimento de somatizações do que outros (as neuroses mentais). Nesses casos, muitas vezes a resposta ao impacto traumático ou ao núcleo conflitivo decorre da representação da formação sintomática, desencadeando um mecanismo que enxergamos como próximo das neuroses atuais, discutidas na Introdução desta pesquisa.

d. Os processos de somatização: regressão somática e desorganização progressiva

O conceito de processo de somatização nos parece ser um dos mais importantes no corpo teórico da psicossomática, sobretudo pela sua relevância clínica. Ele constitui um processo desencadeado pelo impacto traumático em determinado momento da vida do sujeito, barrando a via evolutiva e concebendo margem aos instintos de morte e ao movimento contra-evolutivo. Na metapsicologia freudiana, podemos pensar na desintração pulsional como o resultado do impacto traumático que transborda o psiquismo do sujeito com uma excitação que rompe a barreira para-excitatória, eliminando brechas para ativação da angústia sinal e paralisando os mecanismos psíquicos responsáveis pelo trabalho representativo. A intensidade do impacto traumático, a profundidade das feridas narcísicas, a estrutura psicossomática do sujeito e a qualidade de sua mentalização são alguns dos fatores que afetam o direcionamento do processo de somatização. Há, portanto, dois caminhos possíveis: reorganizar-se regressivamente ou desorganizar-se progressivamente (MARTY, 1980).

Quando há maior capital libidinal no Eu, menor profundidade das feridas narcísicas e melhor mentalização, ou seja, uma maior apropriação de representações psíquicas, o instinto de morte é acompanhado por uma regressão, que só é interrompida quando encontra fixações, restos de libido narcísica hiperinvestida no soma. São as regressões somáticas, que desencadeiam doenças de caráter benigno e defensivo, reversíveis, normalmente sob a forma de crises. O tempo de desenvolvimento de somatização costuma ser mais curto, e as regressões têm caráter pontual

(mesmo que ocorram repetidamente), representando um momento específico no qual não há reação no plano psíquico. Devido à irregularidade do funcionamento mental (MARTY, 1976) de todo sujeito, esse tipo de reação pode ocorrer em qualquer estrutura psíquica, mesmo que algumas costumem ser menos afetadas por ela. Empregando termos da metapsicologia freudiana, Smadja (2001) considera que, nesse caso, as possibilidades de ligação das representações no plano pré-consciente ficam inviabilizadas pela perda passageira da libido narcísica, engendrada pela ativação de uma ferida narcísica antiga.

Ao longo da obra de Freud, são identificados diferentes tipos de fixação: as fixações que ocorrem ao longo das fases de desenvolvimento da libido (FREUD, 1905/2006), a fixação ao recalque originário (FREUD, 1911/2010; 1915/2010) ou a fixação ao trauma (FREUD, 1920/2010). Para Freud, as fixações se associam à rota pela qual dirige-se uma regressão ou repetição, como na busca, durante a vida adulta, por reproduzir algum tipo de prazer sexual infantil decorrente da fixação em alguma das fases da libido, no recalque que usa como protótipo o recalque originário e na compulsão à repetição desencadeada pela fixação ao traumático. A dupla fixação-regressão será concebida por Marty (1976) de uma forma diferente, que ele acredita ultrapassar o terreno das fixações de ordem psíquica, pois contempla fixações mais arcaicas, enraizadas no somático. Essas fixações perpassam o processo evolutivo como um todo, incluindo as fixações filogenéticas, hereditárias e ontogenéticas e os traços mnésicos inconscientes.

De maneira paralela, independente, como consequência de uma regressão somática ou antecedendo-a, o desligamento psicossomático, ou desorganização progressiva, coincide comumente com a manifestação de doenças graves, malignas, potencialmente letais. O movimento de desorganização se estende ampla, contínua e silenciosamente, por longos períodos. A angústia sinal de alarme, em resposta ao impacto traumático, arquitecta lugar a um estado de angústia permanente que é, então, neutralizado juntamente aos demais afetos, sob a forma da instalação da vida operatória. A vida operatória é acompanhada do par depressão essencial/pensamento operatório, testemunha da desorganização psíquica.

A dimensão operatória passa a se estender a todas as áreas da vida do sujeito. A sintomatologia psíquica positiva parece estar ausente, abrindo espaço a um tipo específico de depressão, muito pouco ruidosa, por isso chamada de “essencial”. Os sujeitos em processo de desorganização progressiva muitas vezes seguem executando as tarefas cotidianas de maneira satisfatória, não apresentando grandes queixas, sentimento de culpabilidade, autoacusações ou depreciação. Os afetos foram congelados, suprimidos e isolados das representações. Descrevendo quadros clínicos semelhantes, Minerbo (2020) chega à noção de “depressão sem tristeza”. O risco da desorganização progressiva acompanhada da depressão essencial e da vida operatória está alojado exatamente na ausência de sinais que chamem a atenção do sujeito ou de seu entorno, porque o movimento contra-evolutivo atinge um grau de amplitude muito maior, não encontrando fixações sólidas que viabilizariam a reorganização. Lembramos do caráter silencioso que a pulsão de morte desintricada tem para Freud (1920/2010).

No decorrer da investigação psicossomática, muitas vezes é possível encontrar pistas que apontam para a coincidência entre um núcleo conflitual, e/ou um evento com impacto traumático, e o desencadeamento de um processo de somatização. No contexto institucional, como no caso de serviços dedicados especificamente ao trabalho com pacientes somatizadores¹⁹, a identificação de um eventual processo de somatização, seja pelo conteúdo do discurso do paciente, seja pelo tipo de funcionamento psíquico apreendido na relação com o investigador, auxilia na triagem dos pacientes e na direção do tratamento. O analista investigador pode, então, identificar o dispositivo clínico mais adequado para o prosseguimento do trabalho: trabalho individual divã-poltrona ou face-a-face, trabalho em grupos de palavra, de fotolinguagem, de psicodrama.

O material coletado nas investigações frequentemente aponta para um núcleo conflitual ou traumático ligado a perdas de objeto (separações, rupturas, falecimentos), projetos pessoais fracassados, acidentes, conflitos no ambiente de trabalho e eventuais demissões, situações intersubjetivas permeadas pela raiva, agressividade ou violência. Os processos de somatização geralmente não

¹⁹ Na cidade de São Paulo, citamos o exemplo do PAES-NAPPED na UNIFESP/Hospital São Paulo e o Soma no Hospital das Clínicas. Em Paris, o IPSO-Paris.

estão em curso na ocasião em que o paciente procura o atendimento médico, terapêutico ou psicanalítico, podendo apenas ser reconstruído pelo analista *après coup*, a partir de sua escuta analítica, da análise da dinâmica transferencial e de seu pensamento clínico. Obviamente, não se trata de examinar acontecimentos da realidade material na sua literalidade e nem de forçar relações de causa e efeito por um viés racional, o que seria incompatível com o método psicanalítico. O objetivo é exercitar o pensamento clínico para investigar como o paciente se relaciona com os objetos e como reage às situações traumáticas e conflitivas, para que, dessa forma, o enquadre analítico possa ser adaptado ao seu funcionamento psíquico.

e. Comentários e direcionamento da segunda parte da pesquisa

Mesmo que a psicossomática tenha sido posteriormente reinterpretada (com um pensamento distinto) por alguns dos frequentadores dos seminários de Marty, como Joyce McDougall (1989/2003) e Christophe Dejours (2019a; 2019b), nosso objeto de estudos permanecerá sendo o modelo inicialmente proposto pelos fundadores do IPSO-Paris e continuado por seus sucessores mais próximos, assim como os debates estabelecidos com outros psicanalistas franceses. Alguns dos conceitos centrais criados por esses autores, como o de pensamento operatório e de mentalização, foram incorporados ao vocabulário dos psicanalistas franceses²⁰, inclusive daqueles que não se dedicam à psicossomática, conforme pontuado por Smadja (1998).

Marty (1990) argumenta que, por mais que a sua teoria psicossomática possa parecer estagnante para aqueles que a associam exclusivamente ao estudo do pensamento operatório, ela na verdade constitui um campo de pesquisa que progride constantemente. A psicossomática pode suscitar o interesse dos psicanalistas a propor ideias como: a economia individual psicossomática que extrapola apenas o plano psíquico; a intricação entre psiquismo e somático, que modifica a forma de conceber a somatização; o conceito de processo de somatização; a ênfase atribuída fenômenos de fixação e regressão, extrapolando também o plano psíquico; a ideia de uma

²⁰ Mais especificamente no que se refere aos analistas da Sociedade Psicanalítica de Paris (*Société Psychanalytique de Paris – SPP*), visto que a maioria dos analistas membros do IPSO-Paris também faz parte desta instituição.

desorganização progressiva, que ataca as funções psíquicas, e, em seguida, as somáticas; o lugar de destaque ocupado pelo pré-consciente; a contribuição do conceito de depressão essencial ao estudo das depressões; e os diversos aportes técnicos.

Apesar de estarmos longe de negligenciar a validade de muitas de suas proposições, também acreditamos que sua teoria precise ser reinterpretada para que possa atrair o interesse de uma gama mais ampla de analistas. Primeiramente, a linguagem empregada por Marty (1976, 1980) em seus livros é inusual e de difícil acesso para leitores não familiarizados com o campo. A leitura dificultosa de sua produção nos ajuda a entender algumas das críticas de Assoun (1997/2015), levantadas na Introdução deste trabalho. A primeira limitação metapsicológica de seu sistema teórico seria a concepção pulsional monista e a opção por não se debruçar na segunda teoria das pulsões freudiana, que passa a ser substituída pelos instintos de vida e de morte. Outra questão diria respeito à ausência de referência aprofundada à segunda tópica freudiana. Nas palavras do próprio Marty (1981/2001), o segundo modelo topográfico do psiquismo “apenas interessaria a psicossomática enquanto lugar de incompletude ou de fragilidade estrutural” (p. 163, tradução nossa).

Identificamos a articulação entre o ponto de vista psicossomático de Marty e a teorização desenvolvida por Freud a partir de 1920 como um exercício de grande valor para o enriquecimento da metapsicologia freudiana. Isso nos levará, na segunda parte da nossa pesquisa, a buscar apoio na releitura que a segunda geração de analistas²¹ da Escola de Paris faz dos textos de Marty. Consideramos Claude Smadja, possivelmente o principal discípulo de Marty e maior representante da psicossomática psicanalítica na atualidade, como um dos principais responsáveis pelo trabalho minucioso de buscar respaldar toda a teoria psicossomática de Marty na gramática freudiana, o que é evidenciado em seus dois livros (SMADJA, 2001; 2008)²². Ele crê que obra de Marty não se

²¹ Fomos particularmente influenciados pelos seminários ministrados por Claude Smadja, Gérard Szweg, Marília Aisenstein, Christian Delourmel, Félicie Nayrou, Christine Jean-Strochlic, Diana Tabacof, Diran Donabédian, Phillippe Jaeger, Dominique Cupa e Robert Asséo, no IPSO-Paris e na SPP, entre os anos de 2016 e 2017.

²² Marília Aisenstein é outra analista da mesma geração que também realiza um trabalho parecido em seus escritos, os quais foram, inclusive, mais difundidos internacionalmente pelo fato dessa autora ter publicado inúmeros artigos em inglês e um livro (AISENSTEIN, 2019) em

reporta suficientemente à linguagem psicanalítica freudiana²³, defendendo, entretanto, que essa característica não necessariamente se aplicaria ao seu ensino oral ou ao seu exercício clínico como um todo (SMADJA, 1998).

Outra de nossas discordâncias tem origem no aparecimento recorrente de palavras como “deterioração” ou “déficit” para descrever a “baixa qualidade” do funcionamento mental dos pacientes somatizadores, que Press (2017) acredita corresponder a uma leitura contratransferencialmente defensiva. A compreensão das dimensões transferencial e contratransferencial ficaria comprometida quando restritos a esse modelo. O autor (PRESS, 2017) também cita a obra de Green como uma ferramenta para conceber formas extremas de negatividade sem recorrer, necessariamente, à ideia de que esses processos são consequência de algum tipo de “déficit” ou “insuficiência”²⁴.

Por fim, compartilhamos a nossa impressão de que uma leitura institucional e histórica dos conceitos desenvolvidos no IPSO-Paris revela uma teoria respaldada por uma prática clínica específica. Os pacientes são encaminhados ao IPSO por médicos de outros serviços de saúde pública da região, compondo uma clientela de pacientes que, por vezes, apresentam um perfil muito semelhante²⁵. Logo, não seriam necessariamente os mesmos pacientes atendidos em consultórios particulares, hospitais particulares ou equipamentos de saúde pública brasileiros.

português. Porém, consideramos que Smadja o faça de maneira ainda mais sistemática, com rigor enciclopédico.

²³ Michel Fain, colega de Marty cujos conceitos também foram admitidos no arsenal teórico de muitos psicanalistas franceses contemporâneos, apresentava um esforço maior em justificar suas contribuições à psicossomática na segunda metapsicologia de Freud. Nosso recorte metodológico nos impede de adentrar o seu pensamento com profundidade nesta pesquisa, mas destacamos a importância de alguns de seus escritos (FAIN, 1971; 1991; FAIN; BRAUNSCHWEIG, 1975).

²⁴ Sublinhamos, no entanto, que há momentos nos quais Green (1984/1995) também recorre à utilização de termos como “estrutura psíquica normal” em oposição à psicose e aos estados-limites.

²⁵ Chegamos a essa ideia após acompanhar algumas das investigações psicossomáticas ou entrevistas de triagem do IPSO-Paris ao longo dos anos de 2016-2017. Isso ocorria no seminário “*Consultation vidéo*”, no qual era possível acompanhar, em tempo real, uma investigação psicossomática realizada em outra sala de atendimento da instituição e transmitida por vídeo. Na sequência, era realizada uma discussão clínica sobre o caso atendido, que incluía a decisão do encaminhamento quanto ao dispositivo a ser utilizado com o paciente e a pertinência, ou não, de atendê-lo naquele serviço específico.

Ao mesmo tempo em que não questionamos a utilidade clínica do paradigma operatório, a clínica nos convoca a reunir, com o auxílio desta pesquisa, referenciais teóricos necessários para o estudo de casos que escapam a esse modelo, mesmo que parcialmente. O próprio Marty (1990) sublinha que o pensamento operatório nem sempre está presente nos casos de somatização, e o nosso interesse reside no estudo da flutuação entre momentos mais operatórios de uma análise e períodos no quais as angústias e afetos irrompem nitidamente acompanhados por representações marcadas pela violência. Os próximos dois capítulos visam o estudo desse trânsito, que suspeitamos denunciar o tipo de desinvestimento e de ação da destrutividade característicos aos pacientes somatizadores. Para tal, o dualismo pulsional e a segunda tópica freudiana emergem como ferramentas absolutamente necessárias.

III. O primeiro tempo do trabalho de somatização: o tempo da desobjetalização

a. O primeiro tempo do trabalho de somatização: a destrutividade no desencadeamento do processo de somatização

No capítulo II, salientamos a importância clínica e teórica do conceito de processo de somatização (MARTY, 1976; 1980; 1981/2001). Do ponto de vista da prática clínica com pacientes somatizadores, esse conceito é fundamental, pois colabora para o entendimento do funcionamento psíquico do paciente em questão, enriquecendo o pensamento clínico do analista quanto aos seus modos de relação objetal, às modalidades de investimento e desinvestimento e às respostas possíveis ou prioritárias diante de conflitos psíquicos e eventos com impacto traumático. Na perspectiva teórica, vemos como esse conceito se articula a tantos outros: a continuidade somato-psíquica e a economia psicossomática, que elucidam o caráter particular do processo de somatização, cujo ponto de partida é o conflito psíquico, e o resultado é sentido a nível somático; os conceitos de pensamento operatório e de vida operatória, localizáveis em algum momento de um processo de somatização em curso (o pensamento operatório como representante da desmentalização que facilita o desencadeamento de um processo de somatização e a vida operatória como uma etapa da desorganização progressiva).

Sugerimos, todavia, a necessidade de complexificar essa teoria com aportes da metapsicologia freudiana e da psicanálise francesa contemporânea. Não há dúvidas de que esse suporte é encontrado na obra de Smadja, cujo pensamento se situa em um ponto de intersecção entre a teoria freudiana, a teoria de Marty e dos pioneiros do IPSO, que foram seus mestres, e as discussões com outros psicanalistas franceses, entre os quais Rosenberg, Green, Aisenstein, Szwec, Chervet e Delourmel. Para direcionar o restante desta dissertação, selecionamos o conceito de trabalho de somatização, originado pela releitura que Smadja (2017) faz do processo de somatização. Esse conceito também orientou o recorte metodológico da segunda parte da nossa pesquisa, que optamos por separar em dois capítulos, acompanhando a divisão do trabalho de somatização em dois tempos, conforme sistematizado por Smadja (2017; 2019).

Smadja (2017; 2019) define a noção de “trabalho” como uma resposta do Eu ao acréscimo (potencialmente traumático) de excitações psíquicas nele atuantes. Pensamos em perdas de objeto, situações que conduzem ao acúmulo de grande quantidade de angústia no Eu e eventos que excedem a capacidade de para-excitação de maneira geral. Esse trabalho psíquico objetiva “manter, custe o que custar, a unidade [do Eu] diante das ameaças de desintegração que pesam sobre ele por conta da ação desobjetalizante da pulsão de morte” (SMADJA, 2017, p. 65, tradução nossa). Lembramos da função sintética do Eu evocada por Freud (1926/2014). Alguns exemplos de trabalho do Eu são: o trabalho do sonho (FREUD, 1900/2010), o trabalho de luto (FREUD, 1917[1915]/2010) e o trabalho de melancolia (FREUD, 1917[1915]/2010; ROSENBERG 1991/2003). Acrescentamos o trabalho do delírio, mencionado por Freud (1911/2010) e ausente nos dois artigos de Smadja (2017; 2019) sobre o tema.

Com o apoio de Smadja (2017; 2019), verificamos como cada uma dessas modalidades de trabalho levaria a algum tipo de transformação do Eu. No trabalho do sonho, a tentativa de elaboração dos restos diurnos assimilados pela percepção, das vivências traumáticas e dos desejos incompatíveis com as representações do Eu que devem ser recalçados, ocorre pela criação de um novo objeto psíquico, o sonho, no qual operam os processos de condensação e deslocamento; o trabalho de luto leva à retirada do investimento depositado no objeto perdido e propicia uma redistribuição da libido em novos objetos; o trabalho de melancolia modifica o Eu, incorporando o objeto perdido. No trabalho de delírio, há uma tentativa de cura (FREUD, 1911/2010), de reconstrução, reestruturação ou reelaboração da realidade que, nas palavras de Freud (1924a/2016), foi “recusada” ou “rechaçada”, tendo levado a uma introversão da libido (FREUD, 1914/2010).

Aquilo que Smadja (2019) batiza de trabalho de somatização configuraria “uma nova variedade de trabalho psíquico” diante das forças traumáticas, que não modifica apenas o Eu, mas também o corpo, em um processo que “reduz o valor funcional dos processos psíquicos” (p. 13, tradução nossa) e encontra, na solução somática, um novo produto passível de ser investido como objeto.

Esse processo ocorre em dois tempos. O primeiro tempo é marcado pela ação da destrutividade, pela desintração pulsional e pelo negativo, ou pela desobjetalização, a depender da terminologia de referência. Na perspectiva de Marty (1976), esse primeiro tempo condiz ao desencadeamento de um movimento contra-evolutivo e da ação dos instintos de morte. A pulsão de morte não é necessariamente nociva em si, uma vez que a destrutividade também pode ter um caráter estruturante, conforme Green (1993) se propõe a sistematizar em seu livro sobre as diferentes vertentes do trabalho do negativo. Algum nível de desligamento opera em todo tipo de processo psíquico. Tomemos como exemplos o retraimento narcísico e perceptivo que permite o sono, e, conseqüentemente, o sonho, ou a disjunção das representações necessárias ao recalçamento.

O segundo tempo do trabalho de somatização corresponde à possibilidade de investir em novos objetos, reorganização que ocorre, paradoxalmente, graças à aparição ou à descoberta da doença, e/ou dos tratamentos solicitados por ela. Nas regressões somáticas, por exemplo, esse segundo tempo é atingido uma vez que as fixações somáticas são alcançadas e uma reorganização se estabelece. Nas desorganizações progressivas, a reorganização é mais complexa, e entendemos que ela só ocorre quando há interferência de objetos externos (o diagnóstico médico, os cuidados médicos, terapêuticos e familiares, o surgimento de novos projetos, etc). O segundo tempo do trabalho de somatização será discutido detalhadamente no capítulo IV.

Inspirados pela divisão do trabalho de somatização em dois tempos, sugerimos traçar paralelos com outros trabalhos psíquicos. O luto é precedido pelo grande investimento do objeto perdido, que é sobreinvestido de libido após ter sido perdido (FREUD, 1917[1915]/2010). Na continuidade de um processo descrito como longo e doloroso, um primeiro tempo do trabalho de luto, desobjetalizante, permite a retirada dos investimentos no objeto perdido. O segundo tempo corresponde à criação de novos investimentos objetais com a libido, que voltou a estar disponível. A capacidade de realizar lutos (seja de pequenos eventos cotidianos fontes de frustração, ou de perdas objetais traumáticas) evidencia o grande potencial da função objetalizante, portanto das

pulsões de vida. Quanto mais facilmente mobilizável e transferível é o investimento libidinal, mais rica é a vida psíquica.

O trabalho de luto, que tomamos como exemplo, contém uma dimensão negativa, de desobjetalização, e outra de reobjetalização, de tentativa de reestruturação via um novo processo de objetalização, chegando a novas produções de ordem psíquica. “Por que, então, no trabalho de somatização, o Eu chega a uma solução que não é psíquica, mas somática?” (SMADJA, 2019, p. 13, tradução nossa). Essa pergunta quanto à especificidade do trabalho de somatização nos é de suma importância, pois contempla, sobretudo, nossa primeira problemática de pesquisa, à qual dedicamos este capítulo. Ela diz respeito à ação da destrutividade nos casos de somatização (portanto, referente ao primeiro tempo de trabalho de somatização), que supomos apresentar diferenças quando comparado a outros modos de negatividade.

b. De onde vem o vazio da dor?

Na história de Olga²⁶, paciente com idade próxima aos 50 anos no início da análise, a vivência da dor parece ser infinita. Ela havia sido vítima de um câncer de mama três anos antes, doença que evoluiu muito rapidamente, levando à retirada de uma das mamas em uma cirurgia descrita por ela como uma “mutilação”. O efeito desolador da cirurgia é tão grande que, no decorrer dos primeiros anos do trabalho psicanalítico, o analista tem a convicção de que ambas as mamas foram retiradas. Ela sofre, desde então, de fortes dores espalhadas pelo corpo, impossibilitando-a de retomar as atividades profissionais. Até mesmo as tarefas domésticas são conduzidas de maneira dificultosa. Isso instaura uma nova rotina na vida de Olga: visitas a diversos médicos, exames inconclusivos, trocas de medicação, perícias e busca por documentações que justifiquem a sua aposentadoria por invalidez. A psicanalista Cristiane Curi Abud sintetiza o modo de viver de muitos pacientes somatizadores atendidos em instituições: é como se eles se tornassem “doentes profissionais” (informação

²⁶ O uso do material clínico foi consentido pela paciente, cujos dados foram significativamente alterados, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEPH-IPUSP).

peçoal)²⁷. O sofrimento somático parece engolir quase todas as esferas de suas existências, rotinas, afazeres e relações.

