

Universidade Federal de Minas Gerais  
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas  
Curso de Especialização em Teoria Psicanalítica

Gean Paula R. de Carvalho

**TRANSTORNOS PSICOSSOMÁTICOS E SÍNDROME DE PÂNICO:  
UMA ESCUTA PSICANALÍTICA DAS MANIFESTAÇÕES ATUAIS DO  
SOFRIMENTO PSÍQUICO**

Monografia apresentada no Curso de  
Especialização em Teoria Psicanalítica  
como requisito para a obtenção do Título de  
Especialista.

Orientadora: Riva Satovschi Schwartzman

Belo Horizonte  
Julho de 2012

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO.....</b>  | <b>5</b>  |
| <b>2. DESENVOLVIMENTO.....</b>   | <b>9</b>  |
| 2.1. Concepções de doença psicossomática.....  | 9         |
| 2.2. Desamparo.....  | 16        |
| 2.3. Considerações acerca da relação entre transtornos psicossomáticos, síndrome de pânico e o processo de maternagem..... | 19        |
| 2.4. Ilustrações clínicas.....   | 24        |
| 2.4.1. Caso Violetta.....  | 24        |
| 2.4.2. Caso Norma.....   | 27        |
| <b>3. CONCLUSÃO.....</b>   | <b>29</b> |
| <b>4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>  | <b>31</b> |

## RESUMO

Neste estudo os transtornos psicossomáticos e a síndrome de pânico são investigados como manifestações atuais do sofrimento psíquico, seja a partir da leitura da obra freudiana, como pelas contribuições de autores pós-freudianos. O ponto de partida é o conceito de neurose atual descrito por Freud no artigo “A sexualidade na etiologia das neuroses”, de 1898. Tanto a neurose atual quanto os transtornos psicossomáticos apresentariam uma sintomatologia funcional e um quadro de angústia difusa. Nesse sentido, pode-se pensar o transtorno psicossomático como uma manifestação decorrente da impossibilidade de descarga das excitações e da angústia, assim como um processo psicopatológico caracterizado pela dificuldade, por parte do paciente, em simbolizar. O presente trabalho diferencia os transtornos psicossomáticos da síndrome de pânico, tendo em vista que, nesta última, as conseqüências físicas não são danosas. Relaciona os distúrbios psicossomáticos e a síndrome de pânico, trabalhando a distinção entre *neurose* e *não-neurose*. Trabalha ainda algumas considerações acerca dos transtornos psicossomáticos, da síndrome de pânico e do processo de maternagem. A síndrome de pânico será abordada como sendo uma manifestação corporal decorrente de uma insuficiência psíquica, assim como os transtornos psicossomáticos. O conceito de desamparo é apresentado tanto no âmbito da teoria freudiana, quanto a partir da psicanálise contemporânea. Este é um conceito fundamental para refletir sobre as manifestações atuais do sofrimento psíquico. Serão apresentadas algumas ilustrações clínicas no intuito de pensar a clínica das manifestações atuais do sofrimento psíquico. Por fim, considerando todo o percurso traçado, trabalha a psicopatologia como uma teorização mediadora, como um elemento organizador de inteligibilidade da escuta na clínica psicanalítica

**Palavras-chave:** transtornos psicossomáticos, síndrome de pânico, desamparo, maternagem, clínica psicanalítica.

*“Onde não há jardim, as flores nascem de um  
secreto investimento em formas improváveis.”*

Carlos Drummond de Andrade

*“Cool, em sua maneira de fazer e de ser, liberado da culpabilidade moral, o indivíduo  
narcisista é, no entanto, propenso à angústia e ansiedade. O drama é mais profundo que  
o pretense desapego cool: homens e mulheres seguem aspirando a intensidade  
emocional das relações privilegiadas, mas quanto mais forte é a expectativa, mais raro  
parece tornar-se o milagre fusional, ou em todo caso, mais breve... Por que não posso  
amar e vibrar?”*

Gilles Lipovetsky, A Era do Vazio

*A psicoterapia se realiza em duas áreas do brincar: a do paciente e a do terapeuta. A  
psicoterapia diz respeito a duas pessoas que brincam juntas.*

Winnicott, 1971

*O corpo tem alguém como recheio.*

Arnaldo Antunes, tema para o grupo Corpo em 2000.

*Morrer deve ser tão frio*

*Quanto na hora do parto.*

Gilberto Gil, Aqui e Agora.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, e especialmente, à professora Riva Schwartzman, minha orientadora, pela disponibilidade e interlocução.

Ao Sergio Orlando pelo companheirismo, pela parceria e pelo entusiasmo ao apoiar e contribuir para a realização deste trabalho.

Aos meus pacientes, que me ensinaram a sonhar ... e me inspiraram a escrever.

À Patrícia Ferreira da Costa pelo *holding*.

Ao Nek, pela alegria.

## 1. INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objetivo abordar a questão dos distúrbios psicossomáticos e da síndrome de pânico à luz da teoria psicanalítica. Trabalha, em particular, algumas idéias centrais da psicanálise a partir das contribuições de Freud, Winnicott, Pierre Marty e Joyce McDougall, acerca dos transtornos psicossomáticos. A síndrome de pânico pode ser tomada tanto como uma expressão somática de tensões psíquicas a partir do enfoque econômico ou como uma situação de fragilidade da parceria psicossomática que costuma aparecer nas manifestações de despersonalização, de acordo com o ponto de vista winnicottiano. Busca, ainda, contribuir para a práxis psicanalítica por meio de fragmentos de casos extraídos da prática clínica.

Sabemos que existe um amplo campo de pesquisa e reflexão que se destina a discutir, compreender e tratar os transtornos psicossomáticos e a síndrome de pânico, reconhecidos como fenômenos clínicos da contemporaneidade. O tema será desenvolvido a partir da distinção, proposta por Freud em 1898, entre *as neuroses atuais* e as *psiconeuroses*. O objetivo da pesquisa consiste em relacionar os distúrbios psicossomáticos e a síndrome de pânico, trabalhando a distinção entre *neurose* e *não-neurose*.

Quando se fala em não-neurose é importante destacar o trabalho recente de Minerbo (2009), que aborda a não-neurose como fenômeno da pós-modernidade. Segundo a autora, caberia ao sujeito pós-moderno questionar as equivalências simbólicas estabelecidas pelas instituições modernas. Nesse relativismo, o afrouxamento do laço entre significante e significado levaria ao risco de algum ponto de fixação. A psicopatologia da pós-modernidade define-se justamente pelo fracasso de muitos indivíduos com transtornos psicossomáticos, deprimidos, toxicômanos e panicados em produzirem alguma representação de seu sofrimento; isso resulta na dificuldade em acederem à única regra da psicanálise, a saber, a associação livre.

A crença de que fatores psicossomáticos participam da produção de doenças é tão antiga quanto a história da humanidade. A idéia de que a saúde do corpo possa ser afetada pelo estado mental foi sempre sustentada por uma minoria de médicos desde Hipócrates. Freud sempre esteve profundamente empenhado no estudo das psiconeuroses e seus mecanismos inconscientes, mas teve pouco interesse nas neuroses atuais.

Atualmente a psicossomática é um campo complexo e vasto de pesquisa e reflexão, trabalhado por diversas linhas teóricas da psicanálise.

Foi no artigo “A sexualidade na etiologia das neuroses”, de 1898<sup>1</sup>, que a expressão *neurose atual* apareceu pela primeira vez. Freud definiu a neurose de angústia como sendo a neurose atual, caracterizada por um acúmulo de excitação sexual, transformada em angústia, sem mediação psíquica. Entende-se por neurose atual aquela que resulta diretamente da ausência ou inadequação da satisfação sexual, diferindo das psiconeuroses, cuja origem deve ser procurada nos conflitos sexuais infantis recalcados.

Este tipo de neurose, - de angústia -, diferencia-se, tanto no que se refere à etiologia, quanto no que se refere ao tratamento, da histeria de angústia. Nesta última, a angústia está especificamente vinculada a uma forma singular de expressão que representa o conflito neurótico.

No caso da neurose de angústia há uma tensão íntima, de caráter geral, manifestada sob a forma de uma angústia constante e oscilante, ou de uma produtividade de angústia. Freud menciona as etiologias de um modo específico cujos fatores mais comuns são a acumulação de tensão sexual e a insuficiência ou ausência de elaboração psíquica da excitação sexual, derivando no plano somático sob a forma da angústia. A angústia difusa seria a marca da neurose atual. Observamos a seguinte passagem de Volich (2010) sobre a sintomatologia funcional da neurose atual:

Na *neurose atual* encontramos manifestações de uma angústia difusa e uma sintomatologia funcional (vertigem, dispnéia, taquicardia, cefaléia, sudorese, transtornos digestivos, parestesias, etc.). Tais sintomas, entretanto, não possuem sentido simbólico nem relação com o infantil. Eles seriam apenas reações à estase libidinal, à impossibilidade de descarga das excitações e da angústia (p. 91).

Freud chamou esta síndrome de “neurose de angústia”, pois todos os seus componentes mantêm uma relação definida com essa expressão de ansiedade, tida como definidora. Nessa doença há um predomínio da angústia sem objeto privilegiado, sendo os fatores atuais manifestos. No “Projeto para uma Psicologia Científica” (1895), destaca-se a passagem seguinte:

Reconhecemos nosso aparelho mental como sendo, acima de tudo, um dispositivo destinado a dominar excitações que de outra forma seriam sentidas como aflitivas ou

---

<sup>1</sup> FREUD, S. (1898). A sexualidade na etiologia das neuroses. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v.3.

teriam efeitos patogênicos. Sua elaboração na mente auxilia de forma marcante um escoamento das excitações que são incapazes de descarga direta para fora, ou para as quais tal descarga é, no momento, indesejável.

A abordagem que Pierre Marty faz do distúrbio psicossomático privilegia o aspecto econômico do processo psíquico. Em outras palavras, pode-se dizer que Pierre Marty escolheu o ponto de vista econômico para analisar os transtornos psicossomáticos. Pierre Marty iniciou seus estudos em contraposição a uma concepção americana que entendia a doença psicossomática como sendo uma resultante da existência crônica de conflitos inconscientes. Para Marty e M'Uzan (1994), percebe-se no paciente psicossomático a pobreza da associação subjetiva, dificuldade no estabelecimento da transferência, limitação das capacidades simbólicas e carência de elaboração fantasística, ou seja, a impossibilidade de construir um conflito psíquico.

McDougall (1991) utiliza o conceito de desafetação para falar de algo semelhante. Os pacientes mais propensos a somatizar seriam aqueles “incapazes de recalcar as idéias ligadas à dor emocional e igualmente incapazes de projetar esses sentimentos, de maneira delirante, sobre as representações das outras pessoas” (p.105). Delineia-se, assim, uma estrutura psíquica diferente da neurose, por um lado, e da psicose, por outro. Para McDougall, tais pacientes “ejetam brutalmente” do campo consciente as representações carregadas de afeto; não podem conter o excesso da experiência afetiva e nem refletir sobre ela. As palavras deixam de ter a função de ligação pulsional, e tornam-se “estruturas congeladas, esvaziadas de substância e de significação” e o discurso mantém-se inteligível, porém totalmente destituído de afetos. A palavra, neste caso, não oferece mais proteção contra a excitação.

Quando se relaciona o processo de maternagem aos distúrbios psicossomáticos, não se pode deixar de lado outra linha de pensamento psicanalítico: as contribuições winnicottianas. O transtorno psicossomático, segundo Winnicott, pode ser o último recurso empregado por um sujeito vivenciando situações que causam emoções intensas, no intuito de manter o corpo e a psique unidos. Este sujeito lança mão da doença

somente por ter realizado o processo de personalização<sup>2</sup> de maneira precária, devido às falhas ambientais.

Quando se fala em transtorno psicossomático, é importante propor uma diferenciação entre transtorno e sintoma. No transtorno existe a presença de um escoamento pulsional que não se liga a uma representação. Já o sintoma expressa a realização de um desejo que ocorre de forma distorcida sob o trabalho da censura, tal como no sonho, na fantasia, no chiste e na sublimação pela arte.

Ao problematizarmos a clínica e a metapsicologia psicanalítica, é importante destacar a psicopatologia como uma teorização mediadora, como um elemento organizador de inteligibilidade da escuta. É ela que vai fazer a mediação entre o singular e o universal porque através dela é possível articular os aspectos subjetivos do analisando com a metapsicologia psicanalítica. Nesse sentido, a psicopatologia funciona como um guia para a atenção flutuante, possibilitando uma escuta mais sensível e discriminada. O presente estudo se justifica ao lançar um olhar sobre a clínica atual a partir da psicopatologia psicanalítica. A psicanálise foi convidada a estabelecer e a implementar recursos teóricos e técnicos úteis para as novas manifestações da patologia mental que estão em evidência. Acerca da visão sobre a clínica atual, Mayer (2001) nos dá a seguinte contribuição:

Muito se tem discutido, e ainda se discute, acerca da clínica com que nos defrontamos hoje em dia. É a mesma de cem anos atrás, ou terá mudado? E, se tiver mudado, a que razões atribuir essas mudanças? Devemos continuar trabalhando somente *per via di levare* como Freud<sup>3</sup> recomendava, fundamentalmente com a interpretação do recalcado, ou as exigências atuais obrigam-nos a considerar a conveniência de funcionar também no território do que está clivado, tendo que apelar com frequência à *via di porre*, numa tentativa de dar representação àquilo que não foi recalcado porque sequer chegou a ser representado? (p. 81)

---

<sup>2</sup> Personalização é o termo usado por Winnicott para tratar “de uma realização que se torna gradualmente estabelecida, e não é doentia, mas em verdade um sinal de saúde que a criança possa usar relacionamentos nos quais há uma confiança máxima, e em tais relacionamentos às vezes desintegrar-se, despersonalizar-se e até mesmo, por momentos, abandonar a premência quase fundamental de existir e sentir-se existente. As duas coisas, portanto, andam juntas no desenvolvimento sadio: o senso de segurança em um relacionamento, mantendo a oportunidade para a anulação repousante dos processos integrativos, ao mesmo tempo em que facilita a tendência geral herdada que a criança tem no sentido da integração, e, como estou acentuando neste artigo, na questão da morada ou habitação do corpo e o funcionamento corporal. [...] A base para o chamado de personalização, ou a ausência de uma tendência especial à despersonalização, começa antes mesmo do nascimento da criança, e é certamente muitíssimo significante, uma vez que a criança tem de ser sustentada por pessoas cujo envolvimento emocional precisa ser levado em conta, assim como suas reações fisiológicas. O começo daquela parte do desenvolvimento do bebê, que estou chamando de personalização, ou que se pode ser descrita como uma habitação da psique no soma, tem de ser encontrado na capacidade que a mãe tenha de juntar o seu envolvimento emocional, que originalmente é físico e fisiológico. (Winnicott 1989, p. 203-205)

<sup>3</sup> FREUD, S. (1905 [1904]). Sobre a psicoterapia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, Volume VII, (1901-1905) Rio de Janeiro: Imago, s.d.



## 2. DESENVOLVIMENTO

### 2.1. Concepções de doença psicossomática

Pierre Marty, ao descrever o transtorno psicossomático como um escoamento pulsional, destacou três possibilidades para o mesmo, a saber, escoamento psíquico, escoamento motor e escoamento no corpo. Volich (2010) nos esclarece acerca das dinâmicas do adoecimento:

As três vias possíveis de descarga e organização das excitações – orgânica, motora e pensamento – são também os caminhos potenciais do adoecimento. Uma pessoa bem organizada no plano mental pode desenvolver, a partir de uma situação de conflito, sintomas ou perturbações psíquicas, da ordem das neuroses ou das psicoses. Uma outra pessoa, com uma organização precária de seu aparelho psíquico, pode não possuir os recursos para reagir a uma situação traumática por meio de produções mentais, como sonhos, delírios ou mecanismos de defesa psíquicos, recorrendo então à motricidade ou a processos orgânicos para tentar a descarga ou o equilíbrio da excitação acumulada. (p. 211-212).

Marty (1993) aponta comportamentos automáticos e adaptativos, uma ruptura com o inconsciente e com a sexualidade, alienação da própria história, negligência do passado e incapacidade de projeção para o futuro, denominando o todo como *pensamento operatório*.

P. Marty faz um estudo comparativo minucioso entre os pacientes que somatizavam e chega a uma conclusão importante: a de que estes pacientes, pelo menos a maioria deles, apresentavam um tipo de estruturação psíquica padrão. No ambiente analítico, os pacientes se caracterizavam por um discurso específico, pobre em termos de fantasia, ou seja, um discurso orientado para descrever a realidade. Por exemplo, contavam o que acontecia durante a semana sem um processo de metaforização, ou seja, sem entender aqueles acontecimentos como metáforas de uma realidade psíquica. Ainda segundo P. Marty, os pacientes que somatizavam não falavam de si mesmos. Esse tipo de discurso seria o reflexo de uma estruturação psíquica carente de um contato libidinal com as representações. Ele chamou essa estruturação psíquica de pensamento operatório.

O pensamento operatório traduz um tipo de psiquismo que faz uso das representações como meros instrumentos de descrição da realidade, ou seja, nesse tipo de psiquismo, as representações são meros descritores da realidade externa do indivíduo. Com Freud, aprendemos que a significação sexual de uma determinada representação é

dada em função do investimento sobre esta representação; um investimento de libido. Portanto, no caso desses pacientes pautados por essa vida psíquica operatória, o que falta seria o investimento libidinal daquelas representações. É como se a libido não estivesse presente “libidinizando”, proporcionando significações sexuais daquelas representações que ali permaneciam. Freud nos ensinou que o suporte que permite esse investimento de libido nas representações é justamente a fantasia; ou seja, uma construção imaginária ou simbólica que se faz a partir de uma frustração que o sujeito experimentou na vida.