O discurso de Olga nas sessões quase sempre se inicia em um tom desafetado, espelhando os primeiros minutos de sua investigação psicossomática ou entrevista de triagem. Cabe ressaltar que a investigação psicossomática dessa paciente foi realizada na presença do analista com a qual ela trabalharia pelos próximos quatro anos em psicoterapia individual na abordagem psicanalítica²⁸. Em um primeiro momento, estão presentes relatos sobre as horas passadas na cama, entregue à dor, sem pensamentos, sem conseguir lembrar de acontecimentos recentes, muito cansada e sem vontade de fazer nada. Olga reitera o quanto é difícil ir à análise, o quanto as sessões, mesmo as “boas”, são seguidas de uma tristeza profunda, que a deixa apática e jogada na cama, levando-a a considerar seriamente faltar aos encontros. Nesse momento das sessões, a morosidade costuma conceder lugar a um afeto penoso. Um rio de lágrimas escorre a cada sessão, em um choro que parece ser porta voz de uma dor psíquica desesperadora.

Sua narrativa é orientada por uma sequência de eventos traumáticos. Uma “família desestruturada” (em suas palavras), fonte de diversas situações de abandono e precariedade; a tentativa de assassinato e outras violências que sofreu quando criança por parte da mãe; o assédio sexual do padrasto; um casamento abusivo, com um homem que veio a ser assassinado; a perda da guarda do filho; a quase morte desse mesmo filho após um grave acidente; o câncer; a cirurgia de retirada da mama; e a dificuldade de ter uma casa ou um lar. Os acontecimentos são como desventuras em série, em uma vida descrita por ela como “pesadelo que não termina nunca”.

Em suas associações e relatos, é marcante a impossibilidade de encontrar um ponto de equilíbrio na relação com os objetos, relações ora de abandono, ora de invasão e crueldade. Não parece existir um meio termo, e nem mesmo uma diferença clara entre invadir e ser invadido, abandonar e ser abandonado. Isso é particularmente visível quando ela fala sobre seu filho, que

²⁷Informação pessoal em supervisões e discussões clínicas ao longo dos anos de 2018 e 2019.

²⁸ Os encontros ocorrem no contexto institucional, no dispositivo face-a-face. Após dois anos, as sessões passam a ser realizadas por ligação telefônica.

tem uma idade próxima à do analista. Quando ele a visita em casa, ela sente que o seu espaço está sendo invadido e não vê a hora de que ele parta. Contudo, se ele não a procura, o sentimento de solidão é excruciante. O que se desvela, pouco a pouco, é uma temporalidade organizada quase que exclusivamente pelo traumático: “não lembro se deixei o fogão ligado, mas lembro da data exata de todas as coisas ruins que me aconteceram”.

Mesmo que todas as sessões se iniciem de maneira monótona e descritiva, os minutos seguintes abrem espaço a um discurso repleto de associações facilmente assimiladas pela escuta do analista. Esse conteúdo aparece sob modalidades variadas. Ela conta sobre os programas aos quais gosta de assistir, como “Pelados e largados” e “Quilos mortais”. A partir de intervenções e questionamentos do analista, ela pode dizer que se identifica com as imagens de luta pela sobrevivência, em um dos programas, e com as pessoas que são humilhadas pela própria família diante da enfermidade, em outro.

A casa onde ela vive nos primeiros anos da análise vai se qualificando como “mal-assombrada”. É a casa da família de seu ex-marido, pai de seu filho, local que ela começou a frequentar algumas décadas antes. Essa casa foi palco de humilhações, agressões físicas e verbais. Todos estavam contra ela: o marido, a sogra, os cunhados e demais parentes. Nos últimos meses de vida da sogra, um desses parentes perguntou se Olga poderia cuidar dela, visto ela já tinha cuidado da sua própria mãe antes do seu falecimento. Após a morte da ex-sogra, ela se muda para a casa dela com o filho, o que, naquele momento, apresentava-se como uma solução provisória. Nas sessões, a casa é descrita como um local impregnado pelos laços violentos que ela estabeleceu com essa família. “Eu olho pela janela do quarto e é como se um filme passasse diante dos meus olhos”. Ela conta sobre a sua vontade de “sumir” dali, de “sair vagando”. O analista pergunta: “Para onde?”. Olga não consegue responder.

Após algumas semanas de tratamento, Olga relata um sonho:

Ela se encontra no topo de um penhasco. Um tubo de esgoto expele uma água que “não é suja”. Uma televisão exibiria um programa no qual um homem “falaria sobre

ela”, mas ela não pode assisti-lo, porque é “puxada por alguém para fora dali, com muita força”.

Ao mesmo tempo em que a emergência do sonho na análise evidencia uma transferência positiva, a potencialidade de trabalho psíquico, e uma diferença importante em relação aos estados operatórios descritos tradicionalmente, o sonho também permite identificar, no funcionamento psíquico de Olga, uma influência considerável de forças que a pressionam e tendem a um desligamento. Forças observadas principalmente no início das sessões: desinvestir o trabalho representativo, o pensamento, as sessões, o analista, a vida.

c. A particularidade da destrutividade na psicossomática: vazio ou esvaziamento?

“A psicossomática é um local privilegiado para o reconhecimento metapsicológico dos efeitos da *destrutividade*” (Smadja, 2017, p. 61, tradução nossa, grifos do autor).

A escolha pela exposição do caso clínico da paciente que chamamos de Olga tem dois motivos. Primeiramente, o atendimento dessa paciente foi concomitante a um período repleto de questionamentos por parte do pesquisador, que buscava formas de respaldar a sua prática clínica com o estudo teórico da psicossomática psicanalítica francesa. Nesse percurso, muitas ideias nasceram sobre como selecionar os conceitos que pareciam ser efetivamente úteis ao seu pensamento clínico. Também surgiram dúvidas referentes à possibilidade de articular diferentes referências teóricas, a fim de encontrar soluções para impasses técnicos, ligados à interpretação, ao manejo da transferência e ao enquadre analítico. Ademais, passamos a vê-lo como um caso paradigmático, pois outros casos de somatização atendidos pelo pesquisador nos quatro anos seguintes apresentavam um funcionamento e movimentos semelhantes no decorrer das sessões, assim como casos acompanhados em triagens ou investigações psicossomáticas, discussões clínicas institucionais e supervisões grupais (como supervisor e como supervisionando).

Resumiríamos nossa observação da seguinte forma. As sessões são o palco no qual se expressam e se alternam dois tipos de funcionamento psíquico: momentos de vazio psíquico e *dor somática*, os quais chamaremos de polo operatório da sessão ou da análise, e outros nos quais irrompe uma *dor psíquica* massiva, suscitada pela rememoração do traumático, por relações enlouquecedoras e impossíveis com os objetos, e acompanhada de muita angústia. Como explicar a transição entre esses dois polos, observada no enquadre analítico com pacientes somatizadores? Acreditamos que, nessa exploração, devemos recorrer novamente à obra de Green, revisitando o corpo teórico erguido a partir de suas pesquisas mais difundidas e seus textos que fazem referência direta à psicossomática e a Marty.

Mencionaremos, primeiramente, a relação de Green com a psicossomática e o IPSO-Paris. Para além da alçada teórica, a ligação entre Marty e Green também é atravessada por fatores pessoais e institucionais. Marty era um analista mais experiente do que Green, tendo encerrado seu mandato como presidente da Sociedade Psicanalítica de Paris (SPP) dezesseis anos antes de Green assumir o cargo de presidente da mesma instituição, em 1986. No plano pessoal, que sem dúvidas interfere no processo teorizante desses autores, Green foi paciente de Maurice Bouvet, de quem Marty era o “filho espiritual” (AISENSTEIN; SMADJA, 2017, p. 7, tradução nossa). Bouvet foi um dos analistas de maior destaque da sua geração na SPP, formulando o conceito de distância do objeto (BOUVET, 2006), cuja influência é evidente nos estudos de Marty (1958/2011), sobre a relação de objeto alérgica, e de Green (1990), sobre os estados-limites. Green (AISENSTEIN; SMADJA, 2017) acreditava que a raiz da relação conflituosa entre os dois fosse tributária das diferentes utilizações que ambos fizeram da teoria de Bouvet. Por fim, mencionaremos que Marty casou-se com Catherine Parat, segunda analista de Green, a quem ele dedicou um de seus textos mais difundidos: “A mãe morta” (GREEN, 1980/2013).

Marty cita Green poucas vezes, como em algumas notas de rodapé (MARTY, 1976; 1980). Em uma delas, ele diz que seus trabalhos se aproximam e cita o conceito de desobjetalização (MARTY, 1990/2011). Green, inversamente, faz diversas menções a Marty ao longo de toda a sua obra, reconhecendo que a abordagem psicanalítica das somatizações abriria novas

vias para o estudo do trabalho do negativo (GREEN, 2007b). Green (URRIBARRI; GREEN, 2013) sugere, inclusive, que os pacientes somatizadores geralmente são estados-limites, afirmação que correlaciona direta e explicitamente os dois modelos. O diálogo entre as teorias se intensifica a partir da segunda metade dos anos 90, após a morte de Marty, quando Green passa a ministrar seminários no IPSO e publicar contribuições originais para a teoria psicossomática (GREEN, 1998; 2007a), ocasionando “uma reviravolta do pensamento psicossomático” (AISENSTEIN; SMADJA, 2017, p. 7, tradução nossa).

O interesse de Green (1997/2012) é, principalmente, examinar os efeitos da “destrutividade [...] sobre os processos de pensamento e a esfera das representações” (p. 21, tradução nossa), muito mais do que as manifestações agressivas direcionadas ao exterior. Mais adiante, explicaremos o porquê disso se encaixar tão coerentemente com o estudo dos pacientes somatizadores. Diferentemente de Marty, para quem a suscetibilidade à desorganização é fortemente influenciada pela ausência ou insuficiência da mentalização, Green chama a atenção para o caráter defensivo da desobjetalização, processo pelo qual as representações são *ativamente* atacadas e destruídas. Para Green (1995), a pulsão é sempre ativa. Nos estados-limites, por exemplo, o sujeito se depara com o impasse “desligar ou morrer” (GREEN, 1998, p. 20, tradução nossa).

Sentimo-nos próximos às concepções de Aisenstein (2010), que incorpora esse modelo teórico à sua compreensão dos processos de somatização. A autora discorre sobre esse direcionamento da destrutividade ao tecido representativo como uma “destruição dos processos de pensamento” (AISENSTEIN, 2010, p. 1370, tradução nossa), sendo a “vacuidade” uma “solução defensiva diante de uma ameaça de invasão pelo objeto [...] que se torna então fonte de um perigo a ser neutralizado” (p. 1372, tradução nossa).

Sobre o seu contato pessoal e profissional com Marty, Aisenstein (2020) compartilha o seguinte relato. A autora alega que, enquanto ela (na esteira do raciocínio greeniano, diga-se de passagem) argumentava que o pensamento operatório teria um caráter defensivo drástico, Marty insistia que essa concepção seria “otimista”, e que, na sua visão, o que prevalecia era a ideia de que “nós

não somos todos iguais”, pois existem “falhas que são déficits” (AISENSTEIN, 2020, p. 1275, tradução nossa). Com efeito, Marty (1990) apenas admite o valor defensivo do processo de regressão somática em si, mas nunca em casos de desorganização.

Green (1990) enfatiza como a denominação de “estados-limites” se aplica às situações analíticas nas quais é colocado em xeque o enquadre tradicional centrado no modelo do sonho, da associação livre, da interpretação, do silêncio do analista e do dispositivo poltrona-divã. Em uma primeira formulação, Green (1974/1990) inclui a somatização (“*acting-in*”) como um dos quatro mecanismos predominantes nos estados-limites, juntamente com a clivagem, a expulsão pelo ato e o desinvestimento. As relações objetais são vividas quase sempre na lógica do abandono ou da intrusão, por conta da confusão entre os limites das diferentes vertentes do duplo limite. Outras características são a tendência ao esvaziamento do pensamento e a predominância, no discurso do paciente em sessão, de questões referentes a problemáticas narcísicas em detrimento do conflito sexual de natureza edípica (GREEN, 1996/1998).

Após essa primeira definição do “*acting-in*”²⁹, que enxerga a somatização como um mecanismo dos estados limites (GREEN, 1990), Green passa a evidenciar particularidades no funcionamento psíquico de pacientes somatizadores, comparando-os aos demais tipos de pacientes-limites e às psicoses. Ele localiza, nos casos de somatização, a impossibilidade de que a atualização opere pela via da simbolização, levando a um “modo de negatividade defensiva que confina à amputação psíquica: a impermeabilidade do pré-consciente que faz pensar em refluxos do psíquico em direção ao somático” (GREEN, 1995, p. 248, tradução nossa). Green (1995) relaciona esse processo à função desobjetalizante³⁰, que se expressaria de maneiras distintas na psicose (pelo delírio), nos estados-limites (descarga pelo ato) e nas somatizações (doença orgânica). Ele chama a atenção, assim, para o que acredita ser, no campo da clínica psicanalítica, material de grande interesse futuro para os analistas: “os *destinos paradoxalmente distintos* da psicose e da

²⁹ Em conferência proferida em 2018, na Sociedade Psicanalítica de Paris, Smadja diz discordar desse termo.

³⁰ Conceito discutido em maior profundidade nos capítulos I.c. e II.a.

psicossomática”, sendo esses a “loucura destrutiva da mente³¹” e a “perturbação³² do soma”, respectivamente (Green, 1995, p. 248, grifos nossos). Essa discussão terá continuidade nos próximos subcapítulos.

A primeira comunicação de Green (1998) dedicada exclusivamente à psicossomática se sucedeu em um congresso realizado pouco tempo após o falecimento de Marty, que originalmente participaria do debate. Na sua fala, Green (1998) dirige críticas a Marty, ao mesmo tempo em que reconhece a genialidade do seu pensamento. Green (1998) inicia com o questionamento daquilo que ele interpreta como uma tendência de Marty a considerar um suposto campo “pré-psíquico”³³, já que o ponto de vista evolutivo da psicossomática contempla os “instintos” referidos ao corpo somático em uma “reinterpretação sobrebiologizante da indeterminação conceitual do biologismo freudiano” (p. 26, tradução nossa). Uma concepção de “pré-psíquico”, ou “anterior ao psíquico”, não faria sentido para Green, asserção que ele defende lembrando que a ligação do soma com o psiquismo se articula, primordialmente, pelo representante psíquico da pulsão. Isto é, a pulsão já manifesta notícias do psíquico (e não do pré-psíquico), visto que a excitação somática é representada *psiquicamente* pela pulsão, em um trajeto onde há encontro de algum objeto³⁴ (GREEN, 1995). Apesar de ancorada no somático, a pulsão “é psíquica sob uma forma que nos é desconhecida” (GREEN, 1998, p. 25, tradução nossa). Green chama a atenção, portanto, para a falta de clareza conceitual inerente ao modelo de Marty.

Na nossa opinião, quando Marty (1976) se refere aos instintos de vida e de morte, ele almeja adentrar em um terreno diferente do pulsional freudiano clássico ao qual Green (1998) alude nos trechos que selecionamos. Mesmo que não concordemos totalmente com essa noção, e nem com a inscrição dessa teoria em um modelo monista, notamos que Marty (1976) parece buscar, no conceito de instinto, uma terminologia que justifique algumas de suas ideias mais originais: as fixações arcaicas, menos evoluídas, no soma; e os casos de

³¹ “*Esprit*” no texto original.

³² “*Affollement*” no texto original.

³³ Termo que nunca foi utilizado por Marty, conforme nos lembra Smadja (1998).

³⁴ O que justifica a ideia greeniana segundo a qual o objeto seria revelador das pulsões (GREEN, 1995).

desorganização progressiva, nos quais o movimento contra-evolutivo é tão implacável que a pulsão (pertencente ao campo psíquico) passa a ser transformada em energia ou excitação somática novamente, retornando à sua fonte.

Outros escritos, inclusive do próprio Green (2007a), buscaram encontrar respostas para esse impasse teórico. Rosenberg (1998) chama de despulsionalização o processo em que a pulsão é desqualificada enquanto entidade psíquica, isto é, a transformação da pulsão de morte desintricada em excitação somática, retornando à fonte orgânica da pulsão sob a forma de “instinto de morte”³⁵ e causando uma doença somática. A ideia de Rosenberg, acerca de um suposto processo de desqualificação pulsional, que assemelha-se à desenvolvida por Green (2007a) em um artigo posterior. Esse último evoca um “quadro pulsional pouco ou mal elaborado, que nos faz questionar se realmente estamos lidando com pulsões” (GREEN, 2007a, p. 52, tradução nossa), acrescentando que a esse quadro pulsional faltaria “o acesso a uma potencialidade que se ligaria ao desejo, à referência a um outro” (p. 51, tradução nossa).

Em resumo, algumas das principais contribuições de Green à teoria de Marty até aqui: a constatação de semelhanças entre os estados-limites e os pacientes somatizadores, ao mesmo tempo em que se reconhece que há algo de particular na forma como a destrutividade se expressa para estes; a necessidade de recorrer ao conceito de pulsão tal como formulado por Freud para compreender a ligação somato-psíquica, refutando a ideia de instinto do modelo monista de Marty; a atenção atribuída ao caráter defensivo da desobjetalização que conduz aos processos de somatização, a qual estaria mais referida a uma “sobrementalização” que a uma insuficiência da mentalização.

Esse último item nos parece especialmente importante, pois retira o foco da somatização como consequência de um vazio constitucional (os “déficits” das neuroses de comportamento e de caráter), e nos faz pensar no trabalho de

³⁵ Rosenberg (1998) se apoia na terminologia de Marty (1976) e diferencia o instinto, excitação proveniente do corpo que constitui a fonte que exige trabalho psíquico, da pulsão, que surge quando essa excitação corporal é representada psiquicamente. Na despulsionalização, ocorreria o caminho inverso.

somatização como concomitante a um processo de esvaziamento pela desobjetalização, com finalidade defensiva diante do acréscimo de pulsão de morte desintricada no Eu. Ou seja, o paciente não necessariamente funciona permanentemente com suas capacidades de mentalização reduzidas, mas se apresenta assim quando o pensamento operatório predomina, ou a vida operatória se instala. Obviamente, não questionamos que alguns pacientes sejam mais suscetíveis a processos de somatização quando comparados a outros, investigação à qual daremos continuidade nos próximos subcapítulos.

d. As incidências da destrutividade no enquadre analítico: polo operatório e polo limite

Na nossa perspectiva, essas construções metapsicológicas têm mais valor e inteligibilidade quando utilizadas para fundamentar a reflexão sobre aquilo que ocorre no enquadre analítico. Revisitamos o conceito de enquadre analítico para assinalar que é apenas no enquadre, e a partir dele, que apreendemos a alternância entre esses dois polos (um deles mais operatório). Entendimento que, por sua vez, enriquece a nossa leitura teórica do caráter da destrutividade nos casos de somatização. A retroalimentação entre teoria metapsicológica e prática clínica já foi focalizada no capítulo I.

Aprofundando seu estudo dos estados-limites, Green (2006)³⁶ argumenta que esses pacientes “cortam sua possibilidade de pensamento [...] quando surge algo significativo” na análise, causando uma “ruptura da ligação associativa, uma recusa daquilo que poderiam dizer” (p. 125, tradução nossa). Visto que há alterações das linhas que demarcam os limites entre o dentro e o fora e entre as instâncias psíquicas (linhas verticais e horizontais que, conforme discutimos no capítulo I, compõem o duplo limite), a retenção do pensamento³⁷ fica prejudicada. A quebra do fluxo associativo surge como uma defesa, e Green (2006) também identifica a ocorrência disso nos casos de somatização.

³⁶ Nesse período da obra, Green (2006) utiliza a terminologia “estruturas não-neuróticas”. Optamos pela utilização de “estados-limites”, visto que essa nomenclatura remete mais fortemente ao processo que se desdobra no enquadre analítico. Adicionalmente, não temos certeza quanto à nossa concordância com o termo “não-neurose”.

³⁷ Ver os subcapítulos III.e. e IV.b.

Atualmente, tendemos a pensar os estados-limites preponderantemente pela perspectiva daquilo que se desenrola *no* enquadre analítico e *graças a ele*, não nos identificando tanto com a ideia de não-neurose³⁸, priorizada por Green (2006) mais tardiamente. Como defendemos no capítulo I, enxergamos os estados-limites como aqueles que contestam os pilares da clínica psicanalítica clássica, tensionando os enquadramentos intrapsíquicos, como o duplo limite, e os intersubjetivos, como a relação transferencial, e os técnicos, vide a necessidade de modificação do dispositivo (MORETTO ET AL, 2017) e das modalidades interpretativas. Por esse motivo, escolhemos enfatizar a posição fóbica central e a síndrome de desertificação psíquica, quadros transferenciais que ilustram as rupturas da associatividade durante as sessões e a descontinuidade processual entre uma sessão e outra. Resgataremos esses conceitos neste subcapítulo.

Retornamos à distinção comumente observada entre duas polaridades nas análises de pacientes somatizadores. Em um primeiro tipo de funcionamento que chamamos de “polo operatório” da sessão ou da análise, predominam o pensamento operatório, a interrupção do fluxo associativo e a supressão dos afetos. Baseados nas descrições de Green, por enquanto batizaremos a outra polaridade de “polo limite”, no qual a dor psíquica massiva se expressa pela compulsão a repetir o traumático, pela tentação a passar ao ato, pelos afetos disruptivos, pelas relações objetais extremamente espinhosas e pela carga ameaçadora da relação transferencial (transferência sobre o objeto, transferência sobre a palavra e transferência sobre o próprio enquadre). As representações se ligam umas às outras, mas trazem forte angústia, o que coloca em risco a continuidade do discurso associativo e das sessões de análise.

A tentativa de fundamentar e expandir essa oposição requisita, mais uma vez, os operadores conceituais greenianos. Ao identifica os pacientes somatizadores como parte daquilo que ele entende como o universo dos

³⁸ Desviando das orientações de Green (1996/1998), temos nos questionado se, do ponto de vista estrutural, esses casos não corresponderiam a neuroses muito graves, nas quais a fixação ao traumático, a compulsão à repetição, as passagens ao ato e as reações terapêuticas negativas ocupariam um espaço de destaque, impregnando boa parte do processo analítico. Temos a impressão de que esses questionamentos inauguram problemáticas para pesquisas futuras.

estados-limites (URRIBARRI; GREEN, 2013), ele também acusa algumas diferenças metapsicológicas (GREEN, 2007a) e clínicas (GREEN, 1995; 2002/2005) entre os pacientes operatórios de IPSO e os seus pacientes estados-limites habituais.