Poderíamos pensar então a seqüência descrita da seguinte forma: primeiro, experimenta-se a frustração de um desejo e, segundo, cria-se uma fantasia para substituir a satisfação que não é alcançada. No caso dos pacientes que somatizam, P. Marty observou que essa dimensão da fantasia está ausente. Sendo assim, a libido não estaria presente no âmbito do psiquismo, das representações. Ela estaria então alojada em algum lugar. Segundo Freud, a pulsão sexual deve ser direcionada para a descarga, ou seja, se ela não é descarregada através da fantasia, a libido é descarregada, portanto, no corpo. Isso não significa, necessariamente, que a descarga no corpo é a somatização. Sabemos de casos em que a descarga aparece em situações de *acting-out*. No caso de pacientes somatizantes, a via de descarga é o transtorno psicossomático. Segundo P. Marty, o transtorno psicossomático é o resultado de uma precariedade, de uma carência fantasmática.

A concepção da Escola Psicossomática de Paris converge para o caráter traumático presente nas psicopatologias não-neuróticas, cujas defesas contra o trauma seriam responsáveis pela inibição da capacidade simbólica.

Na não neurose, a somatização aparece como um “transtorno psicossomático”, a saber, um excedente pulsional sem representação psíquica. Na constituição psíquica, remonta a algo extremamente arcaico. O sujeito que apresenta tal transtorno, é, normalmente, acometido por uma angústia automática e apresenta um quadro de mentalização baixa ou reduzida, além de um pensamento operatório, com ausência de fantasias. Pode apresentar um quadro (ainda que transitório) de depressão essencial, onde a tristeza não aparece ligada nem ao afeto e nem à culpa. O escoamento da pulsão, portanto, ocorre no corpo. É o que nos apresenta Figueiredo (2003):

[...] Pierre Marty e colaboradores (1993,1994), os teóricos das afecções psicossomáticas da chamada escola de Paris: seus conceitos de “depressão essencial” e “desorganização progressiva” remetem aos efeitos do trauma em termos

de um “apagamento da dinâmica mental” e “desorganização de funções psíquicas” quando as capacidades de elaboração simbólica do indivíduo são violentadas. O pensamento operatório e os modos interativos característicos de pacientes psicossomáticos revelam uma deficiência profunda na capacidade de libidinizar e sustentar vínculos entre elementos das experiências intra e inter subjetivas. No pensamento operatório, as ligações não são totalmente abolidas, mas as que aí se realizam são mecânicas e desvitalizadas, o que Marty e colaboradores chamam de “relação branca”. O plano da ação e o das falas que a traduzem conservam-se totalmente dissociados do plano das pulsões, dos afetos e das fantasias. O corpo deverá suportar toda a carga tóxica dos elementos dissociados e não metabolizáveis no plano do psiquismo. (Figueiredo, 2003, p. 25-26).

Uma hipótese para a inclinação do sujeito a ser acometido por tal manifestação somática, está em possíveis falhas na maternagem. Minerbo (2009) usa o termo depleção simbólica para explicitar a dificuldade de simbolização do sujeito. A depleção simbólica, é, portanto, a falta de sustentação interna para a identidade. É esta a metáfora que a autora utiliza para descrever uma situação na qual o sujeito, sem os elementos necessários para constituir um sentido de si, das suas experiências e de mundo, vê-se lançado ao vazio existencial. Pensando na associação livre como única regra de uma análise, esse sujeito, incapacitado de fazer sintoma, tem dificuldades em entrar num processo analítico. Portanto, há uma tentativa por parte do analista de trabalhar para que a pulsão, que nesse momento escoar livremente pelo corpo, possa aceder a um “escoamento psíquico”, no intuito de o sujeito ficar “melhor mentalizado”.

A função materna é um fenômeno importante no entendimento da psicossomática e sua relação com o desamparo<sup>4</sup> do recém-nascido. O bebê necessita de cuidados não apenas no que se refere à satisfação material, mas também de uma função para-excitante que vai filtrar e elaborar os estímulos vivenciados por ele, organizando a percepção e o afeto. Há uma tendência a relacionar a psicossomática aos momentos mais arcaicos da organização do sujeito. P. Marty aponta essa organização da seguinte maneira:

Após o nascimento, as primeiras organizações homeostáticas, que garantem o equilíbrio geral do recém-nascido, não garantem [...] uma coesão exemplar das diversas funções existentes. Essas funções se exercem então de forma relativamente independente umas das outras, associadas em mosaico, sem encontrar-se organizadas em um sistema comum e autônomo. [...] Os poderes de associação e de hierarquização funcionais são em grande parte assegurados pela função materna. (Marty, 1976, p. 119)

---

<sup>4</sup> Termo da linguagem comum que assume um sentido específico na teoria freudiana. Estado do lactente que, dependendo inteiramente de outrem para a satisfação das suas necessidades (sede, fome), é impotente para realizar a ação específica adequada para por fim à tensão interna. [...] Para o adulto, o estado de desamparo é o protótipo da situação traumática geradora de angústia. (Laplanche, Pontalis, 2001, p. 112)

A concepção de psicossomática de McDougall guarda algumas semelhanças com a concepção de P. Marty. Para McDougall (1997), o afeto não pode ser concebido como acontecimento puramente mental ou físico. A emoção é essencialmente psicossomática, pois o fato de ejetar a parte psíquica de uma emoção permite à parte fisiológica exprimir-se como na primeira infância, o que leva à sua ressomatização. Aqueles que empregam continuamente a ação como defesa contra a dor mental (quando a reflexão e a elaboração mental seriam mais adequadas), correm o risco de aumentar sua vulnerabilidade psicossomática.

McDougall constatou, ao longo de sua clínica, a presença cada vez mais freqüente de pacientes que apresentavam quadros orgânicos vinculados a aspectos da subjetividade. A maioria dos pacientes que eram acometidos por transtornos psicossomáticos possuía um discurso empobrecido no que se refere à simbolização e em termos de investimento libidinal, características marcantes da neurose. Além disso, a autora observou que tais pacientes, ao excluir o afeto em sua fala, acabavam por produzir, por parte do analista, uma série de afetos intensos. Portanto, o problema principal desses pacientes, estaria relacionado aos afetos. Em Freud, encontramos a concepção tradicional psicanalítica acerca dos afetos, que seriam manifestações psíquicas de excitações provenientes do corpo. Na medida em que a carga de excitação proveniente do corpo acumula, há um aumento do desprazer. A partir da elaboração do princípio do prazer, Freud conclui que a função do nosso aparelho psíquico é a de descarregar as tensões acumuladas.

No artigo sobre pulsões de 1915, Freud destaca que:

[...] se agora nos dedicarmos a considerar a vida mental de um ponto de vista biológico, uma 'pulsão', nos aparecerá como sendo um conceito situado na fronteira entre o mental e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida da exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo. A pulsão deve ser considerada um estímulo aplicado à mente. (p. 127)

Green (1990), complementa essa definição referindo-se à pulsão como um conceito extremamente complexo e extremamente articulado que une no interior de sua definição a pura concepção da metapsicologia freudiana, isto é, a conjunção dos três pontos de vista: o tópico, o econômico e o dinâmico.

No texto “O Inconsciente” (1915a), Freud afirma que:

[...] uma pulsão nunca pode tornar-se objeto da consciência, somente a representação que representa a pulsão é que pode. Mesmo no inconsciente, uma pulsão não pode ser representada de outra forma, a não ser por uma representação. Se a pulsão não se prendeu a uma representação, ou não se manifestou como um estado afetivo, nada poderemos conhecer sobre ela. Não obstante, quando falamos de moção pulsional inconsciente ou de uma moção pulsional reprimida, não é senão por um inofensivo descuido de expressão. Podemos apenas referir-nos a uma moção pulsional cujo representante-representação é inconsciente, pois nada mais entra em consideração. (p. 182)

A representação da energia pulsional seria, portanto, construída a partir da energia pulsional. Porém, segundo McDougall, tal construção só seria possível para aqueles que possuem representações disponíveis. A condição de ter representações disponíveis seria a consequência de um ambiente favorável nos momentos mais arcaicos da primeira infância. Isso porque os bebês não possuem por si só a capacidade de vincular a energia oriunda do corpo a estas representações. O ambiente, protagonizado pela mãe-ambiente, forneceria uma série de representações, de palavras, de significantes, para que a energia proveniente do corpo pudesse ser vinculada às palavras.