A primeira hipótese que destacamos, sugerida por Delourmel (2017), é de que a desobjetalização atingiria níveis mais intensos naquilo que chamamos de polo operatório. Esse autor compara o luto branco, núcleo depressivo da configuração estado-limite apresentado por Green (1980/1983) no texto sobre a mãe morta, à depressão essencial, núcleo depressivo dos pacientes somatizadores em desorganização progressiva. No seu estudo comparativo, ele identifica um discurso rico em representações nos estados-limites, que, por vezes, encobre “as pistas por derivas associativas sem fim” (DELOURMEL, 2017, p. 87, tradução nossa), contrastando com o discurso concreto, racionalizado e opaco dos estados operatórios.

Como forma de justificar esse nível de desobjetalização mais intenso nos estados operatórios, Delourmel (2017; 2019) propõe analisar dois vértices diferentes desses núcleos depressivos. O primeiro vértice, desestruturante e marcado pela desobjetalização, é seguido de um segundo vértice, no qual se busca alguma espécie de reorganização.

Sentimo-nos fortemente respaldados pela leitura que Grinberg (2018) faz do livro “Um homem que dorme”, de Georges Perec (1967/2020). Ele chega até mesmo a uma terminologia próxima à nossa, referindo-se a um “eixo operatório” que surge na análise quando há tentativa de “erradicar todo traço de mobilização dolorosa do pensamento” (GRINBERG, 2018, p. 73, tradução nossa). A exemplo do que observamos na concepção greeniana adotada por Aisenstein (2010; 2020), esse eixo operatório também é concebido pelo autor como portador de um viés defensivo, mantendo afastado o núcleo traumático, e tranquilizando, em alguma medida, o Eu fortemente ameaçado. Na vida operatória, o sujeito tem “acesso a uma vida mecânica na qual não se escolhe mais nada e ao alívio em nada escolher: finalmente foi possível renunciar ao desejo, e ao desejo do desejo” (GRINBERG, 2018, p. 78, tradução nossa). De modo suplementar, Grinberg (2018) discorre sobre o que acontece quando o personagem do livro de Perec *não* consegue manter uma solução operatória durável: ele “se

desorganiza, entra em pânico. Ele não mais anda com rigor e neutralidade, ele é errante, está à deriva” (p. 80, tradução nossa). Essa transição parece ir ao encontro do que estamos propondo chamar de passagem do “polo operatório” ao “polo limite”.

É como se, em casos nos quais a excitação traumática retorna com grande intensidade e o risco de sofrer ou infligir violência se atualiza recorrentemente, houvesse uma *tentação operatória*, termo que emprestamos de Grinberg (2018), uma atração inconsciente a recorrer a essa forma de desinvestimento. Recuperamos uma frase de Marty (1980), que diz que o paciente passa impressão de ter rompido “com a sua própria história” (p. 65, tradução nossa) na depressão essencial. Essa constatação é particularmente verdadeira nas investigações psicossomáticas de pacientes em que supomos ter ocorrido uma desorganização progressiva: muitos deles simplesmente não encontram meios para narrar parte de suas histórias, geralmente correspondendo ao período de um ou dois anos antes do aparecimento da doença somática³⁹. Recordamo-nos também de um paciente que parecia consolidar um estado de vida operatória *durante* a análise. Tudo aparentava ruir progressiva e discretamente: os projetos profissionais e acadêmicos, a relação amorosa de longa data, as perspectivas futuras e até mesmo os seus *hobbies*. Na sua vida, todo o espaço havia sido ocupado pelo adoecimento somático, que evoluía continuamente.

A errância e a descontinuidade entre as sessões de análise de alguns pacientes somatizadores nos remetem fortemente à posição fóbica central (GREEN, 2002) e à síndrome de desertificação psíquica (GREEN, 2010), já discutidas no capítulo I.f. O analista tem a impressão de que aquilo que pôde emergir em uma sessão, e que foi sentido por ele como um “avanço”, não se inscreve para o paciente, impossibilitando-o de se conectar com a sessão seguinte. Também encontramos uma excelente descrição desse processo no trabalho com pacientes somatizadores em outro artigo de Delourmel (2018), que nos ajuda a fortalecer nossa reflexão quanto à pertinência do diálogo entre as

³⁹ No subcapítulo IV.c., demonstraremos um caso no qual as ocorrências desse período “esquecido” puderam ser reconstruídas *après coup*, após alguns anos de análise.

teorias de Green sobre os estados-limites e a psicossomática. Na exposição de um caso clínico, ele nos apresenta uma paciente cujos:

esboços associativos eram seguidos de um *estado de excitação dolorosa que reativava a defesa pela neutralização*, pelo *congelamento* do pensamento, pela “desertificação psíquica”. A flexibilização parcial de seu sistema defensivo, cujas testemunhas eram esses esboços associativos, liberavam uma *excitação insuportável*, que reforçava suas defesas (Delourmel, 2018, p. 16, tradução nossa, grifos nossos).

Essa citação vai ao encontro das ideias de Aisenstein (2010; 2020), Green (2002; 2010) e Grinberg (2018), já apresentadas neste trabalho. Perguntamos o motivo pelo qual um “estado de excitação dolorosa” deve ser seguido de uma “defesa pela neutralização” (DELOURMEL, 2018, p. 16, tradução nossa). Essa intolerância à dor psíquica estaria relacionada à impossibilidade, por parte do Eu, de realizar uma intricação pela via do masoquismo?

Outra dúvida diz respeito às diferentes soluções encontradas pelo Eu para reagir a esses estados de acúmulo de dor psíquica, excitação e angústia. Os níveis de desobjetalização e as modalidades posteriores de reorganização são diferentes nos trabalhos do luto, da melancolia, do delírio, da somatização e em algumas configurações de estados-limites. Além da hipótese de que haveria uma diferença em termos de desobjetalização e de possibilidade de reintricação masoquista, o conceito de projeção também demanda a nossa atenção, por aparecer recorrentemente na reflexão dos autores que estamos consultando (DELOURMEL, 2017; 2019; ROSENBERG, 1991/2003; 1998; SMADJA, 2017; 2019).

e. Masoquismo erógeno e projeção

Retomamos do ponto em que paramos no subcapítulo anterior: a mobilização da dor psíquica no Eu pelo acúmulo de excitação e pelas possibilidades de defesa diante dela. Esse sentimento de dor, desprazeroso, ocasiona algum nível de desintricação pulsional, de liberação da destrutividade.

A depender da disponibilidade da libido no Eu, pode haver variação entre as modalidades de defesa diante desse movimento destrutivo.

Smadja (2017) aponta para três tipos de defesa, duas delas mais ancoradas na intricação da destrutividade pela pulsão de vida, e uma terceira, menos erotizada. Primeiramente, ele cita a intricação (masoquista) dessa dor pela libido narcísica, seguida da defesa pela projeção da destrutividade para o exterior, visando à supressão do estado de desprazer experimentado. No segundo tipo de defesa, a pulsão de morte que ameaça o Eu é submetida a uma intricação masoquista graças à coexcitação libidinal, sem que Smadja (2017) cite a projeção para fora. Por fim, ele menciona a opção autocalmante, que se utiliza de procedimentos autocalmantes, comportamentos e pensamentos inscritos em uma lógica de compulsão à repetição, tendo por finalidade atingir um estado de calma, opção que costuma ser acompanhada por uma solução pela via do masoquismo mortífero. Destrincharemos essas três opções, assim como os novos conceitos que se fazem presentes.

Começaremos discutindo a intricação masoquista, partindo de uma rápida recapitulação do caminho traçado por Freud na tentativa de elucidar os enigmas do masoquismo.

Em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (FREUD, 1905/2006), a abordagem do par sadismo-masoquismo é centrada nas práticas sexuais. Os componentes sádico e masoquista corresponderiam às metas sexuais ativa e passiva, respectivamente, e compõem a bissexualidade psíquica de cada um e a vida sexual “normal”. Sadismo e masoquismo só teriam caráter patológico caso se tornassem a modalidade única de obtenção de prazer.

Em 1915, equipado de um aparato metapsicológico mais sofisticado, Freud explica o masoquismo como o resultado de um duplo retorno pulsional⁴⁰: o ponto de convergência entre a reversão em seu contrário e o retorno contra a própria pessoa (FREUD, 1915/2013). Acompanhados do recalque e da sublimação, esses seriam dois dos destinos da pulsão sexual, formas de defesa diante de sua pressão incessante e inelutável. Cético quanto à existência de um

⁴⁰ Termo amplamente difundido na psicanálise francesa, usado por autores como Green (1967/2013).

suposto masoquismo originário, Freud (1915/2013) explica que “o masoquismo é um sadismo que se voltou contra o próprio Eu” (p. 37), por meio do duplo retorno: são trocados o objeto da pulsão (de outra pessoa para si próprio) e a sua meta (atividade em passividade). Em uma fase posterior, elege-se um novo objeto para que o sujeito possa gozar passivamente da satisfação masoquista.

Com a reformulação da teoria psicanalítica nos anos 20, a introdução da segunda tópica e da segunda teoria das pulsões, Freud pôde preencher algumas das lacunas deixadas em suas reflexões anteriores. Ele confirma suas suspeitas apresentadas no texto redigido alguns anos antes (FREUD, 1915/2013), quando se pergunta quanto à suposta equivalência inequívoca entre prazer/rebaixamento das tensões e desprazer/aumento das tensões.

Desde 1920, o princípio de prazer deixa de ser garantido de antemão. Há algo além (ou aquém) do princípio de prazer, uma tendência ao inorgânico e à redução total das tensões e excitações, correspondente à recém introduzida pulsão de morte (FREUD, 1920/2010). O princípio de prazer só é conquistado pela intricação pulsional, que opera uma transformação a nível *qualitativo*. Essa nova propriedade qualitativa da tendência ao rebaixamento da carga de estímulos, que Freud confessa ainda não poder justificar formalmente, é somada à tendência puramente *quantitativa* de descarregar os estímulos e excitações. Essa transformação é vital para a vida psíquica. O princípio de realidade, por sua vez, viabiliza “um adiamento da descarga de estímulo e uma aceitação temporária da tensão desprazerosa” (FREUD, 1924b/2016, p. 2016).

Na nossa compreensão, essa dimensão qualitativa da descarga, que ocorre sob a égide do princípio do prazer, relaciona-se com aquilo que Green (1995) denomina objetualização. Freud (1915/2013) já havia determinado que as pulsões (na época pulsões do Eu ou de autoconservação e pulsões sexuais) possuem fonte, pressão, meta e objeto. A relação prazerosa com o objeto deixa rastros de experiências de satisfação, reinvestidos alucinatoriamente de maneira a inaugurar uma demanda que é subjetiva e desejante, afastando o sujeito em formação das demandas puramente biológicas.

Com Green (1993; 1995), aprendemos que as pulsões de vida (que agora reúnem as pulsões sexuais e as pulsões de autoconservação) são reveladas

pelo objeto, criando-o simultaneamente. Construída na companhia do objeto primário que fornece um enquadramento, a estrutura enquadrante inscreve um espaço psíquico capaz de criar e investir novos objetos, seguindo o modelo da primeira experiência de satisfação pulsional com o objeto primário. Do texto de Freud (1915/2013), Green aparentemente extraiu a constatação do caráter intercambiável do objeto (que não necessariamente corresponde a um objeto material), pelo qual a pulsão pode atingir a sua meta, a satisfação equivalendo a objetualização à capacidade contínua de redistribuir e redirecionar o investimento. Assim, é possível encontrar satisfação em diferentes categorias de investimento que foram objetualizadas: o trabalho representativo, do pensamento, da linguagem, intelectual, sublimatório, as relações com o próprio corpo, com outras pessoas etc.

Pautados nas contribuições de Green (1993), nós supomos que a pulsão de morte possui fonte, pressão e meta, mas não vincula-se a um objeto. O que é almejado é o desinvestimento em si, o ataque à relação de objeto e aos seus substitutos, a extinção da atividade projetiva. Daí o termo greeniano de desobjetualização, a destituição da parcela dinâmica e mutável do investimento. A destrutividade apenas é dirigida a um objeto quando intrincada com a pulsão de vida, como veremos no caso do sadismo pós-1920, que só é direcionado ao exterior quando conta com o apoio da projeção.

Dito isso, voltamos ao tema do masoquismo, que Freud (1924b/2016) passa a considerar como sinônimo de intricação pulsional, um claro indício do amálgama entre pulsões de vida e de morte. O núcleo do masoquismo erógeno primário no Eu é resultante da ligação da pulsão de morte que não pode ser descarregada para o exterior pela musculatura do bebê, sendo mantida no interior do psiquismo pela coexcitação libidinal. Essa primeira intricação entre pulsões de vida e de morte inaugura a possibilidade de investimento libidinal da excitação antes que haja descarga puramente quantitativa. As repetidas experiências de satisfação na companhia do objeto primário são responsáveis pelos primeiros esboços do princípio do prazer (conforme mencionado anteriormente) e da intricação pulsional pela via do masoquismo erógeno do Eu, duas operações que são contemporâneas uma da outra (ROSENBERG, 1991/2003).

O masoquismo erógeno torna-se anterior ao sadismo e, nas palavras de Freud (1924b/2016), guardião da vida psíquica. Sem masoquismo, não há tolerância do desprazer, sendo impossível, mais tarde, transitar entre um funcionamento pautado pelo princípio de prazer a outro, no qual impera o princípio de realidade. Também não se pode buscar a satisfação alucinatória do desejo pela via da fantasia, do sonho, e nem mesmo tolerar uma sessão de análise na qual uma disposição à passividade é fortemente solicitada.

As outras duas expressões do masoquismo apresentadas por Freud (1924b/2016), o masoquismo feminino ou libidinal⁴¹ e o masoquismo moral, são derivações do masoquismo erógeno. O masoquismo libidinal se assemelha ao que Freud (1905/2006; 1915/2013) simplesmente chama de masoquismo em suas explorações anteriores: o prazer na dor, no aumento da tensão da excitação. Ele se expressa pelas fantasias masoquistas, fontes de satisfação ou de estimulação masturbatória, e pelas atividades masoquistas ditas perversas (são citadas diversas formas de humilhação, subjugação, maus-tratos), que também podem satisfatórias ou estimulatórias previamente ao ato sexual. Apesar de associá-la ao feminino, Freud (1924b/2016) esboça a hipótese de que, na verdade, essa modalidade de masoquismo aponta para a vida infantil e para o desejo de receber o mesmo tratamento que uma criança malcomportada receberia.

Por ser facilmente confundida com a culpabilidade inconsciente, tão presente nas neuroses, a definição do masoquismo moral é mais complexa. Para Rosenberg (1991/2003), uma primeira divergência concerne à satisfação: enquanto a culpabilidade inconsciente pode aparecer após a satisfação ter sido atingida, o masoquismo moral encontra prazer na própria produção da culpa, erotizando esse mecanismo.

Do ponto de vista metapsicológico, Freud (1924b/2016) pontua que há uma diferença entre o masoquismo moral, no qual há erotização da submissão do Eu ao Supereu e aos objetos externos sobre os quais se transfere algo das figuras edípicas, e a culpabilidade inconsciente, que se relaciona à erotização do sadismo do Supereu, responsável por parte da ligação da pulsão de morte.

⁴¹ Preferimos a expressão “masoquismo libidinal”, preconizada por Rosenberg (1991/2003).

Mesmo havendo uma complementaridade entre o sadismo do Supereu e o masoquismo moral, haveria, no masoquismo moral, uma ressexualização marcante do complexo de Édipo dissolvido, que passa a ser revitalizado (ROSENBERG, 1991/2003). Inversamente, a culpa inconsciente causada pela instância superegógica é acompanhada da anonimização das figuras edípicas, atestando a dessexualização do complexo de Édipo. Clinicamente, Rosenberg (1991/2003) considera que “um certo masoquismo moral [...] parece, portanto, natural e inevitável no funcionamento dos sujeitos neuróticos em análise” (p. 51), manifestando-se em maior ou menor medida na relação transferencial e na reação terapêutica negativa.

A compreensão do sadismo e da projeção primária (ROSENBERG, 2000/2019) também muda radicalmente com a virada dos anos 20. Ainda com recursos teóricos reduzidos, Freud (1915/2013) descreve como o Eu introjeta ou incorpora para si a parcela prazerosa experimentada na relação com os objetos, enquanto expela, ou “projeta no mundo externo”, a parte desprazerosa. Por conta disso, em um momento muito arcaico, “o exterior, o objeto, o odiado seriam [...] idênticos” (FREUD, 1915/2013, p. 55), associados aos estímulos desprazerosos, e a expressão desse ódio estaria subordinada à “luta do Eu pela sua conservação e sua afirmação” (p. 59).

A partir de 1920, essa luta pela sobrevivência tem outro aspecto, afinal, a oposição entre vida e morte é mais basal do que o antagonismo prazer/desprazer. A necessidade de expulsão não diz respeito apenas à não assimilação do desprazer, mas à urgência em se desfazer da destrutividade que ameaça a integridade do Eu ou do Eu em formação. A primeira expressão da destrutividade não se articula à “propensão à agressão contra o objeto [com a] intenção de aniquilá-lo” (FREUD, 1915/2013, p. 57), mas ao risco de aniquilamento de si próprio. À reivindicação das pulsões sexuais e de autoconservação, que entram em contradição com as exigências impostas pelo mundo externo, soma-se, em 1920, uma outra ameaça vinda do interior, a pressão pelo retorno ao inorgânico da pulsão de morte. Nessa nova teoria, ainda é possível localizar quais as duas instâncias psíquicas responsáveis por essa pressão do Eu: o Isso (sede das pulsões) e o Supereu (investido pelas pulsões, sobretudo as pulsões de morte).

No novo dualismo, cabe à libido a tarefa de “tornar inofensiva essa pulsão destrutiva [...] desviando-a em grande parte [...] para fora, contra os objetos do mundo exterior” (FREUD, 1924b/2016, p. 292). O sadismo coincide com essa parcela de destrutividade dirigida ao exterior e intrincada à sexualidade. Rosenberg (1997/2013) insiste que esse movimento projetivo da pulsão de morte apenas ocorre quando ela se liga à pulsão de vida. Ou seja, tanto a projeção quanto o sadismo são totalmente subordinados à intricação pulsional pelo masoquismo erógeno, que é, portanto, anterior a ambos. No subcapítulo IV.e. teremos a oportunidade de revisitar a temática do sadismo.

Em razão dessa extensa revisão teórica, compreendemos duas das defesas do Eu diante da dor psíquica: a intricação masoquista da dor psíquica e a sua eventual projeção para fora do aparelho psíquico (SMADJA, 2017). Ambas pressupõem a constituição de um núcleo masoquista erógeno no Eu, mantenedor de uma intricação pulsional que torna a libido disponível mesmo em momentos de acúmulo de tensão e excitação, potencialmente desprazerosos. O que podemos compreender da terceira modalidade de defesa, que se utiliza de procedimentos autocalmantes e é completada pela solução do masoquismo mortífero? Essa questão será incluída no próximo subcapítulo.

f. O masoquismo mortífero no polo operatório

Rosenberg (1997/2013) concebe a angústia como uma resposta do Eu à desintricação pulsional, encarregando-se de sinalizar uma possível ameaça à sua unidade. Para Marty (1980), no período que antecede uma depressão essencial, o que impera é a angústia automática, solicitada de maneira tão contínua, proeminente e avassaladora que acaba “perdendo [...] sua intensidade, ou até mesmo se dissipando momentaneamente” (SMADJA, 1997, p. 101, tradução nossa), como se houvesse um esgotamento da capacidade de produzir angústia (MARTY, 1980). Com base nisso, podemos pensar que, quando ocorre um processo de somatização por desorganização progressiva e se instala a depressão essencial, o Eu não dispõe mais da angústia de qualidade protetora, de sinal de alarme, diante da desintricação pulsional. Isso está na origem da

qualidade aparentemente “desafetada” que observamos nas investigações psicossomáticas de pacientes em estado operatório⁴².

Se a angústia de sinal de alarme pode se associar a um sintoma (FREUD, 1926/2014), qual seria a solução defensiva para a angústia automática? Smadja (1997) propõe que essa defesa pode ocorrer pela utilização de procedimentos autocalmantes. Os procedimentos autocalmantes (SMADJA, 1997; 2001; SZWEC, 1998) constituem uma das modalidades de descarga predominantes nos estados operatórios. Eles configuram condutas nas quais imperam dois elementos: a repetição do idêntico, no registro da compulsão à repetição e o recurso à atrelagem sensorial e à adesão ao perceptivo, evidenciado pela combinação de estímulos motores, visuais e sonoros.

Essa última característica corrobora a ideia de uma função defensiva da atrelagem perceptiva presente no pensamento operatório (GREEN, 2007a; AISENSTEIN 2020). O recurso à materialidade factual e concreta, passível de ser apreendido pela percepção, deve-se justamente à ausência de uma produção fantasmática que sustente o procedimento autocalmante. No caso de um sujeito ávido por atividades físicas extremas, por exemplo, o procedimento autocalmante não se liga a um ideal, como o nível qualitativo da performance esportiva que se busca atingir, a obtenção de um resultado sonhado ou a manutenção de uma forma física que capture o olhar desejante do outro. Em oposição aos autoerotismos, o que é buscado é um estado de calma, e não de satisfação: a contagem do número de passos e de batimentos cardíacos durante uma corrida, a sensação de poder respirar novamente após minutos de nado submerso, a exaustão posterior ao exercício. Não obstante, Smadja (1997) alerta que procedimentos autocalmente integram a psicopatologia da vida cotidiana, não sendo exclusivos aos pacientes operatórios.

Os procedimentos autocalmantes também não se confundem com os rituais obsessivos, porque não há uma fantasia inconsciente de que algo acontecerá ou deixará de acontecer se aquela atividade não for realizada.

⁴² Optamos por empregar o termo “estados operatórios”, que já aparece nos textos de Smadja (2001), a fim de contemplar diferentes vertentes do paradigma operatório: o pensamento operatório do qual se utilizam pacientes somatizadores ou não, o polo operatório de uma análise ou de uma sessão e a vida operatória instalada no curso de uma desorganização progressiva.

Maquinalmente, ela é simplesmente realizada. Por ser um comportamento cru e que remete à compulsão à repetição, não encontramos a dimensão qualitativa da descarga pautada no princípio do prazer, estudada por nós no subcapítulo anterior. Pelo contrário, o rebaixamento radical⁴³ das tensões, visado pela utilização dos procedimentos autocalmantes, aponta para a ação da pulsão de morte desintricada. No nosso entendimento, contudo, os procedimentos autocalmantes que se expressam por uma via comportamental e motora sempre incluem *algum nível* de projeção, e, conseqüentemente, de intricação pulsional, mesmo que a destrutividade predomine. Do contrário, não haveria mobilização da musculatura.

Clinicamente, identificamos os procedimentos autocalmantes como uma etapa que pode sinalizar um eventual intercâmbio entre os polos operatório e o limite da análise, ou vice-versa. Alguns dos procedimentos autocalmantes relatados por pacientes somatizadores nos vêm à mente: jogar um mesmo jogo de *videogame* por inúmeras horas, como forma de preencher um dia em que a dor de cabeça irrompe impiedosamente, sem que o paciente necessariamente pense nos comandos ou encontre prazer nessa atividade, atendo-se apenas às “cores da tela” e ao “barulho das teclas”; passar o dia todo em casa, durante toda a semana, sem trabalhar ou estudar, revezando-se entre o uso do aspirador (em cômodos já totalmente limpos) e inúmeras séries de flexões de braço.

Em seu célebre livro, *Os galeotes voluntários*, Szwec (1998) conta a história de um adolescente que havia sobrevivido a um grave acidente de carro. De acordo com a leitura do autor, ele havia começado a tocar bateria quase que “por acaso”, e deu prosseguimento à atividade simplesmente para buscar um estado de calma quando batia as baquetas com força e produzia sons ensurdecadores. Em um primeiro momento, o adolescente não demonstrava qualquer rastro identificatório com uma tribo, um gênero musical específico ou uma banda, não parecendo sonhar “com fama, nem com *shows* em público. Ele [tocava] bateria, ponto final” (SZWEC, 1998, p. 16, tradução nossa).

⁴³ Curiosamente, a excitação não se atenua. Tendo em vista o pertencimento dos procedimentos autocalmantes ao campo da compulsão à repetição, ela aumenta, pois deve ser repetida.

Interpretamos os procedimentos autocalmantes operatórios como uma espécie de redução de danos dos efeitos da destrutividade, uma defesa provisória e imediata, mas insustentável a longo prazo. Eles buscam contra- investir potencialidades ou estados traumáticos, e a incapacidade de recorrer a eles costuma revelar “uma angústia de qualidade difusa, parente próxima do estado de desamparo” ou “uma somatização” (SMADJA, 1997, p. 1430, tradução nossa).

Olga, a paciente cujo caso discutimos nesta pesquisa, conta ao analista que ficaria aliviada se pudesse recorrer a certas atividades, as quais associamos a procedimentos autocalmantes: “Se eu pudesse passar o dia todo capinando o mato aqui da frente de casa... isso seria uma terapia para mim. Eu ficaria menos nervosa, menos preocupada se meu filho vai aparecer para me atormentar ou não”. No caso dela, o acesso a essas condutas comportamentais é barrada justamente pelas dores nos braços. Naquilo que escutamos de seu discurso, é como se “passar o dia todo capinando o mato” substituísse qualquer necessidade de suportar e metabolizar a angústia permanente sentida por ela diante da relação com o seu filho, seu vizinho, que pode aparecer repentinamente com inúmeras reivindicações que a deixam “nervosa”.

A inoperacionalidade do princípio do prazer na defesa pelos procedimentos autocalmantes nos faz suspeitar também da operacionalidade reduzida do núcleo masoquista erógeno do Eu. Imaginamos que é exatamente por esse motivo que Smadja (2017) situa os procedimentos autocalmantes como um tipo de defesa muitas vezes pareado a uma solução masoquista mortífera. Conceito proposto por Rosenberg (1991/2003), o masoquismo mortífero configura uma versão perversa do masoquismo, que investe todo tipo de excitação desprazerosa, de vivência dolorosa. Se o masoquismo erógeno se defende da pulsão de morte investindo a dor causada por ela, em uma tentativa de tornar essa excitação prazerosa de alguma forma, “o masoquismo mortífero, ao aumentar significativamente essa defesa [contra a pulsão de morte] pode levar o sujeito à morte, siderando o funcionamento normal da libido e da autoconservação [...]” (ROSENBERG, 1991/2003, p. 110). Por esse motivo, ele seria um masoquismo “perverso”, “que deu certo demais” (ROSENBERG, 1991/2003, p. 110).

Previamente, havíamos nos indagado se seria correto afirmar que a pulsão de morte não pode buscar a satisfação da sua meta por meio de um objeto, visto que a meta é a destruição em si, e demonstramos o quanto a noção greeniana de desobjetalização parece conferir autenticidade a essa inferência. Um componente que distancia o masoquismo mortífero das outras formas de masoquismo (e o aproxima do campo das depressões essenciais) é o afastamento progressivo do objeto. O masoquismo erógeno torna suportável a dor do desamparo primário, retendo a tensão psíquica para que se possa encontrar, posteriormente, alguma satisfação na realização alucinatória no desejo (do objeto que está ausente). Ele abre a via para a satisfação objetal. O masoquismo mortífero, por sua vez, superinveste masoquisticamente a “excitação contida no desamparo primário [e] torna menos necessária a busca da satisfação pela alucinação da realização do desejo” (ROSENBERG, 1991/2003, p. 110).

O conceito de masoquismo mortífero é útil para a nossa hipótese acerca da passagem de um polo limite a um polo operatório e vice-versa. Há, nesse modo de funcionamento masoquista, o abandono progressivo do objeto, visto que a satisfação pela descarga proporcionada pelo investimento objetal é substituída pelo prazer da própria excitação, até que ela seja descarregada em larga escala, e não em pequenas doses, como nas soluções que demandam um trabalho psíquico por uma via mais longa. Ou tudo – para Olga, muitas lágrimas, investimento de toda recordação do traumático e da relação violenta com os objetos, revividas nos mínimos detalhes – ou nada, como no vazio psíquico dos momentos passados na cama.

Presumimos que, na psicossomática, exista uma manifestação específica do masoquismo mortífero. As variações drásticas da excitação e do tensionamento observadas na transição entre o polo limite e o polo operatório seriam demonstrativas disso. A presença do substrato erógeno no masoquismo mortífero parece ser tão tímida que, subitamente, praticamente desaparece e abre margem ao desinvestimento radical, conduzindo à vida operatória.

A exemplo dos procedimentos autocalmentes, não julgamos o masoquismo mortífero como uma solução defensiva sustentável diante da tendência autodestrutiva da pulsão de morte desintricada. A ele falta o

parentesco direto com o masoquismo erógeno, guardião da vida: enquanto os masoquismos libidinal e feminino se firmam a partir do núcleo masoquista erógeno, o masoquismo mortífero se rebela contra ele. Daí o risco das desorganizações psíquica e somática dos estados operatórios: é exatamente quando “o masoquismo falha que há doença psíquica ou psicossomática. Não é o masoquismo que faz adoecer, mas a pulsão de morte, quando o masoquismo não consegue ligá-la e intricá-la” (ROSENBERG, 2000/2019, p. 13, tradução nossa).

Se identificamos que o masoquismo erógeno, guardião da vida e promotor de intricação pulsional, está enfraquecido nos pacientes somatizadores, chegamos à conclusão de que a projeção também não poderá exercer sua função defensiva, direcionando a destrutividade ao exterior, já que pressupõe uma primeira fase de intricação masoquista para poder operar. Em suma, o masoquismo mortífero “tende, num caso extremo, a tornar inútil a projeção e por meio dela a relação de objeto; ele assegura o essencial da defesa contra a destrutividade interna e deixa pouco lugar [...] para a projeção” (ROSENBERG, 1991/2003, p. 111). Essa ausência da capacidade projetiva nos estados operatórios⁴⁴, atravessados pelo masoquismo mortífero, é uma marca fundamental do sujeito propenso a somatizar (SMADJA, 2017).

Em seu diálogo com os analistas do IPSO, Rosenberg (1998) sugere uma diferença primordial na forma como pacientes psicóticos e pacientes operatórios reagem à desintração pulsional. Ao material desse texto específico, adicionaremos algumas de nossas percepções pessoais e outros de seus aportes (ROSENBERG, 1997/2013).

Na psicose, a rejeição (ou forclusão) de uma representação insuportável leva a uma ruptura estrutural do Eu, formando uma zona que retém parte da pulsão desintricada. Conseqüentemente, o Eu começa a funcionar em um registro diferente (FREUD, 1924a/2016). Rosenberg (1997/2013) acredita que os psicóticos que recorrem às formações delirantes mais frequentemente tenham erotizado o estado de desamparo primário *em menor escala* ao seu investimento da busca de satisfação alucinatória (que mobiliza a projeção) como

⁴⁴Assunto a ser continuado no subcapítulo IV.b.

resposta à excitação deixada pelo desamparo, o que dificulta o acesso à prova de realidade.

De todo modo, o trabalho do delírio ocorre no plano psíquico, mesmo que a percepção e o soma sejam mobilizados conjuntamente. Isso nos autoriza a concluir que, na psicose delirante, o masoquismo mortífero está presente, mas em menor grau quando comparado aos estados operatórios dos pacientes somatizadores, principalmente nos casos de vida operatória e de depressão essencial. A capacidade projetiva também é maior (SMADJA, 2017). A título de exemplo, citamos a paranoia, que é rica em projeção, encarregando-se de expulsar uma parte da destrutividade e alojá-la em um perseguidor externo.

Nos casos de somatização, a ruptura não ocorre no interior do Eu, mas na continuidade somato-psíquica⁴⁵ como um todo, sendo o soma atingido pela pulsão desintricada (ROSENBERG, 1998). A relação entre o Eu e a realidade é aparentemente preservada nos estados operatórios e aguça os sistemas perceptivos, vide a hiperadaptação e a hipervigilância. A neutralização dos afetos, sobretudo da angústia, deixa o Eu menos equipado para responder às ameaças da pulsão de morte desintricada. Na lógica que seguimos, compreende-se que o Eu não sofre uma ruptura estrutural como na psicose, mas tem suas funções defensivas parcialmente paralisadas, desqualificadas. O simbólico não é forcluído, mas as ligações entre as representações são desfeitas (em níveis e durações variáveis) pela força da função desobjetalizante. Diante do bloqueio das respostas defensivas psíquicas do Eu, ocasionado pelo movimento de desorganização contra-evolutivo em curso, a possibilidade de se utilizar da projeção também fica restrita, o que acentua ainda mais a autodestrutividade.

Também traçamos uma diferença entre as somatizações e as passagens ao ato. Green (1990) apresenta o soma e o ato como os dois limites hipotéticos do psiquismo. Ele defende com veemência que a primeira tópica é centrada no paradigma da representação e se intersecciona com o modelo do sonho,

⁴⁵ Rosenberg (1991/2003; 1998) discorre, aliás, sobre o papel da intricação pulsional primária (sinônimo, portanto, de masoquismo primário) em garantir a continuidade psíquica, visto que se posiciona no encontro entre o orgânico (fonte da pulsão) e o psíquico (local de intricação das pulsões), de acordo com o que é postulado por Freud (1915/2013).

enquanto a segunda tópica circunscreve, no Isso, um terreno sem representação dada *a priori*, de onde partem moções pulsionais que exigem descarga. Mesmo que opostos entre si, a somatização e o ato são dois destinos do “psiquismo mais ou menos transbordado, [...] incapaz de conter em seus limites o que vem do inconsciente [...] ou de uma realidade demasiadamente traumática” (GREEN, 2002/2005, p. 208-209, tradução nossa), distinguindo-se dos mecanismos psíquicos inconscientes mais comuns ao modelo do sonho.

O direcionamento desses dois tipos de resposta para fronteiras opostas do psiquismo nos faz considerar as diferenças metapsicológicas implicadas nesses dois processos. No ato, a mobilização da musculatura e o direcionamento de uma parte da destrutividade para o exterior ou para um objeto apontam, mais uma vez, para a sequência processual que vai da intricação pulsional masoquista ao mecanismo de projeção. Mesmo que, no caso do ato, o núcleo masoquista erógeno não exerça a sua função de retenção psíquica em um grau que permita o apelo aos recursos psíquicos pela via longa, como o sonho e a fantasia, uma parcela relativamente menor da destrutividade se volta contra o sujeito.

Finalizamos este subcapítulo com um último conceito, disparador de questões centrais a serem discutidas no quarto e último capítulo desta dissertação. Selecionamos, no livro *A vida operatória*, de Smadja (2001), uma outra forma de conceber a especificidade do masoquismo dos pacientes somatizadores: o patomasoquismo. Diferentemente do masoquismo libidinal e do masoquismo moral, que se expressam pela via psíquica, o patomasoquismo se desenvolve “sob um outro registro, o do funcionamento somático” (SMADJA, 2001, p. 103, tradução nossa). Essa intricação pulsional masoquista promove um “processo de religação psicossomática a partir de uma ressexualização somática” (SMADJA, 2001, p. 103-104, tradução nossa). Uma vez instalada e diagnosticada, a doença muda de estatuto e o paciente somatizador pode gozar dela masoquisticamente. Sem batizá-lo como tal, Smadja (2001) descreve aquilo que, a partir de 2017, compõe o segundo tempo do trabalho de somatização, eixo que estudaremos no capítulo IV.

IV. O segundo tempo do trabalho de somatização: as possibilidades de reintricação pulsional

a. O segundo tempo do trabalho de somatização: o paradoxo psicossomático e a doença como objeto

Neste capítulo, faremos um paralelo entre o segundo tempo do trabalho de somatização, conforme teorizado por Smadja (2017; 2019), e o trabalho psíquico promovido pela instalação do enquadre analítico. Mais especificamente, buscaremos entender qual a função do enquadre no trabalho com pacientes somatizadores, contemplando aqueles que já apresentavam um processo de somatização em curso quando buscaram a análise; aqueles que a iniciam após a descoberta de uma doença somática; e, também, casos nos quais o processo de somatização irrompe durante o trabalho analítico.

No capítulo III, detalhamos o que ocorre no primeiro tempo do trabalho de somatização, com a destrutividade agindo sobre diversos objetos de investimento erótico: o enquadre analítico, as relações intersubjetivas, o tecido representativo, a atividade de pensamento, e, até mesmo, o psiquismo em si. Enquanto o processo de somatização progride pela via contra-evolutiva e desobjetalizante, as capacidades de elaboração psíquica pela mentalização permanecem facilmente barradas, mesmo que temporariamente. Como vimos, esse processo pode ocorrer de maneira mais ou menos longa, correspondendo às desorganizações progressivas e às regressões somáticas, respectivamente.

Esse processo é facilitado pela disfunção do masoquismo erógeno nos pacientes somatizadores e se desenrola até o ponto de virada⁴⁶ entre o primeiro e o segundo tempo do trabalho de somatização. Para além da retomada do movimento evolutivo e da reorganização, propiciada pelas fixações nas regressões psicossomáticas, Marty (1990) lista situações que provocam uma reorganização espontânea, capazes de interromper um movimento de desorganização em curso, mesmo nos casos em que ela se desenvolve

⁴⁶ Nossa tradução para o termo “*point de bascule*”, usado por Smadja (2017).

progressivamente. São situações como: eventos imprevisíveis, fazendo o investimento nascer ou renascer, toxicomanias, apaixonamentos sublimatórios, místicos, artísticos, sociais ou amorosos. Em meio a esses eventos relativamente aleatórios, a psicoterapia ou análise representariam uma ferramenta mais consistente e confiável para a reorganização.

Em todo caso, há situações em que a própria doença ou somatização são os marcadores dessa virada. A doença pode se anunciar demandando a atenção total do sujeito e do seu entorno, como em crises agudas ou no aparecimento de dores pronunciadas. Em outros cenários, a doença é descoberta por acaso, após um exame de rotina ou uma ida ao médico. A eclosão ou a descoberta da doença são barulhentas e interrompem o silêncio da ação radical da pulsão de morte. Isso se aplica aos casos nos quais o silêncio foi breve, como no curto-circuito psíquico pontual da regressão somática, e aos casos em que ele ocupou um extenso período, percorrendo uma trilha de desorganização progressiva.

A sensação de desconforto corporal e o recebimento de um diagnóstico médico acionam o campo perceptivo, exigindo algum tipo de olhar, investimento ou reorganização da economia libidinal. Para alguns pacientes muito distanciados de seus processos psíquicos, afetos e sensações, esse barulho pode ser necessário. O subcapítulo III.d., mostrou-nos como a ameaça da repetição do traumático no primeiro tempo do trabalho de somatização enclausura os pacientes operatórios nos campos do perceptivo e do sensorial, atrelando-os àquilo que é da ordem do factual. Para eles, doença é uma “prova” concreta (e, portanto, necessária) de que algo não vai bem. Em *Introdução ao narcisismo* (FREUD, 1914/2010), aprendemos que:

alguém que sofre de dor orgânica e más sensações abandona o interesse pelas coisas do mundo externo, na medida em que não dizem respeito ao seu sofrimento. [...] ele também retira o interesse libidinal de seus objetos amorosos, que cessa de amar enquanto sofre. [...] Diríamos então que o doente retira seus investimentos libidinais de volta para o Eu, enviando-os novamente para fora depois de curar-se” (Freud, 1914/2010, p. 17).

Esse retraimento, acompanhado do olhar à doença, funciona como uma captação de libido narcísica, um apelo à autoconservação. Afinal, a transposição da libido aos objetos só ocorre, segundo Freud (1914/2010), “quando o investimento do Eu com libido superou uma determinada medida” (p. 20). Ele conclui que “é preciso começar a amar, para não adoecer, e é inevitável adoecer, quando [...] não se pode amar.” (FREUD, 1914/2010, p. 20). Na psicossomática, isso se traduz pela busca em recuperar algo do equilíbrio homeostático (MARTY, 1976), na tentativa de balancear a economia psicossomática e de reobjetalizar os trabalhos representativo, fantasmático e onírico, para que, em um momento posterior, seja possível investir novos (ou antigos) projetos e relações.

Nesse momento, pode ser atribuído sentido à doença, já que a somatização não tem um significado simbólico oculto. Esse sentido só é criado *après coup*, a partir do segundo tempo do trabalho de somatização. Outro fator de extrema importância, sobretudo nos casos de desorganização progressiva, é o potencial erógeno e instaurador de laços intersubjetivos, uma vez mobilizado o entorno do paciente, graças aos cuidados médicos, terapêuticos e familiares. Independentemente da qualidade dessas relações (sabemos do desgaste que o cuidado de pessoas doentes pode gerar nas relações amorosas, de amizade e familiares), recupera-se alguma parcela de erotismo, mesmo que prevaleça a dimensão inquietante das relações objetais ou os componentes sádicos e masoquistas. Os próximos subcapítulos destacarão essa discussão.

Aqui, reencontramos também o patomasoquismo (SMADJA, 2001). Quando a intricação masoquista se inicia no plano somático, leva a uma “ressexualização da função somática alterada pela doença” (p. 103, tradução nossa). Uma possibilidade é que a doença adquira “figurações sádicas e persecutórias” (SMADJA, 2001, p. 103, tradução nossa) ou superegóicas (SMADJA, 2018; 2021)⁴⁷.

Associamos esses últimos quadros expostos por Smadja (2001; 2018; 2021) a duas dentre as quatro narrativas de sofrimento frisadas por Moretto (2019). Narrativas a partir das quais os sujeitos apresentam o adoecimento de seus corpos no contexto clínico-institucional: a narrativa de sofrimento do

⁴⁷ Abordaremos essa perspectiva no subcapítulo IV.e.

fracassado, pautada no fracasso pessoal, na culpa ou na vergonha em não corresponder a ideais culturais aos quais o sujeito se submete alienadamente; a narrativa de sofrimento do ressentido, na qual há atribuição da responsabilidade do sofrimento a um Outro; a narrativa de sofrimento do adoecido, na qual “se é uma doença”, o que estabelece laços que não existiriam sem ela e traz benefícios secundários. Na narrativa do adoecido, a via da linguagem e do trabalho representativo parecem não ser suficientes para recobrir o excesso, que se expressa predominantemente no corpo. A autora ainda faz referência a uma narrativa de sofrimento suplementar, a do informante, encontrada em sujeitos que detalham e descrevem fielmente o adoecimento de seus corpos, “sem questionamento, sem historicidade, sem autoria” (MORETTO, 2019. p. 67). As narrativas do informante e do adoecido têm forte ligação com aquilo que chamamos, dentro dos referenciais teóricos desta pesquisa, de estados operatórios (pensamento operatório e polo operatório da sessão ou do tratamento, vida operatória instalada).

Outra eventualidade é a expressão de um verdadeiro paradoxo psicossomático (SMADJA, 2011), que se exprime pelo “aparente bem-estar que se desenvolve temporariamente em relação direta com o aparecimento de uma doença somática em sujeitos cuja vida afetiva havia sido, até então [...], dominada por um estado de [...] mal-estar difuso” (p. 150, tradução nossa). Além de uma sensação temporária de alívio pela descoberta da doença (algo que os pacientes podem ter dificuldade ou vergonha em admitir), esse paradoxo psicossomático consiste em um movimento contínuo de reintricação pulsional e de retomada do trabalho representativo.

Em um de seus textos, Tabacof (2018) relata o atendimento psicanalítico de uma paciente que procura tratamento após uma mastectomia e a recidiva de um câncer de mama. Apesar da doença em fase terminal, a paciente começa a demonstrar um grande apetite pela vida, e formula uma frase que inspirou o título de seu artigo: *Eu vou morrer curada*. A “cura” à qual a paciente se refere é a cura da “doença antes da doença” (SMADJA, 2009). Essa frase exemplifica o potencial erógeno do paradoxo psicossomático e a capacidade de reorganização psíquica, mesmo quando a doença somática já progrediu significativamente, muito grave ou, no caso de sua paciente, letal.

Do ponto de vista da metapsicologia, considera-se que, uma vez descoberta, a somatização pode atingir um estatuto de objeto, que auxilia o sujeito a se reorganizar e a se re-libidinalizar (MARTY, 1990). Prolongando essa constatação, Smadja (2019) conclui que “a doença somática se torna um *novo objeto*, que oferece ao Eu novas possibilidades de reorganização ou de reobjetalização” (p. 15, tradução nossa, grifos do autor). Para ele, o segundo tempo do trabalho de somatização e o investimento da doença como objeto apontam para as capacidades de reintricação da destrutividade “a fim de reconstituir o núcleo masoquista erógeno primário sobre o terreno desse novo objeto que é a doença somática” (SMADJA, 2019, p. 15, tradução nossa).

No subcapítulo IV.b., vislumbraremos o enquadre analítico como objeto por meio do qual o investimento pode ocorrer, observando as consequências disso para o funcionamento psíquico do paciente somatizador. Pensando na função de reconstituição ou de fortalecimento do núcleo do masoquismo erógeno guardião da vida que ocorre no segundo tempo do trabalho de somatização, buscaremos compreender de que forma o trabalho analítico também colabora para esse processo.

b. “Dar um câncer em vez de ter um”

Para Olga, as sessões de análise interrompem, literalmente, as horas silenciosas passadas na cama. A manutenção de elementos do contrato analítico, como o horário marcado e o combinado de que eventuais faltas devem ser comunicadas (acordo que ela cumpre sem dificuldades⁴⁸), já garante algum investimento objetal. A matriz ativa, similarmente, convoca o psiquismo de uma forma muito contundente, pois a dupla transferência a convida para direcionar a força da ação pulsional à ligação de representações-coisa e representações-palavra, endereçadas ao analista.