McDougall estabeleceu uma hipótese para os pacientes que somatizavam: tais pacientes não puderam contar com o ambiente que forneceria as palavras para descarga da excitação, ou seja, não ocorreu o trabalho de pára-excitação e a energia proveniente do corpo não pôde, portanto, ser canalizada, “drenada”. O bebê estaria à mercê de um excesso corporal e, na tentativa de não desintegrar e de lidar com a angústia (resultado da manifestação psíquica da energia), ignoraria o afeto. Esses bebês constituiriam, no futuro, sujeitos que não apresentam afeto nas suas falas. Isso porque o afeto não pôde ser realizado no nível psíquico, já que não haviam representações para as quais ele pudesse estar vinculado. Consequentemente, esse afeto seria ressomatizado, ou seja, ao não ser reconhecido psiquicamente, retornaria ao lugar de origem, a saber, o corpo. Ao retornar ao corpo, tal afeto produziria efeitos deletérios, tendo em vista que o percurso natural de tal excitação seria a vinculação às representações, aos significantes. O resultado dessa equação seria a somatização que, em McDougall, é resultado, primeiramente, desse processo de desafetação, no qual o sujeito não tem condições de vincular a energia libidinal às representações. Esse resultado é consequência da falha do ambiente, que foi incapaz de concluir o trabalho inicial. Nesse sentido, a somatização decorre do fato de que o corpo não está apto para receber afetos não canalizados.

Concluindo, para McDougall (1996), determinados modos de funcionamento mental, como os pensamentos concretos, alexitímicos, objetos parciais, sentimentos de angústia persecutória, adquiridos nos primeiros meses de vida, antes da aquisição da palavra, podem predispor mais às eclosões psicossomáticas do que às soluções neuróticas, psicóticas ou perversas. Isso decorre do fato de que as fantasias aterrorizantes, que poderiam tornar-se dizíveis, são imediatamente apagadas do campo da consciência por mecanismos primitivos de clivagem e de identificação projetiva, ficando desprovidas de sua verdadeira impregnação afetiva e de valor simbólico. Tal situação obriga o psiquismo a emitir sinais de sofrimento do tipo pré-simbólico, suscitando respostas somáticas e não psíquicas diante de uma angústia indizível.

A psicossomática em Winnicott não se restringe ou se confunde com um quadro de afecção somática. Quando se pensa na psicossomática winicottiana, é importante salientar a relação que se estabelece entre o processo de personalização e de integração psique-soma. Exemplificando a questão psicossomática de modo que podemos pensar, inclusive, num diagnóstico de falso si-mesmo, destaca-se o caso de uma paciente denominada Carmen.

Carmen, uma paciente que dizia ter começado a viver aos 40 anos. Naquela época, com 44 anos, descrevia ter vivido uma vida na qual não era a “protagonista”. Relatava constantemente momentos nos quais não participava efetivamente das situações, mas, ao contrário, “se assistia”: “Eu não era, eu só me via lá”. Dizia ainda referindo-se a si mesma e aos irmãos, que “A mãe criou a gente para ser um nada”. Ao buscar ajuda terapêutica, relata a dificuldade de “dirigir” (o carro ou a vida?). Carmen se intitula como *desastrada*; como se resumisse, em uma só palavra, a sua posição subjetiva. Achava-se desproporcional, com a mão grande e pernas tortas. “A mãe não deixava esquecer que eu tinha as pernas tortas... Nenhuma roupa ficava bem naquele corpo torto e de movimentos desengonçados”. Ao descrever tanto a infância como a vida adulta, a sexualidade estava sempre sendo posta como algo inacessível. As lembranças da infância eram trazidas com expressões tais como: “uma menina morta”, “feita de plástico”, “uma planta”. Resumia sempre as sessões com a seguinte frase: “Às vezes me sinto um nada e meio”. Porém, todo esse discurso era apresentado juntamente com elementos da vida cotidiana que demonstravam que a paciente levava uma vida aparentemente normal: trabalhava, estudava, tinha filhas. Dessa forma, podemos inferir

uma falha na integração<sup>5</sup> psique soma, como nos aponta Winnicott. Apesar de não se queixar de nenhuma afecção somática, a paciente apresentava, claramente, uma dificuldade na integração vivenciada na primeira infância; pensando em termos winnicottianos, mais precisamente, na fase de dependência absoluta. Ou seja, a partir da descrição da sua própria infância, como também da descrição da infância de seus irmãos, podemos inferir falhas na maternagem e no *holding*<sup>6</sup>, que dificultariam a concretização da elaboração imaginativa<sup>7</sup>. Nesse sentido, a integração psicossomática ficaria comprometida, na medida em que, soma, na teoria winnicottiana, consiste no corpo vivo

<sup>5</sup> Winnicott define o processo de integração da seguinte forma: “A integração está intimamente vinculada à função ambiental de *holding*. O objetivo da integração é a unidade. Inicialmente existe o ‘eu’, de que faz parte ‘tudo aquilo que não é eu’. Posteriormente temos o ‘eu sou, eu existo, eu reúno experiências e me enriqueço, tendo uma relação introjetiva e projetiva com o NÃO-EU, o mundo real da realidade fragmentada’. Acrescente-se a isso: ‘eu só existo porque sou visto e compreendido por alguém’; e mais ainda ‘eu retorno (como um rosto visto em um espelho) ao fato de que preciso ser reconhecido como um ser’. [...] Em circunstâncias favoráveis, a pele transforma-se no limite entre o eu e o não-eu. Dizendo de outra forma, a psique passa a habitar o soma, dando início a toda uma vida psicossomática.” [Winnicott, *Child integration in Child Development*, p. 61] (Abram, 2000, p. 122).

<sup>6</sup> É em função do *holding* suficientemente bom que o bebê torna-se apto para desenvolver a capacidade de integrar a experiência e desenvolver um sentimento de ‘EU SOU’: “Sem sombra de dúvida as experiências pulsionais oferecem uma valiosa contribuição ao processo e interação, mas o ambiente suficientemente bom também está presente o tempo todo através do *holding*, adaptando-se suficientemente bem às necessidades que vão se modificando. É apropriado a esse estágio, que alguém atue apenas através do amor, do amor que carrega consigo a capacidade de identificação com o bebê, além de um sentimento de que a adaptação às necessidades é que vale a pena. Podemos dizer que a mãe é devotada ao seu bebê, temporária, mas verdadeiramente... [...] Proponho que o momento do EU SOU se constitua em um momento cru; o novo indivíduo sente-se infinitamente exposto. Nesse período, apenas se alguém colocar seus braços em volta do bebê é que o momento do EU SOU poderá do, ser suportado, ou melhor, talvez arriscado.” [Winnicott, *Group Influences*, p. 148] (Abram, 2000, p. 136).

<sup>7</sup> O conceito de elaboração imaginativa das funções corporais é um dos mais originais e importantes para compreensão da obra winnicottiana. Seu sentido se perde se não for considerado no interior da teoria do amadurecimento humano, e é de difícil compreensão, porque os termos “elaboração” e “imaginativa” não implicam em uso de representação, imaginação, muito menos elaboração no sentido freudiano. Na teoria winnicottiana, a mente consiste num desdobramento da psique. O desenvolvimento da mente se dará de forma mais ou menos integrada com a psique, se houver um ambiente que facilite essa possibilidade. A mãe suficientemente boa propicia que o bebê desenvolva o intelecto no tempo certo. O bebê pode ter um potencial intelectual, e já possui uma mente rudimentar, mas não precisará ativá-la antes que esteja preparado para isso. A experiência de confiabilidade oferecida na dependência absoluta, por exemplo, protege o bebê de ter que usar a mente num momento em que seu uso promoveria uma reação à invasão do ambiente (ausência longa da mãe, privações de cuidados, etc). Daí a noção de trauma: não tanto pela invasão, que promove uma descontinuidade, mas pela reação do bebê que sofre de agonias impensáveis. Para o autor inglês, o uso precoce da mente consiste numa defesa patológica, cujo resultado pode ser a constituição do falso si-mesmo (na melhor das hipóteses), bem como a dissociação típica dos esquizofrênicos (que pode ser brilhante intelectualmente, mas tem o amadurecimento distorcido). Para que o bebê possa se sentir vivo e apropriar-se de suas potencialidades herdadas, todos os estados de ser precisam ser experienciados. Na teoria winnicottiana, psique e soma são interligados de forma íntima, ou seja, a existência humana é essencialmente psicossomática. A psique tem início a partir da elaboração imaginativa das partes, sentimentos e funções somáticas do bebê. Ele se move, busca algo, respira, chora, mama, sente desconforto, enfim, mesmo tendo uma vida restrita, já é capaz de ter experiências por meio do corpo, através do corpo, e dar um sentido a essas experiências. Porém, a característica principal desse dar sentido é sua ausência de representação simbólica, inclusive imagens, devido à extrema imaturidade do lactente. A elaboração imaginativa inclui tudo o que não pode ser verbalizado, não é um mecanismo mental. Consiste assim, na forma rudimentar da imaginação que é a base para o fantasiar no sentido freudiano.