O analista, por sua vez, sente que os encontros são surpreendentemente prazerosos e instigantes, mesmo diante do conteúdo denso e sombrio das sessões. É sentido, inclusive, alguma espécie de *satisfação* nos momentos em que ela se desprende de descrições desafetadas de tipo operatório e chora ao

⁴⁸ É importante ressaltar que essa análise ocorre em uma instituição.

narrar lembranças dolorosas. O analista é habitado por uma impressão de que “é melhor que as coisas sejam assim”: é preferível que a paciente possa aproveitar o espaço seguro delimitado pelas fronteiras do enquadre analítico para rememorar vivências difíceis e extravasar as suas emoções. Essas lágrimas e palavras doídas lhe parecem mais saudáveis do que a vacuidade nebulosa pela qual a paciente alega ser consumida quando está em casa, em uma impossibilidade de pensar algo que não seja “ficar sozinha, no seu canto”.

Ainda no início da análise, Olga falta a algumas sessões e envia mensagens nas madrugadas anteriores para se justificar, dizendo: “Não vou, porque estou muito doente”, “Não vou, porque preciso ficar no hospital, em observação”, ou, simplesmente, “Não vou, estou muito triste, não estou bem para *falar*”. O reflexo imediato do analista é indagar internamente se algo naqueles encontros teria uma natureza excessiva e traumática, e se essas idas ao hospital coincidiriam com algum movimento de desorganização ou regressão. Perguntamo-nos se essa racionalização não seria influenciada pela leitura de textos de autores como Delourmel (2013; 2018), que descrevem o adoecimento somático de pacientes durante a análise. Com efeito, nesse momento de preocupação, o analista passa a ter sonhos nos quais descobre um câncer, recebendo a notícia de seu próprio analista, ou passa por cirurgias para a amputação de uma perna, semelhante às “mutilações” pelas quais Olga passou (retirada da mama, dos ovários, das trompas).

Lembramos de uma frase da personagem Clara, também sobrevivente de um câncer de mama, vivida pela atriz Sônia Braga no longa *Aquarius*: “Eu prefiro *dar* um câncer em vez de *ter* um”. No auge de uma longa disputa que a coloca em um estado de grande desamparo, Clara busca formas de resistência. Na fala citada, o ato de reagir às investidas de seu oponente é diretamente associado a não sucumbir a um câncer. Pensamos que, com o decorrer da análise de Olga, e até mesmo no desenrolar de uma mesma sessão, a força silenciosa da pulsão de morte, que a puxa na direção oposta à do enquadre, abre lugar a algum ruído. Nesse contexto, algum tipo de erotização da destrutividade torna-se viável, é possível chorar incansavelmente diante de alguém, lembrar de datas traumáticas, mas também projetar, ser sádica: *dar* um câncer em vez de *ter* um.

Entendemos que a sustentação do enquadre por parte do analista leva à emergência de algo novo, ou no mínimo pouco habitual, para alguns pacientes: o objeto analítico pode ser investido de maneira contínua. Duas funções do objeto, a de ser objeto de satisfação e a de ser capaz de “aliviar” o Eu, onde a destrutividade pode estar represada, integram aquilo que Rosenberg (1995/2019) chama de importância vital do objeto. À vista disso, em análise também lidamos com um investimento que pode ter caráter agressivo, apontando para uma mistura entre as duas pulsões, ainda que, em determinados casos, a pulsão de morte leve ligeira “vantagem”. A referência a Freud (1933/2010) nos parece incontornável: “é como se tivéssemos que destruir outras coisas, para nos guardar da tendência à autodestruição” (p. 255).

Em um cenário de maior desintração pulsional, com sobressalência da função desobjetalizante, podemos ter a impressão de que o desinvestimento é uma grande ameaça para a própria continuidade do trabalho analítico e para o prosseguimento das sessões, assunto ao qual nos dedicamos nos subcapítulos I.f. e III.d.

A função retentiva proporcionada pelo enquadre, favorecida por aquilo que Chervet (2009) chama de imperativo processual ou de inscrição, fica mais clara ao analista em uma sessão na qual Olga diz ter encontrado um conhecido a caminho da análise: “Não disse a ele que viria ao psicólogo, falei que iria à *casinha da dor*, assim não precisaria ficar explicando o que venho fazer aqui”. *Casinha da dor*, aqui, refere-se a outro prédio do complexo hospitalar, onde são tratados pacientes com dor crônica. O analista repete, em tom interrogativo, colocando ênfases distintas à primeira e à última palavra: “*casinha da dor?*”. Nessa mesma sessão, ela narra extensivamente a “casa mal-assombrada” onde mora, e as situações de horror vividas ali, algumas décadas antes. Escrevendo este trabalho, pensamos que não mais apenas seu corpo, mas sua mente e o enquadre analítico também são “casinhas da dor”. É como se o dispositivo analítico também tensionasse o psiquismo de Olga, promovendo uma rememoração *après coup*. A dor parece encontrar moradas, espaços de contenção, e, subsequentemente, inscrição psíquica.

Em outra sessão, alguns meses depois, ela conta: “Ontem estava pensando que queria sumir, ir embora. Saí de casa e fiquei vagando pelo bairro.

E aí lembrei que você me pergunta: 'sumir para onde?'. Liguei para uma amiga e fui visitá-la". Mesmo ausentes, o analista e o enquadre mostram-se presentes.

Em contrapartida, o pacto pelo qual se firma a situação analítica (FREUD, 1940/2014) também se faz presente⁴⁹, e o enquadre interiorizado pela paciente também impõe suas constrictões e cobranças. A transferência efetivamente se revela bifurcada, com o analista e com o enquadre: "Já fiquei três semanas sem vir, não dava para faltar de novo, nós combinamos"; "Eu estava no hospital, e sabia que não teria como vir. Aí já falei: 'alguém avisa o Pedro'. Eu sei que você vem de longe, que tem outras pessoas para atender".

Essa inscrição psíquica, porém, tem um preço ainda mais custoso. Poucos meses após o início da análise, Olga chega às sessões em um estado de desespero cada vez maior, dizendo que sua mente está sendo habitada por "vozes", como se os seus pensamentos e lembranças ecoassem de forma amplificada. Em relatos desconcertantes, ela conta o que escuta dessas "vozes", que parecem se inspirar naquilo que já ouviu em situações de confronto, violência e humilhação, sobretudo da sua mãe, seu filho, seu ex-marido, sua ex-sogra e alguns de seus médicos. Tais vozes a perseguem diariamente, repetindo frases como: "Já que você não melhora nunca, por que você não morre logo?" ou "Se você sair de casa para ir à instituição (na qual ocorre o tratamento analítico), sairá toda ensanguentada. Tem tido assalto no bairro".

O analista fica confuso quanto ao diagnóstico estrutural, interroga-se acerca da direção do tratamento. Uma dúvida o corrói: seria aquilo da ordem do trabalho do delírio, inscrito em uma estrutura psicótica? Sente-se órfão de teorias que possam recobrir o vazio deixado pelo impasse clínico. São buscadas diversas supervisões, com diferentes analistas, de diferentes instituições. Mesmo com o aparecimento da palavra "vozes" e o estado de grande angústia da paciente, o analista não leva a cabo a hipótese de psicose. Ela descreve as "vozes" com um certo distanciamento, assemelhando-se mais a pensamentos internos que a invadem, que a tomam de sobressalto, do que a fenômenos alucinatórios

⁴⁹ Os combinados referentes aos elementos variáveis do enquadre foram firmados na primeira sessão e não foram retomados em sessões posteriores, diga-se de passagem, com a exceção das mudanças de horário devido à passagem do atendimento presencial para a modalidade *on-line*.

encarados em sua materialidade indiscutível. Em uma das sessões desse período, por exemplo, ela associa as “vozes” às falas que já escutou de alguns conhecidos, que sempre a questionaram “Você não melhora nunca dessas dores?”.

Espantosamente, as fortes dores espalhadas pelo corpo, antes descritas religiosamente pela paciente, não apenas deixam de ser um tema central nas sessões durante algum tempo, mas estão, segundo ela, menos presentes, menos intensas. Notamos essa coincidência em alguns outros atendimentos de pacientes somatizadores. Essa constatação consolida a nossa hipótese de que, no decorrer da análise, o complexo composto pelo polo operatório, pela depressão sem tristeza (MINERBO, 2020) e pela dor somática pode criar lugar ao polo limite, à depressão com tristeza e à dor psíquica.

Nesse momento, Olga se protege como pode. Muito angustiada diante da massa humana, que deve enfrentar quando sai de casa, e das sonoridades difusas no ônibus e na sala de espera, ambos lotados, ela começa a escutar, com fones de ouvido, gravações que encontrou no *YouTube*, contendo horas de sons de chuva e de barulhos da natureza. Esses sons meditativos e relaxantes teriam uma função autocalmante? O mesmo recurso era utilizado em casa, quando sentia que sua “mente ia explodir” de “tanta coisa”.

Inspirado por uma de suas supervisões, com Diana Tabacof⁵⁰, o analista resolve apostar em uma interpretação mais direta em uma das sessões. Como de costume, ela relata a dificuldade em ter saído de casa para ir ao local do atendimento, confessa que se questionou se valia a pena ir à sessão, conta que chorou na baldeação, pois “sair de casa e ver tanta gente” era muito difícil. O analista, então, diz algo que vinha mantendo em reserva: “Não deve ser fácil, saber que estou aqui te esperando, no horário que marcamos. Você disse que não foi uma pessoa cuidada, apesar de também ter dito que gostaria de ter sido”. *Après coup*, a enxergamos como uma interpretação da transferência, algo que não é muito familiar ao analista, mas que também opera na transferência, remetendo à dimensão de terceiridade do enquadre e aos objetos da história de

⁵⁰ Pela ajuda com o manejo do caso clínico ao longo dos anos, também gostaria de agradecer a Cristiane Curi Abud, Marion Minerbo e Luciane Falcão.

Olga. Ela responde: “Realmente... até minha mãe tentou me matar”. Ela conta da mãe “perturbada”, que passou por inúmeras internações em hospitais psiquiátricos, e que a punia com violência. É curioso que, em outros momentos, nos quais ela não se sente bem psiquicamente, o termo “perturbada” também se aplica a ela.

Além de ter descrito a agressão por parte da mãe, que foi sentida por ela como uma tentativa de assassinato, Olga relata um castigo recorrente da sua infância, no qual ficava com os braços levantados quase verticalmente, apoiada na parede. Ela então passa suavemente as mãos pelos braços, dizendo: “doía muito, parece a dor que eu sinto agora”⁵¹. Desde a primeira entrevista, o analista havia notado, na linguagem mimo-gesto-postural empregada por Olga, a potencialidade de usar a dor física como suporte para expressar algo da ordem do sofrimento psíquico. Partindo das dores físicas, ocorre um deslizamento gestual e metafórico enquanto ela as lista: as mesmas mãos que indicam a “dor nos braços” percorrem o seu ombro e terminam na parte mais alta do seu pescoço para denotar “uma angústia...!”.

c. O masoquismo solicitado pelo enquadre, a intricação masoquista proporcionada pela enquadre

Chervet (2016) pontua que, mesmo que Freud não tenha se ocupado em investigar a dimensão sádica ou masoquista de uma análise, a análise do Homem dos Ratos (FREUD 1909/2013), por exemplo, coloca-o às voltas com a questão da erotização e da dessexualização do método analítico. Não foi por acaso que Freud (1905[1904]/2017) se sentiu impelido a alertar que o trabalho analítico “exigiria” muito do paciente, utilizando, inclusive, a palavra “sacrifício” para descrever o custo da “sinceridade total” (p. 70) que se espera dele. Quando pensamos em erotização ou dessexualização do método analítico, lembramos daquilo que foi discutido anteriormente no que diz respeito à objetualização e à desobjetualização do enquadre por parte de ambos os membros da dupla

⁵¹ Relembramos que, do ponto de vista psicossomático de Marty (1976), a somatização não possui um sentido simbólico oculto, não é um sintoma e nela não operam os mecanismos de condensação e deslocamento. Algum sentido só pode ser atribuído *après coup*, em análise e/ou no segundo tempo do trabalho de somatização.

analítica, visto que o objeto analítico (GREEN, 1990) é criado e investido por ambos e ocupa o lugar de terceiro na relação estabelecida entre os dois.

O prazer em desenvolver a atividade de pensamento depende, para Chervet (2015), da possibilidade de suportar o caráter doloroso da retenção da excitação pulsional no psiquismo, transformando-a pelo trabalho representativo. O trabalho psíquico fica impedido quando não há tolerância da tensão desprazerosa. Direcionando nosso foco ao contexto analítico, ainda com Chervet (2016), concluímos que, em análise, o masoquismo seria “solicitado pelo método, de forma evidente pelo protocolo, mas [solicitado] de forma ainda mais clara pela exigência a mentalizar, segundo as diferentes formas que esta convoca” (p. 723, tradução nossa).

Isso significa que o masoquismo erógeno é a condição básica para qualquer forma de trabalho psíquico: desde a primeira retenção dolorosa que se opõe à tendência a descarregar intrínseca à pulsão, até o trabalho associativo em uma sessão de análise. Nas palavras de Rosenberg (1991/2003), “a apreciação do peso do núcleo masoquista erógeno no centro da relação de objeto é essencial na indicação de psicanálise, como aliás, inversamente, na indicação de condutas psicoterápicas da cura analítica” (p. 107-108). Mesmo que não nos atenhamos à discussão que diferencia psicanálise e psicoterapia psicanalítica, julgamos extremamente importante a colocação de Rosenberg.

Orientados por essa citação, somos levados a inserir a escuta do núcleo masoquista erógeno do paciente na investigação psicossomática (e nas entrevistas de análise de maneira geral), como um dos critérios determinantes para a prescrição dos elementos variáveis do enquadre, especialmente a escolha do dispositivo e o número de sessões. A título de exemplo, a utilização do dispositivo divã-poltrona depende da capacidade, por parte do paciente, de tolerar a ausência de contato visual com o analista, algo que não combinaria com os estados operatórios e sua atrelagem perceptiva e adesão ao factual. Os aspectos técnicos, como a modulação do silêncio do analista, tema caro a Green (1990), e as modalidades interpretativas, também devem ser ajustadas de acordo com os recursos intrapsíquicos do paciente.

Para pensar a intricação masoquista inerente ao discurso em análise, evocamos as proposições de Rolland (1999; 2004). A sonoridade vibrante da palavra pronunciada em análise tem sua raiz na *dor* da renúncia ao princípio do prazer, condição para sua enunciação. Semelhantemente, pensamos que não há utilização da linguagem sem que seja suportada a dor decorrente da ausência ou da perda do objeto. Sob a ótica de Pontalis (1988), a linguagem seria um trabalho interminável de luto por intermédio do qual “prestamos queixa de todas as separações das quais fomos vítimas” (p. 250, tradução nossa), ou melhor, das quais *acreditamos* ter sido vítimas (MARKY-SOBRAL; CAVALHEIRO, 2021). Assim, julgamos que a possibilidade de suportar um processo analítico, no qual inúmeras sessões se encadeiam, tem como pré-condição o encontro de algum tipo de *prazer na dor* em narrar o caminho tortuoso de perdas, ausências e renúncias.

E o que ocorre quando essa intricação masoquista primária não exerce plenamente a sua função de ligar a pulsão de morte à libido, reduzindo o poder autodestrutivo de Tânatos e criando uma excitação paradoxalmente prazerosa graças à co-excitação libidinal? Há salvação para a análise? Apostamos que caberá exatamente ao enquadre analítico essa função intricante, solicitando toda e qualquer participação do núcleo masoquista erógeno da qual o Eu do paciente dispõe, por mais tímida que seja. Se o masoquismo mortífero é o protagonista absoluto durante a maior parte do tempo, a análise dificilmente tem continuidade. Aliás, a transferência nem mesmo seria possível sem que alguma parcela de projeção entrasse em jogo (ROSENBERG, 1997/2013). As linhas de demarcação do enquadre analítico (a matrizes ativa e os elementos variáveis) e o espaço vazio desenhado no interior delas atraem investimentos, favorecem a objetualização, fabricam transferências. No próximo subcapítulo, arriscaremos uma reflexão quanto ao processo que ocorre do ponto de vista do analista.

Reforçamos as ideias já apresentadas anteriormente: há uma luta interna contra a tendência ao desligamento radical, que inicialmente coloca o próprio sujeito em risco. Ou a pulsão de morte “se volta contra o mundo exterior, como agressividade”, ou ela “poderá retroceder, elevando a medida de autodestruição vigente no interior”, envolvendo “graves danos” (FREUD, 1933/2010, p. 255). Quando o sadismo não se expressa por meio de um objeto no qual a

destrutividade é projetada, o masoquismo ocupa “sozinho todo o espaço, [isolando] o Eu do objeto e se [tornando], assim, mortífero” (ROSENBERG, 1991/2003, p. 106). Na melhor das hipóteses, a cultura regula esse impulso violento de sobrevivência, e o sujeito permanece com uma parcela de agressividade no seu interior, ligada pelo Supereu e se manifestando como sentimento de culpa inconsciente. O masoquismo moral e o masoquismo libidinal também surgem como alternativas. Esse estudo ocupou Freud (1923/2011; 1930/2020; 1933/2020) persistentemente em seus últimos anos de vida e confirma que a restrição da satisfação pulsional é dupla. O adoecimento psíquico do sujeito não se deve apenas à repressão dos seus impulsos eróticos, chave de leitura preponderante no início de sua obra (FREUD, 1908/2020), mas também à impossibilidade de dar vazão aos impulsos agressivos.

d. O analista, guardião do enquadre

Quais processos estão em jogo na perspectiva do analista, enquanto guardião e propositor do enquadre? Similarmente ao paciente, uma disposição masoquista erógena é altamente requisitada do lado do analista, a começar pela necessidade de manutenção da neutralidade benevolente e do princípio de abstinência. A atenção livremente flutuante e a interpretação também solicitam um nível de retenção que tensiona seu psiquismo. A partir da escuta analítica, dados da sessão de análise e da associatividade do paciente como um todo (nos registros verbal, mimo-gesto-postural, da dupla transferência, da transferência sobre o enquadre) se inscrevem em diferentes registros psíquicos do analista (inconsciente, pré-consciente, consciente), sendo retidas e reorganizadas *après coup*. Essas ligações, promovidas pelo *après-coup*, por vezes culminam no ato interpretativo, constantemente mantido em reserva por algum tempo, à espera do momento mais adequado para a sua enunciação.

Robert e Kupermann (2012) percorrem as diversas facetas da transferência negativa na obra de Freud, sugerindo que diferentes modalidades de sofrimento e de funcionamento psíquico conduzem a expressões distintas da transferência negativa. A aptidão em resignar-se diante da pressão exercida sobre o enquadre, ou, até mesmo, diante da hostilidade explícita do paciente, sem responder com atuações contratransferências prejudiciais ao tratamento, remete, sem dúvidas, à tolerância (e ao investimento) do desprazer vivido na

relação com o paciente. Mais particularmente no que se refere à postura do analista perante a transferência negativa nas neuroses graves, narcísicas ou traumáticas, Kupermann (2019) destaca o aporte de Ferenczi. Acreditamos que “a disponibilidade e o vigor necessários para resistir *no* encontro promovido pelo campo da afetação” (KUPERMANN, 2019, p. 98, grifos do autor) exigem erotização, realizada pelo núcleo do masoquismo erógeno do Eu inconsciente do analista. O autor ainda relembra a imagem do “joão-bobo”, ou “joão-teimoso”, evocada por Ferenczi (1928/2020), que não perde o equilíbrio frente aos golpes sofridos.

Ainda que a conservação da posição analítica demande grande passividade do analista (e a erotização dessa posição passiva), a prescrição do enquadre torna-o agente de um investimento ativo. Essa atividade nem sempre se manifesta de maneira óbvia, afinal das contas, a instalação do enquadre analítico também responde a instâncias terceiras, a uma metodologia que o analista aprendeu, interiorizou, e pôde, desde então, replicar com as alterações que julga pertinentes (elementos variáveis do enquadre, de seu manejo e da interpretação). Dito isso, essa parcela de atividade do analista pode se expressar com sutileza: em casos como o de Olga, o contrato de trabalho foi exposto na primeira sessão, e, desde então, não precisou ser retomado. O analista apenas esteve presente no local de atendimento, no horário combinado.

E se essa atividade silenciosa do analista, que se traduz majoritariamente pelo estabelecimento e pela preservação do enquadre, for sentida como causadora de dor, abrindo margem a uma relação transferencial atravessada pelo masoquismo? Podemos considerá-lo sádico? Transcrevemos uma frase provocante de Chervet (2016), que defende não ter dúvidas de que:

“a dimensão sádica esteja implicada no método analítico através das diversas restrições próprias ao protocolo, mas também da regra [fundamental], [e] da prescrição da liberdade associativa que faz aparecer atrações negativas, que exigem um trabalho psíquico como contraponto” (Chervet, 2016, p. 723, tradução nossa).

O passo seguinte, naturalmente, é a investigação de algo que suspeitamos ser da ordem do investimento sádico contido no funcionamento

psíquico do analista. Reiteramos que enxergamos o sadismo como uma forma de investimento pulsional ativo, posterior à co-excitação libidinal pela via do masoquismo erógeno, o qual, neste caso, é ligado e direcionado ao exterior por intermédio de um objeto. Enfim, enfatizamos que não nos referimos necessariamente ao paciente como um objeto com o qual se é sádico, que poderia levar à obstrução da escuta analítica ou a atuações por parte do analista.

Na melhor das hipóteses, esse investimento ativo almeja manter vivo o espaço analítico, respeitadas as particularidades do funcionamento psíquico do paciente. O objeto investido “agressivamente” pelo analista pode ser, por exemplo, o próprio enquadre analítico que vacila, o qual ele tentaria salvar o tanto quanto possível. Em outras situações, nos aproximamos daquilo que Kupermann (2019) identifica como uma “persistente resistência [...] em reconhecer um fenômeno próprio da constituição subjetiva e da relação intersubjetiva” (p. 110). Um objeto que poderia ser investido de forma violenta seria o método analítico enquanto objeto idealizado pelo analista, exageradamente aderido a um modelo estanque que lhe foi transmitido em seu percurso formativo. Isso pode levar a um mau uso das ferramentas técnicas, como no caso do silêncio do analista, plano de fundo potencial para as associações livres e a neurose de transferência. Green (1990) insiste que o silêncio, quando mal-empregado, pode levar a efeitos “mortificantes” das análises, em especial nos casos que não necessariamente se favorecem do uso do dispositivo clássico divã-poltrona.

No sentido oposto ao da desobjetualização do enquadre, presente na clínica da destrutividade, nos estados limites, nos casos de somatização, e até nos momentos em que o enquadre é pressionado em qualquer análise, consideramos os trabalhos de objetualização e preservação do enquadre como expressões do que chamaremos *sadismo guardião da vida*⁵² do analista. Na nossa visão, em qualquer análise, a enunciação da regra fundamental e a manutenção da matriz ativa e dos elementos variáveis do enquadre (GREEN, 2002/2005) atestam, simultaneamente, a capacidade por parte do analista em suportar de forma masoquista os ataques que o paciente pode dirigir ao objeto

⁵² Fazemos uma referência implícita ao “masoquismo guardião da vida” enunciado no título do livro de Rosenberg (1991/2003), que se inspira em Freud (1924b/2016).

analítico e ao enquadre, e o investimento libidinal ativo contido no esforço constante em promover o trabalho psíquico do paciente.

Chervet (2009) e Green (1990; 2002/2005; 2010) descrevem o enquadre analítico e a regra fundamental como traduções, no contexto da técnica analítica, de um imperativo com função de terceiro. Em conformidade com aquilo que já introduzimos no capítulo I e no início deste subcapítulo, precisamos que esse terceiro é impessoal, pois é exterior à dupla analítica, e responde a uma metodologia instituída pelo movimento psicanalítico. Pensamos que analista e paciente sempre se reportam a ele, inevitavelmente: o analista nunca deixa de contemplá-lo, seja para criticá-lo, respeitá-lo, transgredi-lo, modificá-lo ou dialogar com ele. Para Green (2010), do lado do paciente, o grande desafio ao longo de toda a análise é colocar em prática aquilo que é pregado pela regra fundamental.

Como seria possível justificar metapsicologicamente essa noção de sadismo guardião da vida com a qual experimentamos? Chervet (2009) emprega a terminologia *imperativo processual* ou de *inscrição* para descrever uma constrição que “tende a inscrever psiquicamente o que tende a desaparecer” (CHERVET, 2009, p. 1365, tradução nossa) visto a natureza conservadora das duas pulsões: o estabelecimento de ligações cada vez maiores (FREUD, 1940/2014) no caso de Eros, direcionado a uma “extensão infinita” (CHERVET, 2009, p. 1424, tradução nossa), e o retorno ao inorgânico buscado pela pulsão de morte (FREUD, 1920/2013).

Esse imperativo processual é colocado implicitamente a partir do momento em que se pede para que o paciente “diga livremente tudo aquilo que lhe vier à cabeça”. Conforme conjectura esse mesmo autor (CHERVET, 2007), há uma enorme contradição na prescrição da regra fundamental: o “*dizer*” contradiz o “*tudo*”, uma vez que a linguagem restringe a expressão dos processos primários. Por conseguinte, a demanda de recorrer à “palavra desligada⁵³” (CHERVET, 2007, p. 27, tradução nossa) da associação livre,

⁵³ No nosso entendimento, essa palavra seria desligada por flertar com os processos primários, não sendo esperada dela a mesma coerência ou inteligibilidade de outros contextos da vida cotidiana.

solicitada pela regra fundamental, convoca, simultaneamente, os processos de regressividade extintiva das pulsões (campo do “tudo”) e de imperativo processual dos processos de linguagem (campo do “dizer”).

Para Freud (1913/2017), a regra fundamental deve ser impreterivelmente comunicada ao paciente nesse estágio inicial do trabalho. Ele chama a atenção para diversos códigos e indicações a serem respeitados quando se busca empreender um trabalho analítico, sendo indispensável “esclarecer a situação ao paciente antes que ele dê início ao tratamento” (FREUD, 1913/2017, p. 129). Relacionamos essa diretriz freudiana à importância de estabelecer o enquadre pela via de um contrato analítico regulador dos seus elementos variáveis, pacto ao qual o paciente deve poder consentir. A psicanálise, cujo processo não pode transcorrer de maneira demasiadamente rápida ou simplificada, não estaria isenta de “dificuldades [e] sacrifícios (FREUD, 1913/2017, p. 129).

De fato, Freud (1919[1918]/2017) situa o processo analítico na esfera de um trabalho árduo e dispendioso, que só ocorre na privação e na abstinência. Ainda que Freud (1919[1918]/2017) justifique que isso não seria sinônimo de “falta de toda satisfação” (p. 196), podemos reparar que o trabalho analítico é abordado por ele com dureza e resignação, em razão da sua crença de que a análise exige, invariavelmente, uma série de renúncias e grande disponibilidade por parte da dupla analítica. Essa disponibilidade certamente se vincula à disposição intricante do núcleo masoquista erógeno. Do seu ponto de vista, nessa extensa jornada, não se deve renunciar tão prontamente à “força motriz [Triebkraft] que impele para a cura” contida no “estado de sofrimento [Leidenszustand]” (FREUD, 1919[1918]/2017, p. 196) do paciente. Ele complementa esse argumento com bastante ousadia, ponderando que:

“temos de – por mais cruel que isso possa parecer – cuidar para que o sofrimento, de algum modo eficaz, do paciente não termine antes da hora. Se pela decomposição e desvalorização dos sintomas ele foi reduzido, em algum outro lugar precisamos reerguê-lo como uma privação sensível, senão corremos o risco de nunca alcançarmos nada além de melhoras modestas e insustentáveis” (Freud, 1919[1918]/2017, p. 196, grifos nossos).

Mesmo que não tomemos todas as orientações de Freud na sua literalidade, concordamos com a proposição de Chervet (2016), de que haveria uma dimensão sádica intrínseca à forma como o fundador da psicanálise concebe o método analítico. Recordamo-nos da expressão facial de chateação que um paciente manifesta quando algumas das sessões são encerradas, culminando na seguinte fala, logo no início de uma sessão: “Eu ia falar disso na última vez, mas você foi *cruel* e terminou a sessão”. Também resgatamos a sensação paradoxal de satisfação sentida pelo analista no início do atendimento de Olga, sempre que, espontaneamente, o seu discurso transicionava de um estado desafetado a uma erupção de afetos, ainda que acompanhado de dor psíquica.

O significante “cruel”, compartilhado por Freud (1919[1918]/2017) e pelo paciente citado remete-nos, de certa forma, à existência de um sadismo analítico guardião da vida, responsável por reforçar as linhas demarcadoras do enquadre e regular os movimentos de desintração e intricação pulsional, mobilizando um trabalho psíquico em larga escala. O “sadismo” também está contido nas contradições inerentes àquilo que é requisitado pelo analista e pelo método, que mobilizam um vai-e-vem contínuo entre desligamento e religação, processo primário e secundário, desintração pulsional e reintração. É o caso da oposição paradoxal que já pontuamos na regra fundamental, o “dizer tudo que vem à mente”: há uma incompatibilidade entre a força regressiva e de desligamento do “tudo” e a exigência de representação e inscrição do “dizer”.

Na análise de casos difíceis (entre eles os de pacientes somatizadores graves e os de estados operatórios), esses elementos se acentuam ainda mais. E o papel do analista parece ser, mais do que nunca, manter operante o enquadre analítico (GREEN, 1990; 1996/1998), posto que é sentido muito dolorosamente pelo paciente, por ser fonte de demasiada tensão, sendo atacado incansavelmente. Retomamos, outra vez, algumas contribuições já expostas, como a síndrome de desertificação psíquica face às demandas custosas do enquadre (GREEN, 2013) e a posição fóbica central (GREEN, 2002). Pensamos que essas situações limites da prática analítica evidenciam veementemente um

sadismo guardião da vida do analista (solicitado inconscientemente), pois a postura que leva à manutenção do enquadre por si só já convoca algum tipo de trabalho psíquico doloroso no paciente. Se há tendência ao esvaziamento, o enquadre produz uma ligação que não é natural para o paciente (no caso da regressividade extintiva que tende ao esvaziamento das representações e dos afetos no polo operatório) ou que é marcada pela dor (no caso do masoquismo tal como se expressa no polo limite, que transforma os resquícios de investimento libidinal objetual em investimento de uma relação dolorosa).

e. Supereu e ligação da destrutividade pela via da culpa

“Você é culpada, você é culpada, você é culpada”. É o que ecoa na mente de Olga no segundo semestre de sua análise. “Não sei de onde isso vem. Culpada por qual motivo?”. O analista repete a pergunta feita por ela: “Culpada? Por qual motivo?”. Mais adiante na mesma sessão, ela diz: “Sei lá, por não ter sido uma boa mãe? Eu fiz o que pude”. A partir de então, a paciente pode relatar, pela primeira vez, situações nas quais ela se utilizou de muita violência, punindo e agredindo seu filho de maneira semelhante à praticada pela sua própria mãe na infância. Seu lado violento, já percebido pelo analista quando recebia as mensagens de madrugada, é descrito em maiores detalhes, incluindo agressões físicas contra o irmão mais novo durante a adolescência.

Olga descreve, algumas semanas depois, o dia do grave acidente de carro sofrido pelo filho, que passou um longo período na Unidade de Tratamento Intensivo. Nessa ocasião, ela realizava uma mudança e não se dirigiu imediatamente ao hospital, o que foi duramente criticado por todos ao seu entorno: “Eu estava sozinha, como sempre, fazendo tudo sozinha, e não podia pagar um outro caminhão para levar as minhas coisas. E ninguém me explicou a gravidade do acidente na hora, então eu demorei para ir...”.

Esse momento do tratamento coincide com o reaparecimento de sonhos, contados espontaneamente durante as sessões. Em um deles, ela está em uma festa, na casa onde mora o filho. Seu irmão aparece, como uma criança, e pede comida. Ela apenas observa e não o alimenta, o que a deixa com uma “sensação de culpa”. Em outro sonho, ela encontra uma mala repleta de dinheiro. Ela

descobre que a mala pertencia a uma senhora idosa e fica em dúvida se deve guardá-la para si ou não.

O relato do segundo sonho faz o analista recordar o que ela havia contado no início do trabalho, sobre os cuidados que exercera com duas mulheres idosas, sua mãe e sua ex-sogra, pouco tempo antes de seus respectivos falecimentos. Algumas décadas antes, ela cuidara de sua mãe na fase terminal de sua doença, “Porque ela era minha mãe, né, mesmo tendo feito coisas ruins para mim”. Pouco antes do acidente do filho, alguns dos familiares do ex-marido pediram que ela cuidasse da ex-sogra, ao lado de quem ela alega ter vivido péssimos momentos. Ela aceitou o convite, porque seria uma oportunidade de ganhar “um dinheirinho”. O trabalho com a ex-sogra não durou muito tempo, e, em análise, ela se pergunta o motivo de ter cuidado de uma pessoa que tinha causado tanto sofrimento em sua vida: “Não sei como eu não falei nada para ela naquela época. Aquela víbora”. O analista intervém: “O que queria ter falado?”. Olga responde: “Ah, não sei. Alguma coisa do tipo, ‘tá vendo, agora você é que está dependendo de mim, está tudo na minha mão’”. Pouco tempo depois, a ex-sogra morre.

Nessa sequência clínica, ressaltamos relações nas quais ela pratica violência (contra o irmão e contra o filho) e nas quais ela é vítima de violência e não consegue “dar o troco”, como ela mesma diz (diante da mãe e da ex-sogra). Alguns dos personagens (mãe e ex-sogra) morrem, outros chegam muito próximos disso (o seu filho e ela própria).

No plano teórico, gostaríamos de discutir um último ponto. Julgamos pertinente introduzir uma discussão quanto à culpa e à configuração superegóica dos pacientes somatizadores. Temos acompanhado a produção teórica que Smadja (2016; 2018; 2021) vem dedicando a esse respeito nos últimos anos. Paralelamente à leitura de seus artigos, verificamos algo recorrente nas análises de pacientes somatizadores: o Supereu, mesmo que severo, por vezes parece temporariamente impedido de manifestar-se “essencialmente como sentimento de culpa” (FREUD, 1923/2011, p. 66), o que produz punições de outra ordem, a nível somático.

Já sinalizamos que, no período que antecede o desencadeamento de um processo de somatização, seja por regressão somática, seja por desorganização

progressiva, são comuns situações de luto, perda de objeto, separações, rupturas bruscas, interrupções de projetos, demissões, acidentes e atos violentos. Mais especificamente, notamos que, muitas vezes, a pessoa da qual o paciente se separa (ou deseja se separar), e/ou que adocece, acidenta-se, ou vem a óbito, é alguém com quem mantinha um vínculo extremamente ambivalente. Ao mesmo tempo em que os pacientes se mostram visivelmente afetados por esses acontecimentos, temos a impressão de que possuem dificuldade em formular uma fantasia de culpa inconsciente, por meio da qual eles talvez pudessem se autoacusar, colocando-se como eventuais “culpados” por aquele acontecimento.

O ponto de partida para essa impressão é uma das últimas reflexões de Freud referentes ao tema da culpa e do Supereu. Quando o Supereu é especialmente duro e hostil, o paciente “não deve ficar saudável, tem de permanecer doente, pois não merece nada de melhor” (FREUD, 1940/2017, p. 105). Ainda que esse sofrimento neurótico (de ordem psíquica) cesse, outra forma de sofrimento pode prontamente substituí-lo, “quicá [...] um adoecimento somático” (FREUD, 1940/2017, p. 105, grifos nossos). Qual seria a participação do Supereu no trabalho de somatização?

Diferentemente da “consciência moral” da primeira tópica (FREUD, 1908/2020; 1912-1913/2012), o Supereu da segunda tópica tem as suas raízes fincadas nas profundezas do Isso. Dessa forma, ele responde às exigências do mundo externo e da cultura, mas também à pressão das moções pulsionais do Isso. Além de herdeiro do complexo de Édipo, ele também é descrito por Freud (1923/2011) como a instância na qual prevalece a “pura cultura” da pulsão de morte, o que significa que o Supereu não é apenas erguido por processos identificatórios. Na verdade, o próprio mecanismo de dessexualização das figuras edipianas, e de identificação com elas, comporta uma dose de desintração pulsional e a retirada de algum tipo de investimento. Paralelamente, na dissolução do complexo de Édipo, a agressividade dirigida ao rival edipiano também retorna ao psiquismo do sujeito.

Como resultado dessa multiplicidade de exigências, o Supereu concilia as tarefas de auto-observação, de consciência moral com a função de ideal

(FREUD, 1933/2010). Na nossa leitura, a auto-observação inclui a função protetora do Supereu. Segundo Donnet (1995), o Supereu delimita o local no qual a autodestruição pode se manifestar. Com Rosenberg (1997/2013), vimos que o Eu é a sede da angústia, que surge sempre que se depara com as reivindicações e os perigos internos (do Isso e do Supereu) e externos. Pela ação do Supereu, a pulsão de morte é “fixada no interior do Eu e ali opera de modo autodestrutivo” (FREUD, 1940/2017, p. 87), impedindo sua projeção desenfreada ao exterior. Esse é o duro preço a pagar pela evolução da cultura, também gênese do sofrimento psíquico neurótico. Apesar disso, apoiados em Donnet (1995), apontamos que a ligação da pulsão de morte pelo Supereu (operação que não pode ser realizada com sucesso total) costuma ser menos nociva que a flutuação difusa da destrutividade no aparelho psíquico.

Minerbo (2015) coloca a dimensão intersubjetiva da formação do Supereu cruel em primeiro plano. A autora ressalta a toxicidade do vínculo com o objeto primário nesses casos, nos quais as falhas na homossexualidade primária em duplo (ROUSSILLON, 2008) impedem a obtenção de um prazer mútuo na relação tão íntima e precoce entre o adulto cuidador e a criança. Esse adulto “não aceita introduzir a alteridade antes da hora” (MINERBO, 2015, p. 81), não exercendo a função reflexiva, de duplo, fundamental para que o desamparo do bebê seja acolhido e as suas necessidades vitais e demandas pulsionais sejam traduzidas e atenuadas.

Podemos pensar que esse adulto não aceita a alteridade da própria criança, e nem mesmo a sua condição de criança, em uma verdadeira confusão de línguas (FERENCZI, 1933/2020). Os castigos físicos que os pacientes somatizadores ostensivamente relatam ter sofrido na infância são um exemplo da modalidade sádica de descarga da pulsão de morte e da sua projeção no exterior por meio de um objeto (a criança). Dessa forma, o Supereu, na sua vertente identificatória, identifica-se com os “microvotos inconscientes de morte” (MINERBO, 2015, p. 84) do adulto, e a relação entre adulto e criança passa a ser reproduzida pelo Supereu sádico, que não aceita a alteridade e a autonomia do Eu. A severidade do Supereu nessas situações não se deve apenas à submissão excessiva às normas culturais e ao laço social, mas à composição pulsional impregnada de destrutividade das instâncias psíquicas.

Passemos à especificidade do funcionamento do Supereu na psicossomática. Este subcapítulo integra o capítulo dedicado ao segundo tempo do trabalho de somatização, porque é precisamente neste momento que há uma reconstrução dessa culpa que não se expressou por uma via psíquica no primeiro tempo.

Smadja (2018) categoriza três modos de relação com a doença que o paciente somatizador tende a apresentar ao analista: o alívio ou paradoxo psicossomático (SMADJA, 2001), explorados no subcapítulo IV.a.; o discurso queixoso e fatalista, que se liga à narrativa do fracassado (MORETTO, 2019); e a expressão do Supereu-corpo (SMADJA, 2016). Acrescentamos a figura do patomasoquismo, ou relação masoquista, com a doença somática, que Smadja (2001) considera atestar o nível de “degradação e de desqualificação do Supereu” (p. 104, tradução nossa).

O autor (SMADJA, 2018) reconstrói alguns aspectos históricos da relação entre a humanidade e a doença, localizando uma transformação da ideia da doença como um castigo dos espíritos (povos mesopotâmios), para a doença como um castigo de Deus (idade média). Ele parte, então, dessa busca pela atribuição de sentido à doença por parte dos pacientes somatizadores no segundo tempo do trabalho de somatização, interpretação que muitas vezes adquire contornos punitivos ou superegóicos, para conjecturar quanto à participação do Supereu no primeiro tempo do trabalho de somatização.

Smadja (2018) se inspira na fórmula contida em *O Eu e o Isso* (FREUD, 1923/2011), segundo à qual “o Eu é, sobretudo, corporal, não é apenas uma entidade superficial, mas a projeção de uma superfície⁵⁴” (p. 24), para estabelecer o seguinte paralelo: enquanto a superfície corporal se relaciona ao Eu consciente, as funções orgânicas e somáticas se relacionam ao Eu inconsciente, à sua camada mais profunda, interseccionada ao Supereu. Alguns anos antes, ele havia traçado uma hipótese metapsicológica para explicar essa articulação. Tomando a topografia de 1923 como base, ele argumenta que, se

⁵⁴ Em uma nota de rodapé, Freud (1923/2011) acrescenta: “O Eu deriva, em última instância, das sensações corporais, principalmente daquelas oriundas da superfície do corpo. Pode ser visto, assim, como uma projeção mental da superfície do corpo, além de representar, como vimos acima, as superfícies do aparelho psíquico” (p. 24).

considerarmos que o Supereu tem raízes profundas no Isso, podemos imaginar que “o Supereu assegura a representância do soma junto do Eu” (SMADJA, 2016, p. 1524, tradução nossa). Aqui, reencontramos a noção de unidade, ou de continuidade psicossomática, de Marty (1976), que não é citada por Smadja no texto, mas constitui um modelo implícito ao seu pensamento. Ele prossegue, justificando que:

“essa função superegóica do soma nos autoriza a vislumbrar a existência de uma pré-forma do soma psíquico, sob a forma de um Supereu-corpo. [...] Dessa forma, as relações entre o Eu e a profundidade de seu corpo, o somático, poderão ser representadas psiquicamente pelos conflitos entre o Eu e o Supereu, tanto no sentido da elaboração e da organização quanto da desorganização” (Smadja, 2016, p. 1524, grifos do autor).

Dito isso, ele passa a defender que existem “relações profundas” entre “o corpo doente e o Supereu”, resultando em uma possível “regressão da estrutura do Supereu no curso do processo de somatização” (SMADJA, 2018, p. 171, tradução nossa). Ele acrescenta que, além de uma regressão da estrutura do Supereu, isso também pode ocorrer devido à sua desorganização (informação verbal)⁵⁵. Acreditamos que Freud (1940/2014) tenha antecipado essa formulação quando discute o Supereu e sugere uma substituição do sofrimento neurótico pelo adoecimento somático.

Essa desorganização superegóica, concomitante ao movimento contra-evolutivo que paralisa ou enfraquece as funções psíquicas⁵⁶, seria indicada pelo apagamento do sentimento inconsciente de culpabilidade. A culpa inconsciente busca uma “tentativa de reorganização pulsional do Eu pela via do masoquismo”

⁵⁵ Informação verbal recolhida em uma conferência realizada na Sociedade Psicanalítica de Paris, em 14/10/2017.

⁵⁶ Até aqui, tínhamos considerado apenas a redução funcional do Eu nos movimentos contra-evolutivos.

e seu apagamento aponta para o “fracasso da tentativa, por parte do Eu, de reorganização sadomasoquista de ordem mental” (SMADJA, 2021, p. 139, tradução nossa). Essa colocação nos recorda da modalidade específica do masoquismo mortífero que acreditamos existir nos estados operatórios crônicos e nas desorganizações progressivas, expostas no subcapítulo III.f. Smadja (2018) complementa a sua argumentação expondo dois cenários possíveis: ou a agressão represada é ligada pelo Supereu na sua vertente protetora, ou ela circula livremente no aparelho psíquico, “expondo o Eu ao recurso a soluções de descarga, seja no mundo exterior, seja no mundo interno somático” (p. 176, tradução nossa).

Na relação transferencial com o enquadre e inscrita a partir dele, vemos uma possibilidade de reintricação pulsional pautada pelo masoquismo erótico. Na relação intersubjetiva (dentro e fora da análise), o Eu talvez possa voltar a suportar masoquisticamente a crueldade do Eu severo. Isso se traduz pela culpabilidade inconsciente (erotização do Supereu sádico) ou pelo masoquismo moral (erotização da submissão masoquista do Eu). Ou, ainda, em uma relação de masoquismo libidinal no encontro com o objeto. Na pior das hipóteses, o sujeito volta a adquirir alguma capacidade de projeção da agressividade para fora, essencial para a manutenção da vida.

A rememoração do movimento agressivo que foi dirigida aos objetos (agido ou fantasiado) também pode encontrar um lugar a partir da análise. A culpabilidade inconsciente imprime um modo de dor próprio, e o sujeito pode suportá-la quando amparado pelo maior nível de intricação via masoquismo guardião da vida. De toda forma, quando esse movimento de auto-sadismo emana do Supereu cruel, e o Eu tem condições de sobreviver a ele, o paciente somatizador “sai do eixo operatório e tolera os afetos [...] dolorosos” (GRINBERG, 2018, p. 73).

f. Novos passos de dor

“A própria estrutura do desejo humano é de essência masoquista, pois ele implica na ausência e na espera pelo objeto. O desejo se liga à representação de objeto ausente, que em seguida é projetada em um objeto

presente” (Aisenstein, 2010, p. 1373, tradução nossa).