(aspecto do estar vivo do indivíduo) que vai sendo personalizado à medida que é elaborado imaginativamente pela psique.

A elaboração imaginativa não desaparece com o início da capacidade para fantasiar, mas permanece e se torna mais complexa à medida que as funções mentais são incluídas e que o crescimento exige novas modificações. Assim, o trabalho da psique, através da elaboração imaginativa, leva a uma esquematização do corpo, uma apropriação pessoal do funcionamento corpóreo, sem a utilização da mente. Todas as funções corpóreas (motoras, sensoriais e instintuais) são, através dessa função psíquica primária, articuladas e integradas pelo ego. Essa elaboração imaginativa caracteriza-se pelo constante dar sentido dos bebês às experiências que, a princípio, são de ordem física, de forma pré-representacional e sem imagens. O bebê precisa, através da função psíquica primária, se temporalizar a partir do próprio corpo. Dias (2003) incrementa: “A experiência direta que o bebê faz do funcionamento, das sensações e dos movimentos do corpo tem para ele um sentido, pelo fato de estar sendo imaginativamente elaborada” (p.106). A elaboração imaginativa consiste, assim, num tipo de “saber que não é mental”, mas que permite o “reconhecimento num plano pré-intelectual de sons, climas emocionais e ritmos” e uma certa “familiaridade com o ambiente e com sensações do corpo” (Dias, 2003, p.230). Tal função se estende para a vida inteira, apesar da aquisição da capacidade representacional e do desenvolvimento do intelecto. À medida que o amadurecimento prossegue, as experiências vão se tornando cada vez mais sofisticadas e a psique vai gradualmente interligando as experiências passadas, as potencialidades e a consciência do momento presente e as experiências do futuro. É esta operação que fornece o sentimento do si-mesmo e justifica a percepção do observador externo de que dentro daquele corpo existe um indivíduo (Dias, 2003, pp. 105-106).

## **2.2. Desamparo**

A noção de desamparo (*Hilflosigkeit*) é uma fonte de referência essencial. Freud concebe o desamparo sob a perspectiva do estado de impotência psicomotora do bebê, e, em seus últimos textos trata tal questão como sendo a base do desespero do homem, quando este é confrontado com a precariedade de sua existência. Laplanche, Pontalis (2001) considera que a idéia do desamparo inicial está na base de diversas considerações. Destaca-se uma delas:

[...] No quadro de uma teoria da angústia, o estado de desamparo torna-se o protótipo da situação traumática. É assim que, em *Inibição, sintoma e angústia* (*Hemmung, Symptom und Angst*, 1926), Freud reconhece uma característica comum aos “perigos internos”: perda, ou separação, que provoca um aumento progressivo da tensão, a ponto de, num caso extremo, o sujeito se ver incapaz de dominar as excitações, sendo submergido por elas – o que define o estado gerador do sentimento de desamparo (p. 112).

Nos textos *O futuro de uma ilusão; Inibição, sintoma e angústia* e *Mal-estar na civilização*, trabalhos importantes na elaboração do problema do desamparo, Freud extrai conseqüências fundamentais para a psicopatologia, a cultura e a religião. O fim do milênio está marcado pelo pânico; este se instaura no momento de derrocada dos sistemas de ilusões, nos diz Freud. A falência do laço social, fenômeno crescente na atualidade, propicia o desencadeamento do pânico, já que mobiliza e evoca a desesperança e a falta de garantias da história individual.

Pereira Costa (1999) explica o desamparo radical em Freud, desamparo este, dado nos limites da possibilidade do funcionamento psíquico, com a seguinte frase de Lacan: “Que o homem, nesta relação consigo mesmo, que é sua própria morte, (...) não pode esperar ajuda de ninguém” (p. 37). Considera ainda que o desamparo “encontra-se na base de tudo o que se pode pensar a respeito do pânico a partir da perspectiva psicanalítica” (p. 128). Aponta que o desamparo “diz respeito à linguagem, ao passo que o pânico deve ser situado como esforço psicopatológico do pensamento” (p. 39). O pânico se constituiria como uma tentativa extrema do aparelho psíquico de tornar o desamparo acessível ao pensamento (p. 314). O autor estabelece uma diferença essencial entre Lacan e Freud, ao ressaltar “que a importância fundadora do nascimento enquanto ‘protótipo’, não se dá como em Freud – a partir da dimensão de uma excitação invasora – mas a partir da instituição de uma brecha impossível de ser apagada, a da perda de objeto” (p. 229). Recoloca assim que o problema do objeto em psicanálise é, antes de mais nada, o do objeto enquanto perdido. Essa brecha é irremediável e intratável, é uma contingência da linguagem, uma vez que esta não tem capacidade de dizer a última palavra sobre a verdade do ser.

Pereira Costa (1999) conclui que o tratamento pela palavra, com os pacientes que sofrem de pânico, fundamenta-se em três dimensões principais; a saber, (1) encontro do sujeito com um gozo até então desconhecido e irreduzível a uma tradução completa pela palavra; (2) produção, na transferência, das determinações históricas e simbólicas desse sintoma através de uma enunciação que possa ser reconhecida pelo sujeito como

portadora de uma verdade pessoal; (3) reengendramento de uma narrativa aberta que inscreva o sujeito, seu desejo e seu sintoma em um contexto significativo, transformável, que permita um trabalho constante de auto-significação, sem cristalizar-se em nenhuma de suas formulações parciais. Estas devem manter o caráter de construções provisórias.

O desamparo, numa situação de perigo, pode ser marcado pelas dimensões psíquicas e somáticas. Nas palavras de Volich (2010),

Além das sensações corporais turbulentas, violentas, inéditas que caracterizam a passagem do interior do corpo materno para fora dele, o recém-nascido é confrontado a dependência de um outro ser para que sua existência possa ser preservada, à vivência do desamparo. Como aponta Freud, essa experiência se constitui como paradigma das situações de perigo, que podem se originar tanto de uma fonte externa, do mundo, como de uma interna, da vivência pulsional<sup>8</sup>. O desamparo, marcado ao mesmo tempo pelas dimensões psíquica e somática, é também a fonte essencial da angústia: “A angústia se revela como um produto do desamparo psíquico do bebê, que é [...] uma variante de seu desamparo biológico. (Volich, 2010, p. 267).

O desamparo pode ser muitas vezes apontado por aqueles que relatam um momento de crise, principalmente em relação à insuficiência presente na síndrome de pânico. Conforme Cartocci (1998), “o desamparo é do próprio superego que abandona completamente as características de protetor, e parte direto para o ataque de todas as aquisições, ligações” (p. 21). Quando a autora relaciona o desamparo a um abandono superegótico, trata de uma característica muito presente em pacientes com a crise de pânico, tendo em vista que muitos deles carregam consigo uma auto-suficiência frente à sociedade, bem como o medo de errar ou de perder o controle. O desamparo também é vivido pelo paciente que procura a análise. Ainda segundo Cartocci (1998), “o desamparo que então será vivido no futuro, na análise, por exemplo, na verdade já se deu, porém no momento em que o bebê ainda não estava lá para vivê-lo” (p.19). Nesse sentido, é importante, na abordagem winnicottiana, localizar em que momento o sujeito vivenciou tal desamparo, no intuito de promover e facilitar, a partir da transferência, uma atualização dessa vivência no *setting* analítico.

### **2.3. Considerações acerca da relação entre transtornos psicossomáticos, síndrome de pânico e o processo de maternagem**

---

<sup>8</sup> “Qual é o núcleo, a significação da situação de perigo? Manifestamente a avaliação de nossa força, comparada à grandeza desse perigo, o reconhecimento de nosso desamparo face ao mesmo, desamparo material, no caso de perigo real, desamparo psíquico, no caso de perigo da pulsão”. (Freud, 1926, p. 280)

Segundo Winnicott, o bebê precisaria realizar três tarefas básicas que normalmente são alcançadas simultaneamente durante o período chamado de dependência absoluta. São elas: integração, relativa necessidade do bebê de, a partir de um estado não integrado, integrar-se no tempo e no espaço; personalização (que seria o alojamento da psique<sup>9</sup> no corpo), referente ao estabelecimento de uma parceria psicossomática; e o contato com a realidade (externalidade), que seria o início das relações objetais, num primeiro momento com objetos internos e, mais tarde, com objetos externos. Essa passagem se coloca a partir da noção de uma mãe ou de uma figura materna que opere uma maternagem suficientemente boa<sup>10</sup>. Se cuidado como um todo, como uma existência psicossomática nos estados mais precoces, ou seja, quando bem “segurado”, o bebê:

[...] Não tem de saber que é constituído de uma coleção de partes separadas. O bebê é uma barriga unida a um dorso, tem membros soltos e, particularmente, uma cabeça solta: todas essas partes são reunidas pela mãe que segura uma criança e, em suas mãos, elas se tornam uma só. (Winnicott, 1989, p. 432).

Seguindo esta linha de pensamento winnicottiana e havendo uma maternagem suficientemente boa, o que se tem é uma organização somática com fantasias próximas ao soma, um esquema corporal com um dentro, um fora, e uma integração completa em termos funcionais e ideativos. Assim, conforme Laurentiis (2011):

O bebê, antes impulsionado simplesmente por sua espontaneidade, fome, motilidade e erotismo, em algum momento se dá conta da mãe externa e inteira, passando a se preocupar com os efeitos “em si mesmo e no outro” – dos ataques excitados ao corpo da mãe e das idéias que os acompanham. Quando o ambiente é suficientemente bom, sobrevive aos ataques, não retalia, e libera a potência agressiva do bebê que, ao invés de se inibir, protegendo a mãe, empenha-se em elaborar os efeitos dos estragos ocasionados. [...] Pode-se dizer que a partir daí o

<sup>9</sup> “Essencial para Winnicott, o termo ‘psique’ não é corrente na psicanálise tradicional. Esta prefere, para se referir ao mesmo domínio de fenômeno, os termos ‘alma’, ‘mente’, ‘aparelho psíquico’, ‘sujeito’, entre outros. Winnicott nunca explicitou as razões de sua escolha. Esta se deve, pelo menos parcialmente, à etimologia. Em grego comum, ‘psyché’ significa primeiramente vida, inclusive vida animal, e só secundariamente alma imaterial ou imortal, si mesmo, consciente, ou pessoa enquanto centro de emoções, desejos e afetos. Seja como for, segundo Winnicott, a psique está no bebê, num certo sentido e grau, desde o início da vida. [...] O uso winnicottiano da palavra ‘psique’ não sugere nada que possa ser conectado com o espírito, entidade que, de acordo com a interpretação tradicional, possui a propriedade de poder existir independentemente do corpo. Pela mesma razão, Winnicott exclui do seu vocabulário a palavra ‘alma’, a não ser para designar ‘uma propriedade da psique’, que também depende, em última instância, do funcionamento cerebral, podendo ser sadia ou doente (cf. Loparic, 2000, p. 362)” (Dias, 2003, p.105).

<sup>10</sup> Maternagem suficientemente boa se refere à facilitação, pela mãe, da tarefa do bebê de realizar o alojamento da psique no corpo. Essa conquista se dá através do *holding* e do *handling* do bebê, o que significa segurar, abraçar e envolver o bebê de forma que ele se sinta seguro e não solto no espaço. Destaca-se ainda que, além do cuidado físico, é necessário que haja uma sintonia, uma comunicação entre a mãe e o bebê, onde ao banhar, aquecer, alimentar e afagar, a mãe olha para o bebê e interage com ele como uma pessoa inteira.

esquema corporal do bebê já comporta os sentidos temporal e espacial, e a fantasia de todos os seus relacionamentos, internos e externos. (Laurentiis, 2011, p. 310-311).

Porém, quando se fala de mãe suficientemente boa, é preciso levar em conta do que realmente tal conceito trata. No contexto da teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott é a adaptação da mãe às necessidades do bebê que o torna capaz de ter uma experiência de onipotência. E é essa experiência que cria a ilusão necessária a um desenvolvimento saudável. Numa carta endereçada a Roger Money-Kyrle em 1952, Winnicott esclarece o que desejava dizer com o termo “suficientemente boa”:

“Penso frequentemente em referir-me à mãe, à pessoa real que está com o bebê, como se ela fosse perfeita, ou como se correspondesse à ‘mãe-bom’ que faz parte do jargão kleiniano. Na verdade, sempre me refiro à ‘mãe suficientemente boa’ ou à ‘mãe que não é suficientemente boa’ pois, no que diz respeito ao fato que estamos discutindo, ou seja, a mulher real, temos consciência que o melhor que ela tem a fazer é ser boa o suficiente. A palavra ‘suficiente’ gradualmente (em circunstâncias favoráveis) vai ocupando um espaço cada vez maior, segundo a capacidade crescente do bebê de lidar com a falha através do entendimento, da tolerância à frustração etc. A ‘mãe boa’ e a ‘mãe má’ do jargão kleiniano apresentam-se como objetos internos, não tendo nada em comum com as mulheres reais. O melhor que uma mulher real pode fazer com o bebê é ser suficientemente boa de uma forma sensível inicialmente, de modo que a ilusão para ele torne-se algo possível desde o início. Essa mãe suficientemente boa também é um ‘seio bom’. [Carta a Roger Money-Kyrle, p. 38]

O corpo transforma-se em soma (corpo personalizado) e isso é feito por meio da elaboração imaginativa das funções corpóreas. A primeira tarefa da psique é a elaboração imaginativa das funções corpóreas. No início, todas as experiências do bebê são corporais, vividas no corpo, por meio do corpo: o alimento, a sensação do banho na pele, a motilidade, a respiração, o cheiro da mãe, o calor do colo, a forma de ser ninado; tudo é elaborado imaginativamente.

Winnicott (1958c) aponta para a evolução, em termos de complexidade da elaboração imaginativa, de maneira que – ao mesmo tempo em que a elaboração da experiência enriquece e favorece o desenvolvimento do si mesmo – devido ao próprio amadurecimento, vão sendo criadas as condições para abarcar e elaborar, em níveis mais complexos, as vivências tanto internas, quanto as referentes às relações interpessoais.

Emergindo do que se poderia chamar de funções corporais de todos os tipos e do acúmulo de memórias, a psique “[...] liga o passado já vivenciado, o presente e a experiência de futuro uns aos outros, dá sentido ao sentimento do eu, e justifica nossa percepção de que dentro daquele corpo existe um indivíduo” (Winnicott, 1988, p. 46).

A elaboração imaginativa, ligada às funções corpóreas, não se refere, nesse início de desenvolvimento, a um mecanismo mental. Conforme diferencia Dias (2003), Winnicott propõe que, neste estágio, “[...] a psique via elaboração imaginativa promove uma esquematização do corpo e do funcionamento corpóreo, sem a participação da mente. Isso significa que a elaboração imaginativa é diferente do conceito de fantasia como operação mental, que, para Winnicott, se desenvolve no mundo interno já constituído, portanto, possível em um momento posterior do amadurecimento. Assim, psique e soma tornam-se envolvidos num processo de inter-relacionamento mútuo numa fase precoce do desenvolvimento individual, sendo que “num estágio posterior o corpo vivo, com seus limites e com um interior e um exterior, *é sentido pelo indivíduo* como formando o cerne do eu imaginário” (Winnicott, 1954a, p. 334 [grifo do autor]).

A necessidade de um ambiente totalmente adaptado ao bebê diminui gradativamente, à medida que o bebê vai adquirindo condições de lidar e de se enriquecer com uma gradual desadaptação da mãe, dando início à separação eu-não eu. Esse período de desadaptação e desilusão, mais do que possível e suportável, é necessário para o bebê, uma vez que é o que vai permitir a separação da mãe e o desenvolvimento e aprimoramento de novas funções psíquicas.

É possível pensar que os transtornos psicossomáticos e a síndrome de pânico estejam relacionados a uma falha no processo de maternagem. Uma das conseqüências dessa falha seria, por exemplo, a dificuldade de a criança entrar no quadro de onipotência. A incapacidade de a criança perceber o mundo de forma criativa também pode ser vinculada a falhas neste processo. Na falta de uma apercepção criativa, a criança pode desenvolver uma submissão à realidade externa. Em outros termos, uma falha na maternagem pode ser muito mais nefasta no sentido de impedir o desenvolvimento da criança, de perceber criativamente o mundo. Winnicott (1975) adverte sobre a necessidade da apercepção criativa na construção da subjetividade:

É através da percepção criativa, mais do que qualquer outra coisa, que o indivíduo sente que a vida é digna de ser vivida. Em contraste, existe um relacionamento de submissão com a realidade externa, onde o mundo em todos seus pormenores é reconhecido apenas como algo a que ajustar-se ou a exigir adaptação. A submissão traz consigo um sentido de inutilidade e está associada à idéia de que nada importa e de que não vale a pena viver a vida. Muitos indivíduos experimentaram suficientemente o viver criativo para reconhecer, de maneira tantalizante, a forma não criativa pela qual estão vivendo, como se estivessem presos à criatividade de outrem, ou de uma máquina. (Winnicott, 1975, p. 95)

A síndrome de pânico será abordada como sendo uma manifestação corporal decorrente de uma insuficiência psíquica, assim como os transtornos psicossomáticos. Isso se deve ao fato de, em ambos os casos, não ser possível a construção de um sintoma neurótico. Pode-se pensar também que ambos estariam catalogados dentro do conceito de não-neurose descrito por Minerbo (2009). No entanto, existe uma diferença relevante entre eles, ou seja, enquanto a síndrome de pânico não traz conseqüências orgânicas ao paciente, os transtornos psicossomáticos podem evoluir para quadros de lesões físicas. De acordo com Schwartzman (1997):