Como forma de finalizar este trabalho, propomos descrever brevemente algumas passagens da análise de Olga. São ocorrências posteriores ao primeiro ano, ao qual nos detivemos até aqui. O segundo, o terceiro e o quarto ano de análise foram radicalmente diferentes do primeiro. Uma transferência positiva parece ocupar lugar de destaque, o que torna algumas sessões mais leves, e até mesmo divertidas. Outras vertentes de seu funcionamento psíquico podem aparecer. Não pensamos nisso como uma mudança estrutural, mas como efeito do descentramento do estado operatório e da maior tolerância à situação analítica. Também levamos em consideração a disponibilidade do analista em manter operante o enquadre ao longo desse tempo, garantindo a viabilidade do investimento objetal contínuo: no analista enquanto objeto da transferência e no objeto analítico.

Sem realizar articulações teóricas, vamos apenas recortar alguns trechos do restante do tratamento, com a finalidade de demonstrar o processo analítico que pode resultar da instalação do enquadre. No caso dessa paciente, enxergamos essa instalação do enquadre como a etapa mais dolorosa do trabalho analítico, motivando a reação terapêutica negativa mais aguda e a gradação mais insuportável de dor psíquica. Com o tempo, o peso traumático deixou de ser reatualizado na situação transferencial. Um ano depois, a matriz ativa e a fração variável do enquadre já haviam sido suficientemente introjetadas pela paciente, o que levou ao aparecimento de um novo material analítico. Surge o interesse de, futuramente, aprofundar os estudos comparativos entre estados-limites e histeria, e estados operatórios e histeria, temáticas já levantadas por Green (2002; 2002/2005).

Segundo ano da análise:

Além de “Pelados e largados” e “Quilos mortais”, ela também assiste à série “Sessão de terapia”. Ela se identifica muito com uma das pacientes, que também teve câncer de mama, e se emociona falando sobre o episódio. Outros episódios “não a pegaram tanto”, como o episódio no qual o terapeuta,

protagonista da série, vai à sua própria terapeuta, “porque ele também precisava”. Igualmente, ela não se interessa muito pelo episódio focado em um rapaz que sofre de disfunção erétil. Em outros momentos, aliás, ela fala dos homens exageradamente viris, vulgares, que “comem com os olhos”. Diz que, normalmente, “é ‘tudo broxa’”.

Ela finalmente consegue agendar a cirurgia de reconstrução da mama, procedimento que já havia feito anteriormente, mas seu corpo rejeitou a prótese e ela teve uma infecção. Diversas pessoas a desaconselham, acham a cirurgia perigosa. “Mesmo que eu morra fazendo, é algo que eu quero fazer, que eu sei que vai me fazer bem”. Durante o seu período de repouso pós-cirúrgico, as sessões são realizadas por telefone.

Nesse mesmo ano, Olga está vivendo novamente com um antigo namorado, e se queixa constantemente de seu comportamento. Conta sobre suas expectativas frustradas, sobre como ele sai de casa sem dar satisfação e volta muito tarde, sobre o quanto não se sente cuidada. Narra diversas brigas, e a incerteza em mandá-lo embora de sua casa ou continuar com a sua companhia: “Pelo menos ele já me conhece, sabe como eu sou... não sei como seria com outra pessoa”. Também compartilha algumas de suas angústias quanto à sua vida sexual, bastante afetada após o câncer. “Outro dia ele chegou em casa de madrugada, eu fiquei ali deitada, fingindo que estava dormindo”.

Terceiro ano da análise:

O corpo segue se manifestando: dores de cabeça, dor de estômago, dores no corpo, tonturas, formigamentos, intolerância à lactose, colesterol alto, calores da menopausa, o “braço mortinho”, as “pernas fracas”, um “aperto no peito”.

No início da pandemia, ela se vê obrigada a se mudar para fora do estado de São Paulo, e se instala em uma casa vizinha à do filho, com a sua ajuda. A relação se intensifica: “Acho que meu problema é com o meu filho. Acho isso porque, quando eu falo dele, já me dá um aperto.” O filho é descrito como uma “sanguessuga”, um interesseiro que só a visita para pedir comida, sendo incapaz de fazer algo para agradá-la. Quando reproduz alguma fala do filho, normalmente emprega um tom debochado, imitando a voz de uma criança birrenta.

No mesmo mês, surge um relato surpreendente: “Meu filho me pediu para conversar com o cara que aluga a edícula da casa dele e não paga o aluguel faz meses. Nós dois fomos juntos negociar com ele, mas só eu falei. Eu falava para o locatário: ‘Eu sei como é, também já passei necessidade’. Enquanto eu falava com o cara, eu aproveitei para falar tudo o que eu queria dizer para meu filho, sobre as dificuldades que já passei. Para ver se ele escutava um pouco também”.

O que predomina, no entanto, é a relação conflituosa com o filho, permeada por discussões nas quais ambos se exaltam, proferindo muitos xingamentos. No calor do momento, ela fala para o filho que tem vontade de botar fogo na casa. Depois dessas brigas, ela evita encontrá-lo por longos períodos de tempo e passa dias sem sair de casa, muito deprimida. Descreve as mulheres com as quais ele sai como “horrorosas”. Ao mesmo tempo em que Olga o vê como alguém totalmente desinteressado na sua vida, sem perguntar se ela está bem ou se precisa de alguma coisa, ela o acusa de ser intrometido, pois pergunta para onde ela vai quando sai de casa, com quem ela está: “Parece um marido ciumento”.

Relato de uma sessão no quarto ano da análise⁵⁷:

Minha saúde está balançando, cada hora é uma coisa. Estou aqui, neste fim de mundo, sozinha, só eu e Deus, Deus e eu. Meu filho só vem aqui para pedir coisas, é para isso que eu sirvo: óleo, café. Estivemos bem afastados, mas ele sempre fica me cutucando: “Você fica na sua casa, eu fico na minha. Depois, quando eu te ofendo, você fala que eu sou ruim e faz de conta que eu não existo”. Fui pedir leite, porque sempre tem leite na casa dele. Ele me disse: “Tem um pouquinho aqui”. Veio aqui com meia caixa de leite, com um pão, comeu tudo o que tinha na minha mesa e ainda me pediu para ajudar a dar banho no cachorro. Ele me negou uma caixa de leite. Eu não deveria ficar chateada, mas eu fico. Deve ser por eu ser mãe, né. Minha mãe foi ruim comigo, mas eu cuidei dela. Como pode uma pessoa agir desse jeito... eu não consigo entender tamanha ruindade.

A: Você queria que ele fosse mais solícito, mais atencioso.

⁵⁷ Diálogo reconstruído pelo analista após a sessão.

Com certeza, porque eu nunca neguei nada. Eu tenho cada vez mais vontade de sair daqui. Tinha planos de arrumar a casa onde estou, mas agora só tenho vontade de ter condições para sair daqui.

A: Condições..?

Se eu tivesse um bico para fazer, por menor que fosse o salário. Mas eu tenho muitas dores, preciso ir ao médico sempre. Aqui eu não tenho ninguém, outro dia precisei de ajuda com uns móveis e foi um senhor que veio me ajudar, meu filho nem se prontificou. Muita chateação. Nesse tempo todo que eu estou aqui, já era para a gente ter se entendido.

A: Em outra sessão, você contou de outros momentos com ele, melhores. Disse que ele te elogiou, te chamou de “guerreira”.

Para mim, é tudo falsidade. Quando falei para ele que um dia ele ia me encontrar morta, com o corpo já apodrecendo, ele respondeu: “Ah, mas eu não sou de pedir desculpas”. Dependendo de pessoas estranhas, meu próprio filho negar as coisas para mim... do lado dele eu estaria passando fome

A: Te encontrar morta, como assim?

Eu falei: “O que você está querendo é um dia chegar aqui e me encontrar morta, com o corpo apodrecendo. De tanta crueldade, de tanto nervoso que você me faz passar. Você não precisa me amar, não precisa gostar de mim. Você precisa me honrar. Eu não sou sua inimiga. Estou cansada, só estou aqui porque não tenho para onde ir. Se eu pudesse, minhas janelas abririam no sentido contrário, só para eu não precisar ver a sua cara”. Tenho que começar a ser ruim, sou muito boazinha. Outro dia até comprei umas coisas para ele. Toda vez que eu tento ficar bem com ele, eu me arrependo. Enquanto estou falando com você, estou terminando de preparar um doce⁵⁸ (ri).

A: O que está cozinhando?

Um doce de banana. Vamos adoçar a vida (ri).

A: Ficou bom?

⁵⁸ Nos últimos dois anos, a análise é realizada por chamada telefônica.

Ótimo. É isso: ser ruim para ele, e adoçar a minha vida. Eu tenho que ser boa para mim! Eu tenho que passear, fazer coisas boas (Olga então discorre sobre algumas das coisas que gostaria de poder fazer).

Esse desdém que eu estou sentindo, na verdade acho que é raiva, tristeza.

A: Disse que “já era para vocês terem se entendido”.

Isso, eu só queria que a gente ficasse bem. Somos só nós dois, temos que nos ajudar, colocar a outra casa para alugar, fazer um dinheiro. Mas ele não ajuda, só quer que eu ajude. O bom de falar com você é que eu desabafo, pelo menos. Me sinto triste, solitária, inútil de não ter com quem conversar, para onde ir. Dá impressão de que eu não sirvo para nada.

A: E o que acha que seria melhor, menos “inútil”?

Se ao menos eu estivesse em meio a pessoas próximas. Aqui parece que ninguém lembra de mim, dá a impressão de que não vou fazer falta para ninguém. Eu assisto uma novela com um monte de gente doida. Problemáticos... Até as novelas estão cheias de gente que faz terapia.

A: Um tempo atrás você falou que via aquela série, “Sessão de terapia”.

Pois é, não tenho mais a senha do site para assistir, eu não sei se depois mudou, se é outro ator que faz o papel do terapeuta. Mas continuo vendo “Quilos mortais”. Inclusive, estou aqui comendo (ri). Com a pandemia, fiquei sem me exercitar, mas engordei bem pouco, mesmo com tudo o que eu comi. Meu organismo pede doce. Quando eu não como, parece que meu organismo pede. Devo ter hipoglicemia. Meu problema é doce mesmo, comi um pudim em 2 dias. Pois é, estou aqui, no meio do nada. Fazendo terapia e fazendo doce.

Conclusão

Este trabalho é o resultado de seis anos de estudos sobre a psicossomática psicanalítica. O contato com o tema ocorreu, primeiramente, em uma perspectiva teórica, e, posteriormente, clínica. Esperamos ter transmitido a função do caso clínico na nossa reflexão. Ele não é um instrumento de validação das nossas construções teóricas, mas um convite para buscar respaldo em textos que enriqueçam o pensamento clínico. Na metodologia escolhida para a escrita do caso, tentamos reproduzir o procedimento que se desenrola paralelamente ao atendimento analítico: à medida em que impasses clínicos emergem, referências teóricas já internalizadas são rearranjadas e surge o desejo de ampliar a gama de textos e autores consultados. Na companhia de outros casos atendidos, de casos de supervisionandos e de casos discutidos em reuniões clínicas institucionais, formulamos algumas de nossas problemáticas de pesquisa. Na primeira delas, questionamo-nos se a destrutividade se manifestaria de uma maneira específica nos processos de somatização. Na nossa segunda problemática, propomo-nos a investigar a participação do enquadre analítico na restituição da intricação pulsional nesses casos.

Um de nossos focos de interesse foi a apresentação das contribuições que o estudo da psicossomática psicanalítica aporta para a elaboração teórica e para o ofício clínico de todos os psicanalistas, mesmo aqueles que não trabalham diretamente com pacientes somatizadores. Por conseguinte, também almejamos dialogar com pesquisadores que não necessariamente possuem experiência na área da psicossomática. Para que essa tarefa fosse exequível, notamos a necessidade de adaptar a linguagem dos psicossomaticistas da primeira geração, com destaque para a obra de Marty, a um vocabulário mais acessível à maioria dos estudiosos da psicanálise. O principal pilar desse trabalho de tradução foi a transposição de alguns de seus conceitos para a metapsicologia freudiana, com ênfase na segunda teoria das pulsões e na segunda tópica. Relativa ou totalmente ausentes na obra de Marty, o segundo modelo topográfico de Freud (1923/2011), a dualidade pulsional da virada de 20 e o masoquismo se revelaram operadores conceituais cruciais para a compreensão da psicossomática.

Também recorreremos a psicanalistas que não pertenciam ao IPSO-Paris, mas que dialogavam com as proposições desses autores e as ofereciam contrapontos, além de terem desenvolvido leituras originais dos conceitos freudianos supramencionados e dos conceitos psicossomáticos. Green introduziu uma leitura própria do enquadre analítico, da segunda teoria freudiana das pulsões e dos pontos de cruzamento entre os planos intrapsíquico e intersubjetivo, entre a pulsão e o objeto. Rosenberg se dedicou ao estudo das pulsões, do masoquismo e da angústia do Eu. Atualmente, psicanalistas psicossomáticos, como Smadja, Aisenstein e Delourmel, articulam a teoria de Marty à metapsicologia freudiana e às contribuições dos autores supramencionamos.

A psicossomática estuda, essencialmente, o funcionamento psíquico do sujeito, relacionando-o à sua suscetibilidade a desenvolver doenças somáticas. Desse modo, renuncia-se à abordagem da somatização como um sintoma, e considera-se, de antemão, que ela não possui um significado simbólico oculto. O enquadre analítico é o local privilegiado para a apreciação do funcionamento psíquico. A partir de uma relação intersubjetiva, o analista pode contemplar os processos intrapsíquicos do paciente e inferir, a partir da dinâmica transferencial, como se estabelecem outras relações objetais. Além do analista, objeto da transferência, o próprio enquadre e o objeto analítico são investidos ou desinvestidos como objetos, o que revela aspectos da dinâmica pulsional do paciente. A investigação psicossomática corresponde a um enquadramento clínico que objetiva a proposição do dispositivo mais adequado para o tratamento do paciente somatizador. Por isso, foi necessário apresentar, no primeiro e no segundo capítulos, nossa revisão bibliográfica da noção de enquadre analítico, conforme concebida por Green, e dos principais conceitos criados por Marty.

Consideramos válidas as ideias de Marty acerca dos movimentos de regressão, desorganização e reorganização da unidade ou continuidade somato-psíquica, constatando que a recorrência, a intensidade e a gravidade das somatizações coincidem com momentos nos quais o psiquismo parece perder a sua vitalidade e as suas capacidades de elaboração. O psiquismo é, assim, protetor do soma (SMADJA, 2009), afastando progressivamente o sujeito da necessidade de recorrer ao somático como via de escoamento da tensão

causada pelas excitações, pelo impacto traumático e pelos conflitos. O somático exige que o psiquismo trabalhe, propulsionando-o à representância psíquica da pulsão, à libidinização do corpo e às representações de coisa e de palavra. O que confere originalidade ao corpo teórico de Marty (1976; 1980) é a ideia de que o movimento inverso também pode ocorrer, ou seja, um movimento contra-evolutivo, que desqualifica, temporária ou duravelmente, as funções psíquicas adquiridas por qualquer estrutura, tornando o corpo somático mais vulnerável à ação das pulsões, que retornam às suas fontes orgânicas.

Nossa divergência, no entanto, baseia-se na constatação de que a ruptura da continuidade somato-psíquica nos pacientes somatizadores nem sempre é causada pela ausência ou pela pouca qualidade das representações psíquicas. A análise de Olga nos faz pensar que, mesmo em pacientes com atividade onírica e riqueza representacional, o que para Marty corresponderia a um paciente bem mentalizado, o peso do traumático impele em direção ao pensamento operatório. Como uma alternativa a essa visão centrada no déficit representacional, revisitamos a ideia de uma função desobjetalizante da pulsão de morte (GREEN, 1993), que comporta uma dimensão de desinvestimento ativo diante do traumático, entendida por Aisenstein (2010; 2020) como potencialmente defensiva. Esse desinvestimento promove um desligamento das representações e a neutralização dos afetos, que culminam no discurso factual, concreto e pouco associativo do pensamento operatório (MARTY; DE M'UZAN, 1963).

Do ponto de vista clínico, propusemos chamar de polo operatório o momento da sessão ou da análise no qual a desobjetalização atinge níveis mais significativos, justamente como forma de recuar diante da violência dessas representações. O masoquismo, em suas diversas vertentes, surge como ponto central no trânsito entre o polo operatório e o que batizamos de polo limite da sessão ou da análise. A insuficiência do masoquismo erógeno (FREUD, 1924b/2016) dificulta a retenção psíquica da excitação dolorosa, a pulsão de morte desintricada não é retida psiquicamente e segue um longo caminho de desorganização até alcançar o soma. Essa excitação pode ser excessivamente investida pela via do masoquismo mortífero (ROSENBERG, 1991/2003), que leva a grandes descargas e ao afastamento do objeto. Se a função do

masoquismo erógeno é minimamente restituída pelo enquadre analítico, o polo operatório, concomitantemente cede lugar ao polo limite, no qual as representações se manifestam de maneira violenta e angustiante. Essa ideia aproxima os pacientes somatizadores dos estados-limites, descritos por Green (1990).

Naquilo que Smadja (2017; 2019) chama de primeiro tempo do trabalho de somatização, portanto, notamos que a função desobjetalizante da pulsão de morte (GREEN, 1993) age de maneira muito intensa. Esse movimento autodestrutivo é especialmente potente quando ocorre uma desorganização progressiva e são instaladas a depressão essencial e a vida operatória (MARTY, 1980), que se aproximam daquilo que Freud (1920/2010) descreve quando menciona o caráter silencioso da pulsão de morte. Em concordância com Delourmel (2017; 2019), pontuamos que essa desobjetalização parece atingir níveis mais elevados nos estados operatórios, quando comparadas aos estados-limites, que recorrem às atuações ou às psicoses delirantes. Por conta da capacidade reduzida de intricação masoquista erógena, o uso do mecanismo de projeção fica limitado, impedindo o sujeito de dirigir a destrutividade ao exterior, por meio da musculatura, ou de dirigir a um objeto, por meio da agressividade. Ademais, imaginamos existir uma especificidade na manifestação do masoquismo mortífero nos casos graves de somatização.

Para a elaboração do quarto capítulo, tomamos como base o segundo tempo do trabalho de somatização (SMADJA, 2017; 2019). Nesse momento, há uma erotização do adoecimento e uma busca por atribuir-lhe sentido, posto que a eclosão, ou a descoberta da doença, propicia novos investimentos, entre os quais o da doença como objeto (MARTY, 1990; SMADJA, 2019), o do patomasoquismo e o do paradoxo psicossomático (SMADJA, 2001). Quando há busca por significado e investimento objetal, os graus de reintricação pulsional e de ação da função objetalizante (GREEN, 1993), são maiores. Dessa forma, o segundo tempo do trabalho de somatização permite uma reorganização pela via da doença e dos tratamentos que ela demanda.

Nossa proposta para o último capítulo foi traçar um paralelo entre a reorganização pelo segundo tempo do trabalho de somatização e a reintricação

pulsional ocasionada pelo enquadre analítico. A instalação do enquadre analítico e a prescrição da regra fundamental parecem forçar movimentos de retenção e inscrição da dor psíquica, promovendo uma intricação pulsional de tipo masoquista. Essa dor psíquica pode ser insuportável em um primeiro momento, conduzindo a uma tentação operatória e ao desinvestimento do processo analítico, testemunhado por quadros como o da síndrome da desertificação psíquica (GREEN, 2010) e da posição fóbica central (GREEN, 2002). A dinâmica sadomasoquista pode se expressar na relação transferencial (transferência com o analista, com o objeto analítico e com o enquadre), circunscrevendo-se no plano objetual, e não apenas no interior do aparelho psíquico.

Sugerimos que, do ponto de vista do analista, haveria um sadismo guardião da vida, responsável por erotizar essas análises difíceis, levando-o a proteger e a investir continuamente no enquadre analítico que vacila. Ainda no quarto capítulo, evocamos o Supereu-corpo (SMADJA, 2016; 2018; 2021), que se assemelha ao Supereu severo ou cruel (FREUD 1940/2017; MINERBO, 2015). Nessas configurações superegóicas, a vertente protetora do Supereu é menos presente. Essa função de proteção é responsável pela ligação da pulsão de morte e pela delimitação do terreno no qual a autodestruição pode operar, como é o caso da culpa inconsciente. Na análise, vislumbramos a possibilidade de reconstruir, *après coup*, essa culpabilidade inconsciente que não pôde se manifestar no momento do desencadeamento de um processo de somatização.

Dessa forma, acreditamos contribuir para o estudo da psicossomática psicanalítica sob duas perspectivas. Do ponto de vista dos psicólogos e psicanalistas que não estão familiarizados com o modelo da Escola de Paris, buscamos demonstrar como o estudo dessa temática pode trazer chaves de leitura inovadoras para noções clássicas e fundamentais da psicanálise, notadamente no que se refere à segunda tópica freudiana. Citamos os conceitos de pulsão, corpo, (auto)destrutividade, masoquismo, projeção, culpa inconsciente e Supereu como os maiores beneficiados dessa abordagem. Também acreditamos ter aportado discussões importantes para o trabalho analítico com pacientes graves, destrutivos, estados-limites e para os casos de reação terapêutica negativa acentuada.

No que concerne aos estudiosos da psicossomática psicanalítica, pensamos ter compartilhado algumas das reflexões que consideramos relevantes para o campo. Essas discussões nem sempre são suficientemente difundidas no Brasil, visto que, nesta dissertação, reportamo-nos majoritariamente a textos de autores franceses, não traduzidos para o português. Essa opção metodológica se justifica pela rica produção dos autores de língua francesa e pela busca constante em propor conceitos originais, reinterpretando as teorias psicanalítica e psicossomática clássicas. Alguns dos textos que contêm os conceitos aos quais nos referimos, como o trabalho de somatização (SMADJA, 2017) e o Supereu-corpo (SMADJA, 2018; 2021), foram publicados nos últimos cinco anos, o que salienta a sua atualidade.

Por fim, ressaltamos que nosso trabalho investigativo foi pautado no entendimento metapsicológico das sessões de análise, ou seja, assumimos a indissociabilidade entre teoria e prática clínica. Esperamos ter convocado o leitor a contemplar um modo de trabalho analítico com pacientes somatizadores que não se restringe ao eixo esvaziante da dor. Na nossa visão, a sustentação do enquadre analítico pode levar ao afastamento gradual da reatualização do traumático pela situação analítica. Esse processo árduo, porém, gratificante, abre margem para uma pluralidade de formas associativas, desvelando novas dimensões do funcionamento psíquico do paciente e novos passos de dor na análise.

Referências bibliográficas

ABUD, C. C. Simbolização na clínica psicossomática. *trama, Revista de Psicossomática Psicanalítica*, n. 2, 2020. Disponível em: http://www.sedes.org.br/Departamentos/Revistas/psicossomatica_psicanalitica/index.php?apg=artigo_view&ida=28&ori=edicao&id_edicao=2. Acessado em: 12 jan. 2022.