Concordo em que há muito na Síndrome de Pânico que coincide com as manifestações mais gerais dos transtornos psicossomáticos. Ambos decorrem de uma insuficiência psíquica e produzem alterações no corpo. Em ambos as manifestações da *doença* se fazem através de uma sintomatologia padronizada; não há nelas nada que equivalha à singularidade criativa de um sintoma psiconeurótico. Também em ambos os fatores detonadores atuais são até certo ponto identificáveis. Serão eles, apesar de tudo isso, um mesmo fenômeno? Minha hipótese é que há aí uma questão a ser pesquisada, muito especialmente porque, em seus *produtos finais* as somatizações e a Síndrome de Pânico mantêm uma diferença crucial: a crise de Pânico não lesa nenhum tecido ou órgão e nem ameaça nenhuma função vital. Comparado a um transtorno psicossomático, o pânico acarreta muito menos perigo, sua violência é muito menor. (p. 91)

Quando localizamos o transtorno psicossomático e a síndrome de pânico como duas manifestações psicopatológicas contemporâneas, é importante relacionar, com ambas, o conceito de desamparo. Na clínica, esses fenômenos psicopatológicos aparecem, muitas vezes, a partir de uma situação onde o sujeito se encontra à deriva, sem um projeto de vida. De acordo com Birman (2006), o desamparo é a produção fundamental da modernidade; talvez por isso essas manifestações psicopatológicas estejam tão presentes na contemporaneidade. Diz ele:

Como se sabe, Freud sublinhou a pertinência do conceito de desamparo a partir do enunciado do conceito de pulsão de morte. Foi em *Mal-estar na civilização*, no entanto, que, pela mediação do conceito de desamparo, ele demonstrou de maneira sistemática tudo aquilo que a modernidade produzia de nefasto nas subjetividades. Vale dizer, o desamparo crescente seria o preço que o sujeito teve e tem de pagar pela aposta que fez no projeto da modernidade. Nesse sentido, o desamparo seria a outra face da modernidade, a sua face escandalosa e desgrenhada, aquela que esta não gosta de reconhecer e que recusa exibir pela vergonha que suscita, isto é, a sua face negra e perigosa. [...] Por isso mesmo, o desamparo se impõe como sintoma e como fonte permanente da produção de perturbações psíquicas, uma vez que a dor por ele revelada contraria todas as pretensões da modernidade de que o sujeito prometéico poderia dominar o mundo de forma absoluta e inquestionável. (Birman, 2006, p. 47-48)

Winnicott aponta para a questão psicossomática e a fragilidade da parceria psicossomática que costuma aparecer nas manifestações de despersonalização, das quais, a nosso ver, o chamado transtorno de pânico faz parte. Quando Winnicott afirma que a

qualidade dos cuidados maternos no início da vida é a responsável pela saúde mental do indivíduo, propõe que a mãe suficientemente boa é a responsável pela personalização, que poderia ser inicialmente explicada como a psique que habita o soma. O indivíduo que passa pela condição chamada personalização experimenta a integração mente-corpo e se sente pertencendo ao próprio corpo. Portanto, o sujeito que passa pela condição chamada de personalização estaria, segundo Winnicott, com as suas capacidades de envolver-se emocionalmente preservadas. Assim, como relata Dias (2003),

Bem no início, soma e psique estão indiferenciados. Aos poucos, ocorre a diferenciação, ao mesmo tempo que a tendência à integração age no sentido de reuni-los numa unidade. Essa parceria psicossomática, contudo, não está garantida nem pode ser dada como certa. Não se pode ter como evidente que, em todos os casos, a psique e o soma do bebê chegarão a operar como uma unidade, de tal modo que o bebê viva em seu corpo e que este funcione em conformidade com o usufruto que o bebê faz dele. Trata-se de uma conquista que pode – ou não – ser alcançada e que, tendo sido alcançada, pode ser perdida, mesmo na saúde. A coesão psicossomática é uma realização, e não tem como estabelecer-se, a não ser que haja a participação ativa de um ser humano que segure o bebê e cuide dele, reunindo-o nos braços e no olhar. (p. 208-209)

Segundo Volich (2010), “um mesmo paciente pode ter momentos de manifestações principalmente neuróticas e outros momentos de predominância somática” (p. 253). Nesse sentido, pode-se pensar que, tanto em pacientes com transtornos psicossomáticos, quanto em pacientes diagnosticados com síndrome de pânico, os momentos de predominância somática podem, ao longo da direção do tratamento, evoluir para um funcionamento neurótico. A partir daí, o psicanalista pode contribuir na busca de sentido para o sintoma do paciente. Ainda segundo Volich (2010):

“A pesquisa e a clínica psicossomática devem então orientar-se para a investigação dos mecanismos individuais que transformam a doença orgânica, e qualquer doença, em um único recurso possível para a superação de um impasse da história do sujeito ou de uma constelação conflitual impossível de ser elaborada ou superada de outra forma”. (Volich, 2010, p. 91)

As neuroses atuais têm uma dinâmica distinta do recalque; não apresentam formações de compromisso, formações substitutivas, conversões históricas, nem sentido simbólico para o sintoma. Pensar no instrumental para a clínica dos transtornos psicossomáticos e da síndrome de pânico significa uma grande mobilização do investimento do analista para que o tratamento seja possível. Isto porque os pacientes comparecem desvitalizados, com suas estruturas narcísicas fragilizadas, com a precariedade das suas vivências infantis, com o esgarçamento do tecido psíquico, além da pobreza de seu mundo objetal e de representações.

O desafio da psicopatologia na clínica psicanalítica contemporânea é o de manter a noção de estrutura psicopatológica, sem perder de vista a singularidade, que é uma condição *sine qua non* da escuta psicanalítica. Quando se propõe a comparação entre neurose e não-neurose como formas de subjetividade, o objetivo não consiste somente em organizar a psicopatologia psicanalítica, mas também em oferecer elementos consistentes para a clínica psicanalítica da contemporaneidade.

## **2.4. Ilustrações Clínicas**

### **2.4.1. Caso Violetta**

Violetta, com 30 anos de idade, começa o tratamento queixando-se de dores de cabeça constantes. Já havia iniciado dois tratamentos psicológicos anteriormente, ambos interrompidos precocemente. Aos poucos, começa a relatar questões ligadas ao namoro, ao “peso” do trabalho que desenvolve, além da ansiedade visível em terminar o curso universitário que ainda frequenta. No início, tenta relacionar essas questões cotidianas com a cefaléia, a qual ela denomina de enxaqueca. A partir de então, resolve fazer exames médicos mais complexos, que acabam não identificando nenhuma causa orgânica. Nas sessões que se seguiram à primeira entrevista, Violetta ocupa-se em informar-me sobre o sofrimento que a “enxaqueca” tem causado. Além disso, demonstra-se extremamente preocupada com os preparativos do noivado e do casamento. É nesse momento de insegurança que seu cotidiano parece estar intolerável.

Violetta é freqüente nas sessões. Muitas sessões ainda se seguem, nas quais relata as constantes dores de cabeça. Aos poucos, começa a falar da sua família e é aí que surge um elemento ainda não revelado. Violetta diz que ainda não sabe o que sente ou o que sentiu com a morte do irmão mais novo. Ao escutar esse novo elemento, a sensação é de que havia um sentimento completamente adormecido, na verdade negado por dezoito anos. Relata que não se lembra de nada de quando o seu irmão veio a falecer. Nesse momento, fica muito angustiada, pois percebe o incômodo de um sentimento represado. É quando relata a experiência de vê-lo careca pela primeira vez (o irmão morreu de câncer aos 11 anos). Relaciona esse fato com uma foto dos dois mantida de frente à sua cama. Nessa foto, o irmão está ainda com cabelo; é a partir dessa constatação, e da angústia advinda dessa dor negada, que a análise pôde começar. Nas sessões seguintes,

Violetta apresenta uma situação que começa a fazer sentido para ela. Sua mãe vestia os irmãos com roupas da mesma cor; muitas vezes as roupas eram iguais. Ela disse que a mãe gostava de dizer para todos que eles eram gêmeos. Além disso, começa a se lembrar de situações em que a família se reunia a portas fechadas, bem como de momentos em que via a mãe e o pai com lágrimas nos olhos. Começa a perceber o quanto estava imersa na problemática do irmão, porém nada era dito a ela sobre isso. É aí que começa a se lembrar que ela e o irmão dormiam no mesmo quarto e que, constantemente, o irmão acordava reclamando de dores por todo o corpo. Essa sessão em particular foi muito mobilizadora de afetos e, principalmente, de culpa. Violetta se questiona se realmente teria sido uma boa irmã e se teria contribuído de modo efetivo para aliviar a dor do irmão.