AISENSTEIN, M. Pour introduire la névrose de comportement dans une théorie des pulsions. *Revue française de psychosomatique*, Paris, Presses Universitaires de France, v. 10, n. 2, p. 7-16, 1996.

_____. The unconscious in the work with psychosomatic patients. In: AKHTAR, S.; O'NEIL, M. K. (Org.). *On Freud's "The Unconscious"*. London: Karnac, 2013. p. 203-215.

_____. Les exigences de la représentation. *Revue française de psychanalyse* Paris, Presses Universitaires de France, v. 74, n. 5, p. 1367-1392, 2015.

_____. *Dor e pensamento. Psicossomática contemporânea*. Porto Alegre: Dublinense, 2019.

_____. Relire Marty et de M'Uzan en 2020 : commentaire de l'intervention de Pierre Marty et Michel de M'Uzan, « La "pensée opératoire" ». *Revue Française de Psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France, v. 84, n. 5, p. 1263-1278, 2020.

AISENSTEIN, M.; SMADJA, C. A psicossomática como corrente fundamental da psicanálise contemporânea. In.: GREEN, A. (Org.). *Psicanálise contemporânea. Revista Francesa de Psicanálise: Número especial, 2001*. Rio de Janeiro: Imago, 2003. p. 407-419.

_____. Destins d'une rencontre. *Revue Française de Psychosomatique*, Paris, Presses Universitaires de France, v. 52, n. 2, p. 5-28, 2017.

ASSOUN, P.-L. (1997). *Corps et symptôme. Leçons de psychanalyse*. 4^e éd. Paris: Ed. Economica, 2015.

BLEGER, J. (1966). *A Psicanálise do enquadre psicanalítico*. Disponível em: <http://www.fepal.org/images/2002REVISTA/bleger.pdf>. Consultado em 19/08/2020. Acessado em: 02 out 2020.

BOUVET, M. *La relation d'objet*. Paris: Presses Universitaires de France, 2006.

CAMPOS, C. *A dor tem algo de vazio*. In: CAMPOS, C. *Emily*. Independente, 2017. <https://www.youtube.com/watch?v=iZYtoZoQEe4>. Consultado em 20/02/2019.

CHERVET, B. La lumière du rêve et la parole d'incidence. In: CHERVET, B.; JEAN-STROCHLIC, C. (Org.). *Le rêve et la séance*. Paris: Presses Univesitaires de France, 2007. p. 7-60.

_____. L'après-coup. La tentative d'inscrire ce qui tend à disparaître. *Revue Française de Psychanalyse*, Paris, Presses Unviersitaires de France, vol. 73, n. 5, p. 1361-1441, 2009.

_____. Penser la pensée humaine avec Freud. In: EMMANUELLI, M. (Org.). *La pensée*. Paris : Presses Universitaires de France, 2015. p. 11-29.

_____. Sadomasochisme et précession du masochisme. À propos de l'asymétrie en psychanalyse. *Revue Française de Psychanalyse*, Paris, Presses Unviersitaires de France, vol. 80., n. 3, p. 722-732, 2016.

CHERVET, B.; DONNET, J.-L. (Org.). *Pourquoi la règle ? Méthode analytique et règle fondamentale*. Paris: Presses Universitaires de France, 2014.

COELHO JR., N. (2015). As origens da terceiridade entre Green e Ogden. In: CANDI, T. (Org.), *Diálogos psicanalíticos contemporâneos. O representável e o irrepresentável em André Green e Thomas H. Ogden*. Escuta: São Paulo. p. 235-272.

DEJOURS, C. (2019a). *Primeiro, o corpo: corpo biológico, corpo erótico e senso moral*. Porto Alegre: Dublinense, 2019.

_____. (2019b). *Psicossomática e teoria do corpo*. São Paulo: Blucher, 2019.

DELOURMEL, C. (2005). Quelques figures de la tierceité dans l'œuvre d'André Green. In: RICHARD, F. ; URRIBARRI, F. (Org.). *Autour de l'oeuvre d'André Green*. Paris: Presses Universitaires de France. p. 327-341

_____. A mãe morta: um ponto de cruzamento teórico-clínico entre narcisismo, estado-limite e negativo. *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, Porto Alegre, SPPA, v. 20, 103-137, abr. 2013.

_____. Prolégomènes à une étude comparative des états limites et des états opératoires. In: NAYROU, F.; SZWEC, G. (Org.). *La psychosomatique*. Paris: Presses Universitaires de France, 2017. p. 69-88.

_____. Penser la destructivité. Rapports entre fonctionnement mental, système immunitaire et épigénétique en regard des deux théories pulsionnelles. *Revue Française de Psychosomatique*, Paris, Presses Universitaires de France, v. 54, n. 2, p. 11, 36, 2018.

_____. À propos du texte de Claude Smadja. *Revue Française de Psychosomatique*, Paris, Presses Universitaires de France, v. 56, n. 2, 17-22, 2019.

DONNET, J.-L. *Surmoi, Volume (1): Le concept freudien et la règle fondamentale*. Paris: Presses Universitaires de France, 1995.

DONNET, J.-L. ; GREEN, A. *L'enfant de ça*. Paris: Éditions de Minuit, 1973.

FAIN, M. Prélude à la vie fantasmatique. *Revue Française de Psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France, v. 35, n. 2-3, p. 291-364, 171.

_____. Préambule à une métapsychologie de la vie opératoire. *Revue Française de Psychosomatique*, Paris, Presses Universitaires de France, v. 1, n. 1, p. 59-79, 1991.

_____. La névrose de comportement selon Pierre Marty. *Revue Française de Psychosomatique*, Paris, Presses Universitaires de France, v. 6, n. 2, p. 151-158, 1994.

FAIN, M.; BRAUNSCHWEIG, D. *La Nuit, le Jour. Essai psychanalytique sur le fonctionnement mental*. Paris: Presses Universitaires de France, 1975.

FERENCZI, S. (1928). Elasticidade da técnica. In: _____. *Obras completas, psicanálise IV*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2020. p. 29-41.

_____. (1933). Confusão de línguas. In: _____. *Obras completas, psicanálise IV*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2020. p. 111-135.

FERRAZ, F. C. (1998). Das neuroses atuais à psicossomática. In: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; ARANTES, M. A. A. C. (Org.) *Psicossoma II – Psicossomática Psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. P. 121-136.

FINE, A. Quelques points clés de l'œuvre de Pierre Marty. *Revue Française de Psychosomatique*, Paris, Presses Universitaires de France, v. 6, n. 2, p. 39-51, 1994.

FRANCO, W. A. C.; KUPERMANN, D. Um lugar para pensar: uma hipótese sobre o enquadre interno do analista. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, v. 53, n. 99, p. 59-74, 2020.

FREUD, S. (1895). *Esquisse d'une psychologie*. Toulouse: Érès, 2011.

_____. (1896). A hereditariedade na etiologia das neuroses. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, volume III: Primeiras publicações psicanalíticas (1893-1899)*. São Paulo: Imago, 1996. p. 82-93.

_____. (1896). Carta a Fliess 112 [52]. In: _____. *Obras incompletas de Sigmund Freud. Neurose, psicose e perversão*. Belo Horizonte: Autêntica, 2016. p. 35-58.

_____. (1898). A sexualidade na etiologia das neuroses. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, volume III: Primeiras publicações psicanalíticas (1893-1899)*. São Paulo: Imago, 1996. p. 151-167.

_____. (1900). *L'interprétation du rêve*. Paris: Presses Universitaires de France, 2010.

_____. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. (1905) In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*,

Volume VII. *Um Caso de Histeria, Três Ensaios sobre Sexualidade e outros trabalhos (1901-1905)*. São Paulo: Imago, 2006. p. 78-150.

_____. (1905[1901]). Dora. Fragment d'une analyse d'hystérie. In: _____. *Cinq psychanalyses*. Paris: Presses Universitaires de France, 2014. p. 7-141.

_____. (1905[1904]). Sobre psicoterapia. In: _____. *Obras incompletas de Sigmund Freud: Fundamentos da clínica psicanalítica*. Belo Horizonte: Autêntica, 2017. p.63-79.

_____. (1908). A moral sexual “cultural” e a doença nervosa moderna. In: _____. *Obras incompletas de Sigmund Freud. Cultura, sociedade e religião: O mal-estar na cultura e outros escritos*. Belo Horizonte: Autêntica, 2020. p.65-97.

_____. Observações sobre um caso de neurose obsessiva (“O Homem dos Ratos”). In: _____. *Sigmund Freud, Obras completas, volume 9: Observação sobre um caso de neurose obsessiva (“O homem dos ratos”), Uma recordação de infância de Leonardo da Vinci e outros textos (1909-1910)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2013. p. 10-84.

_____. (1910). Concepção psicanalítica sobre o transtorno psicogênico da visão. In: _____. *Sigmund Freud, Obras completas, volume 9: Observação sobre um caso de neurose obsessiva (“O homem dos ratos”), Uma recordação de infância de Leonardo da Vinci e outros textos (1909-1910)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2013. p. 242-251.

_____. (1911). Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (*dementia paranoides*) relatado em autobiografia (“O caso Schreber”). In: _____. *Sigmund Freud, obras completas, volume 10: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), Artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 9-80.

_____. (1911-1912). Totem e tabu. In: _____. *Sigmund Freud, Obras completas, volume 11: Totem e tabu, Contribuição à história do movimento psicanalítico e outros textos (1912-1914)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2012. 7-176

_____. (1913). Sobre o início do tratamento. *In: _____*. *Obras incompletas de Sigmund Freud: Fundamentos da clínica psicanalítica*. Belo Horizonte: Autêntica, 2017. p. 121-149.

_____. (1914). Introdução ao narcisismo. *In: _____*. *Sigmund Freud, Obras completas, volume 12: Introdução ao narcisismo, Ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 9-37.

_____. (1914). Lembrar, repetir e perlaborar. *In: _____*. *Obras incompletas de Sigmund Freud: Fundamentos da clínica psicanalítica*. Belo Horizonte: Autêntica, 2017. p. 151-161.

_____. (1915). A repressão. *In: _____*. *Sigmund Freud, Obras completas, volume 12: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 61-73.

_____. (1915). *As pulsões e seus destinos. Edição bilíngue*. São Paulo: Autêntica, 2013.

_____. (1917[1915]). Luto e melancolia. *In: _____*. *Sigmund Freud, Obras completas, volume 12: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 128-144.

_____. (1919[1918]). Caminhos da terapia psicanalítica. *In: _____*. *Obras incompletas de Sigmund Freud: Fundamentos da clínica psicanalítica*. Belo Horizonte: Autêntica, 2017. p. 191-204.

_____. (1920). Além do princípio do prazer. *In: _____*. *Sigmund Freud, Obras completas, volume: volume 14. História de uma neurose infantil (“O Homem dos Lobos”), Além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 13-74.

_____. (1923). O Eu e o Id. *In: _____*. *Sigmund Freud, Obras completas, volume 16: O Eu e o Id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. p. 13-74.

_____. (1924a) A perda da realidade na neurose e na psicose. *In: _____*. *Obras incompletas de Sigmund Freud. Neurose, psicose e perversão*. Belo Horizonte: Autêntica, 2016. p. 279-285.

_____. (1924b) O problema econômico do masoquismo. *In: _____*. *Obras incompletas de Sigmund Freud. Neurose, psicose e perversão*. Belo Horizonte: Autêntica, 2016. p. 287-304.

_____. (1926). Inibição, sintoma e angústia. *In: _____*. *Sigmund Freud, Obras completas, volume 17: Inibição, sintoma e angústia, O futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2014. p. 9-186.

_____. (1930). O mal-estar na cultura. *In: _____*. *Obras incompletas de Sigmund Freud. Cultura, sociedade e religião: O mal-estar na cultura e outros escritos*. Belo Horizonte: Autêntica, 2020. p. 305-410.

_____. (1933). Angústia e instintos. *In: _____*. *Obras completas volume 18. O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936)*. São Paulo: Companhia das letras, 2010. p. 224-261.

_____. (1933). Por que a Guerra? *In: _____*. *Obras incompletas de Sigmund Freud. Cultura, sociedade e religião: O mal-estar na cultura e outros escritos*. Belo Horizonte: Autêntica, 2020. p. 421-443.

_____. (1940). Compêndio de psicanálise. *In: _____*. *Compêndio de psicanálise e outros escritos inacabados*. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2014. p. 11-195.

FREUD, S. BREUER, J. (1883-1895). *Sigmund Freud, Obras completas, volume 2: Estudos sobre histeria*. São Paulo: Companhia das Letras, 2016

GREEN, A. (1967). Le narcissisme primaire : structure ou état. *In: _____*. *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris: Éditions de Minuit, 2013. p. 88-147.

_____. (1980). La mère morte. *In: _____*. *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris: Éditions de Minuit, 2013. p. 247-283.

_____. *Propédeutique. La Métapsychologie révisitée*. Paris: Champs Vallon, 1995.

_____. *La folie privée*. Paris: Folio Essais, 1990.

_____. *Le travail du négatif*. Paris: Éditions de minuit, 1993.

_____. (1994). *Un psychanalyste engagé. Conversations avec Manuel Macias*. Paris: Pluriel.

_____. (1996). Genèse et situation des états-limites. In: André, J. (Org.). *Les états limites*. Presses Universitaires de France, 1998. p. 23-68.

_____. Théorie. In: FINE, A.; SCHAEFFER, J. (Org.). *Interrogations psychosomatiques*. Paris: Presses Universitaires de France, 1998. p. 17-53.

_____. *La pensée Clinique*. Paris: Odile Jacob, 2002.

_____. (2002). *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine*. Paris: Presses Universitaires de France, 2005.

_____. (2006). *Associations (presque) libres d'un psychanalyste. Entretiens avec Maurice Corcos*. Paris: Éditions Albin Michel.

_____. (2007a). Pulsions de destruction et maladies somatiques. *Revue Française de Psychosomatique*, Paris, Presses Universitaires de France, v. 31, n. 2, p. 45-70, 2007.

_____. (2007b). *Pourquoi les pulsions de destruction ou de mort?* Paris: Panama, 2007.

_____. (2007c). Préface. L'ancien et le nouveau. In: ROUSSILLON, R. *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*. Paris: Presses Universitaires de France. p. 7-12

_____. *Illusions et désillusions du travail psychanalytique*. Paris: Odile Jacob, 2010.

_____. *La clinique psychanalytique contemporaine*. Paris: Ithaque, 2012.

GRINBERG, M. Um homme qui dort : oscillations entre vie opératoire et mélancolie ? In: CONSTANTINO, C. (Org.). *Le symptôme*. Paris: Presses Universitaires de France, 2018. p. 69-82.

KUPERMANN, D. *Por que Ferenczi?* São Paulo: Zagodoni Editora, 2019.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-B. *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

MARKY-SOBRAL, P.; CAVALHEIRO, R. Gritos e silêncios: notas sobre “É apenas o fim do mundo” de Xavier Dolan. *In: AGUIAR, A. F.; DE PAULA, P. S. R. (Org.). Psicologia em cena: cinema, vida e subjetividade*. Porto Alegre, Editora Fi, 2021. p. 83-96.

MARTY, P. Les difficultés narcissiques de l’observateur devant le problème psychosomatique. (1952). *Revue française de psychosomatique*, Paris, Presses Universitaires de France, v. 16, n. 1-2, p. 339-357, 1998.

_____. (1952). As dificuldades narcísicas do observador diante do problema psicossomático. *Livro Anual de Psicanálise (2012), XXVI*. São Paulo: Escuta, 2012. p. 79-93.

_____. (1958). La relation objectale allergique. *Revue française de psychosomatique*, Paris, Presses Universitaires de France, v. 29, n. 1, p. 7-30, 2011.

_____. *Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d’économie psychosomatique. Tome I*. Paris: Payot, 1976.

_____. *L’ordre psychosomatique*. Paris: Payot, 1980

_____. (1981). Les processus de somatisation. *Revue Française de Psychosomatique*, Paris, Presses Universitaires de France, v. 19, n. 1, p. 161-171, 2001.

_____. Psychosomatique et psychanalyse. *Revue française de psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France, v. 54, n. 3, p. 615-637, 1990.

_____. (1990). *La psychosomatique de l’adulte*. Paris: Presses Universitaires de France, 2011.

MARTY, P.; DAVID, C.; DE M’UZAN, M. L’investigation psychosomatique. Paris: Presses Universitaires de France, 1963.

MARTY, P.; DE M’UZAN, M. La pensée opératoire. *Revue française de psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France, v. 27, n. 5, p. 345-356, 1963.

MARTY, P.; FAIN, M.; DE M'UZAN, M.; DAVID, C. Le cas Dora et le point de vue psychosomatique. *Revue française de psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France, v. 32, p. 679-703, 1968.

MCDOUGALL, J. (1989). *Teatros do corpo*. São Paulo, Escuta, 2003.

MINERBO, M. Contribuições para uma teoria sobre a constituição do superego cruel. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, FEBRAPSI, v. 46, n. 4, p. 73-89, 2015.

_____. Depressão sem tristeza. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, FEBRAPSI, v. 54, n. 4, p. 160-176, 2020.

MORETTO, M. L. T. *Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde*. São Paulo: Zagodoni Editora, 2019.

MORETTO, M. L. T.; KUPERMANN, D.; HOFFMANN, C. Sobre os casos-limite e os limites das práticas de cuidado em psicanálise. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, volume 20, n. 1, p. 97-112, mar. 2017.

PONTALIS, J. Mélancolie du langage. In: _____. *Perdre de Vue*. Paris: Folio Essais, 1988. p. 249-253.

NEYRAUT, M. (1969). Solitude et transfert. Étude sur les névroses de caractère. *Revue française de psychanalyse*, Paris: Presses Universitaires de France, v. 78, n. 4, p. 960-977, 2014.

PEREC, G. (1967). *Un homme qui dort*. Paris: Folio, 2020.

PIRLOT, G. *André Green. Dialogues et cadre psychanalytiques*. Paris: Presses Universitaires de France, 2015.

PRESS, J. Enjeux épistémologiques et cliniques de la recherche en psychosomatique. *Revue française de psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France, v. 81, n. 2, p. 541-570, 2017.

ROBERT, P. P.; KUPERMANN, D. Dor e resistência na clínica psicanalítica. O manejo das transferências negativas em Freud. *Cardernos Psicanalíticos*, Rio de Janeiro, CPRJ, v. 34, n. 26, p. 37-49, jan./jun. 2012

ROLLAND, J.-C. Eros dolorosus. *Revue française de psychosomatique*, Paris, Presses Universitaires de France, v. 15, n. 1, p. 79-86, 1999.

_____. Parler, renoncer. *Libres cahiers pour la psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 947-962, 2004.

ROMAN, P. La recherche en psychopathologie et psychanalyse. Un défi clinique, entre créativité et aporie. *Recherches en psychanalyse*, 2014/1, n. 17. p. 54-62.

ROSENBERG, B. (1991). *Masoquismo mortífero e masoquismo guardião da vida*. 2003

_____. (1995). Relire Marty. De la dépression essentielle à la somatisation : réflexions sur le rôle du masochisme dans ce mouvement. *In: CHAUVET, E. Benno Rosenberg, une passion pour les pulsions*. Paris: Éditions In Press, 2019. p. 161-178.

_____. (1997). *Le moi et son angoisse*. Paris: Éditions In Press, 2013.

_____. Pulsions et somatisation ou le moi, le masochisme et le narcissisme en psychosomatique. *Revue Française de Psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France, v. 62, n. 5, p. 1677-1698, 1998.

_____. (2000). Masochisme et maladie *In: CHAUVET, E. Benno Rosenberg, une passion pour les pulsions*. Paris: Éditions In Press, 2019. p. 139- 159.

ROUSSILLON, R. *Le jeu et l'entre-je(u)*. Paris: Presses Universitaires e France, 2008.

_____. L'associativité. *Libres cahiers pour la psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France, v. 20, p. 19-35, 2009.

SMADJA, C. Angoisse et psychosomatique. *In: AMAR, N. et al. (Org.). Angoisses : pluralité d'approches. Vol. 2*. Paris: Presses Universitaires de France, 1997. p. 91-104.

_____. Logique freudienne, logique martyenne. *In: FINE, A ; SCHAEFFER, J. (Org.). Interrogations psychosomatiques*. Paris: Presses Universitaires de France, 1998. p. 55-69.

_____. *La vie opératoire. Études psychanalytiques*. Paris: Presses Universitaires de France, 2001.

_____. *Les modèles psychanalytiques de la psychosomatique*. Paris: Presses Universitaires de France, 2008.

_____. La maladie somatique, une dimension de la santé psychique. *Revue française de psychosomatique*, Paris, Presses Universitaires de France, v. 36, n. 2, p. 9-26, 2009.

_____. Le travail de psychisation du corps *Revue française de psychosomatique*, Paris, Presses Universitaires de France, v. 39, n. 1, p. 147-161, 2011.

_____. (2017a). Le travail de somatisation. In: NAYROU, F.; SZWEC, G. (Org.). *La psychosomatique*. Paris: Presses Universitaires de France, 2017. p. 47-68.

_____. Corps malade et surmoi. *Revue française de psychosomatique*, Paris, Presses Universitaires de France, v. 53, n. 1, p. 167-179, 2018.

_____. La maladie comme objet. *Revue française de psychosomatique*, Paris, Presses Universitaires de France, v. 56, n. 2, p. 5-16, 2019.

_____. Le surmoi dans la désorganisation psychosomatique. *Revue française de psychosomatique*, Paris, Presses Universitaires de France, v. 60, n. 1, p. 129-144, 2021.

SZWEC, G. *Les galériens volontaires. Essais sur les procédés autocalmants*. Paris: Presses Universitaires de France, 1998.

_____. La psychosomatique, quelques débats après... In: NAYROU, F.; SZWEC, G. (Org.). *La psychosomatique*. Paris: Presses Universitaires de France, 2017. p. 7-45.

TABACOF, D. (2010). *L'émergence de la psychosexualité en psychosomatique*. Disponible en: <https://www.spp.asso.fr/textes/textes-et-conferences/introduction-psychanalyse/2009-2010-le-sexuel-en-psychanalyse/lemergence-de-la-psychosexualite-en-psychosomatique/>. Acesso em: 21 dez 2021.

_____. “Eu vou morrer curada”: discussão sobre o “trabalho de somatização”. *Psicanálise*, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 47-58, 2018.

URRIBARRI, F. ; GREEN, A. *Dialoguer avec André Green. La psychanalyse contemporaine, chemin faisant*. Paris: Les Éditions d’Ithaque, 2013.

VIOLANTE, M. L. V. Pesquisa em psicanálise. In.: PACHECO FILHO, R. A.; COELHO JR., N.; ROSA, M. D. (Org.). *Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 109-118.

WIDLOCHER, D. La recherche : pour qui et pour quel débat ? In: EMMANUELLI, M.; PERRON, R. (Org.). *La recherche en psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France, 2007. p. 39-52.