Violetta começa, durante as sessões, a relacionar suas dores de cabeça como uma forma de se redimir da culpa por não ter conseguido dividir a dor com o irmão, já que dividia com ele o mesmo quarto. Associa o fato do dividir o quarto com o de dividir a dor. Com o tempo, começa a se recordar do dia da morte do irmão e se lembra de não ter chorado pela morte dele, mas por ver o sofrimento da mãe. Constata que, até o momento daquela sessão, não tinha conseguido chorar pela morte do irmão.

Nas sessões seguintes, vários sonhos são relatados a partir da foto que permanece diante de sua cama. As dores de cabeça ainda são constantes, porém passam a não mais ocorrer diariamente. Nesse momento da análise, e a partir de sonhos, é feito um trabalho associativo em que há uma elaboração da culpa por não dividir, quando criança, a dor com o irmão.

Podemos perceber, a partir do fragmento do caso clínico de Violetta, que durante as entrevistas preliminares havia uma angústia difusa, bem como uma sintomatologia funcional; a saber, a cefaléia. A sintomatologia somática, divergindo da formação neurótica, havia deixado livre o acesso da excitação não representável para o plano somático. Por parte da paciente, percebemos uma limitação das capacidades simbólicas e uma carência da elaboração fantasística; capacidades que aos poucos foram sendo recuperadas a partir do momento em que o trabalho foi se ampliando através da escuta. Podemos pensar, portanto, que a paciente passa a sofrer de reminiscências.

Segundo Freud, a divisão entre representação e afeto dá conta da dinâmica das representações e de seu papel na etiologia das neuroses. Na teoria do trauma se vêem

com clareza as conseqüências dessa visão para a etiologia das neuroses: são as recordações de fatos concretos, estabelecidas com o tempo, que explicam causalmente os sintomas. A função da análise seria a de criar ligações novas, dando espaço para a palavra. Conforme nos relata Sigal (2001):

Hoje em dia, vemos com surpresa o aumento de patologias nas quais o pulsional encontra sérias dificuldades para ser escoado ou tramitado, por meio da palavra ou da fantasia. Anorexias, bulimias, perturbações psicossomáticas, pânico, drogadição, adição e seitas religiosas com sentido de fanatismo, são perturbações nas quais a simbolização fracassa, e que comprometem inclusive o nível de atuação no corpo ou no campo social. São perturbações nas quais os diferentes fracassos na simbolização podem ser situados na gênese e na fundação das instâncias psíquicas. A simbolização pressupõe deslocamento, união para criação de algo novo, fundamentalmente ligação, seja de duas representações entre si ou de uma representação com um afeto. A simbolização pressupõe igualmente substituição e permite a elaboração e equivalência. Quando a simbolização falha, algo que deveria ter sido transformado, derivado, aparece em seu estado arcaico, primitivo, puro. (p. 114).

Na ilustração clínica acima descrita observa-se que a simbolização começa a emergir a partir de algo que passa a ser ligado, ou seja, deixa de ser um processo de descarga automática, aflitiva, para dar espaço à palavra. Um funcionamento arcaico, no qual há uma representação com qualidade primitiva, próxima da sensação, passa, a partir da transferência, a funcionar como substituição simbólica. Sigal (2001) ainda observa que “frente a esses pacientes, portanto, parece infrutífera a tarefa de querer interpretar sentidos reprimidos existentes, como seria a tarefa habitual nas neuroses. É necessário que o terapeuta ofereça um aspecto ligador de sustentação” (p. 117).

Green (1990) destaca a importância de pensarmos a

[...] estrutura psíquica como desdobrada de uma formação intermediária do diálogo entre o corpo e o mundo. Por quê? Porque esse diálogo é brutal, porque a luz do mundo é ofuscante, porque as exigências do corpo são tirânicas e se não dispuséssemos dessa formação amortecedora dos choques, que é constituída pelo psiquismo inconsciente e pelo psiquismo consciente, ou por representações inconscientes, ou por representações conscientes, estaríamos ainda, provavelmente, num estádio pré-hominiano. (p. 59)

#### **2.4.2. Caso Norma**

Norma procurou ajuda após ver uma reportagem na televisão que abordava a questão da síndrome de pânico. Diz que se identificou com algumas sensações características descritas na reportagem. Relata que há algum tempo vinha sentindo sensação de sufocamento, medo de enlouquecer, medo de perder o controle, palpitações, frequência cardíaca acelerada e vertigem. Diz já ter procurado o pronto socorro por duas

vezes seguidas antes de se identificar com o quadro descrito no programa de TV. Relata sua dificuldade em lidar com questões relativas ao trabalho que, como ela mesma descreve, é sentido como “muito estressante”. Nas primeiras sessões, passa a me contar sobre como essas sensações afetam o seu cotidiano. Fala de como fica envolvida com as sensações corporais todas as vezes em que passa por momentos de crise. Aos poucos, vai relatando nas sessões uma dificuldade muito grande em se relacionar com pessoas desconhecidas. Descreve seu temor das pessoas, demonstrando muita dificuldade em lidar com situações que fogem ao seu controle. Nessa ocasião, ainda está noiva e se prepara para o casamento. Durante alguns meses, não faz nenhuma correlação de tais sensações com alguma problemática específica. Seguem-se muitas sessões nas quais a paciente sempre relata temer outros “ataques” de pânico, conforme ela mesma denomina as sensações corporais já vivenciadas. Numa determinada sessão, Norma, com 21 anos, traz sua irmã mais velha, que fica aguardando-a na sala de espera. Nessa ocasião, essa irmã morava em outra cidade e também fazia terapia. É quando a convido a falar sobre a sua relação com a família. Norma relata que os pais são separados e que mora com o pai, a “namorada do pai” e a irmã mais nova. Ao falar da infância, Norma se lembra que a mãe esteve em tratamento psiquiátrico, tendo sido diagnosticada com “transtorno bipolar” e inclusive fora internada algumas vezes. Acrescenta ainda que, numa certa ocasião, a mãe quis entregar, para uma outra mulher, a sua irmã mais nova. A partir daí, Norma começa a falar da sua angústia ao saber que a namorada do seu pai, depois de doze anos morando com a família, vai se mudar. Nesse momento, ela mesma percebe que é esse desconhecimento sobre o que está por vir que é a fonte de tal angústia. Confessa que sua relação com o pai é tranqüila, apesar de haver um grande distanciamento, do qual sente muita mágoa e que, segundo ela, é consequência dos doze anos em que ele dedicou mais tempo ao namoro do que às filhas. Norma começa a fazer vinculações acerca do mal-estar que vinha sentindo com a necessidade que ela mesma diz ter de estar no controle. Um detalhe que chama muito a atenção é o fato de ela não aceitar nenhuma ajuda financeira do pai, numa tentativa de se manter auto-suficiente. Com o passar do tempo, a análise começa a se desenrolar a partir da dificuldade que Norma tem em se relacionar com o pai, bem como em aceitar o distanciamento desses doze anos.

Podemos perceber que, após algumas sessões, e a partir da descrição de suas vivências, a história de vida da paciente começa a emergir. Segundo Cartocci (1998),

“[...] vemos que a assim chamada crise de pânico aparece ligada a uma percepção, um vislumbre de algo a respeito das condições em que está se vivendo. É uma verdade sobre a própria vida que se apresenta, ou, às vezes, mais que isso, uma verdade sobre a vida [...]”. No caso de Norma, a crise poderia ser traduzida como uma angústia automática. Aos poucos, é um sintoma neurótico que passa a ser ressignificado. Por outro lado, esse caso nos aponta que a insuficiência psíquica pode estar relacionada, como nos descreve Winnicott, com falhas no processo de maternagem. Assim como Cartocci descreve “[...] quando se dá a crise, são momentos em que o externo (o meio), ao modo do ego materno quando da primeiríssima infância, não está lá como suporte desse corpo (*holding*) que sente coisas que não tem como abarcar”.

Verificamos que o paciente diagnosticado com a síndrome de pânico tem, na maioria das vezes, necessidade de descrever seus fenômenos corporais, tais como: medo de morrer, medo de enlouquecer, tonturas, taquicardia, calafrios. No caso acima descrito, esta fase descritiva ocorreu durante um determinado período, mais precisamente durante as entrevistas preliminares. Isso está consoante com o que nos descreve Cartocci (1998): “lentamente, depois de descreverem sessões a fio suas vivências, começa a emergir a história de vida dessas pessoas. E então vemos que a assim chamada crise de pânico aparece ligada a uma percepção, um vislumbre de algo a respeito das condições em que se está vivendo.” (p.17).

A partir da neurose de transferência, Norma passou a elaborar questões edípicas em seu trabalho associativo em análise.

### 3. CONCLUSÃO

Após verificar o posicionamento de alguns autores diante dos fenômenos contemporâneos, a saber, da síndrome de pânico e das somatizações, é importante verificar a função do analista frente a essas novas manifestações. A partir desses autores, verificamos a necessidade de trabalhar, num primeiro momento, o acolhimento, considerando o desamparo e a precariedade das vivências infantis, bem como a pobreza de representações e a dificuldade de metaforizar do paciente. Privilegiamos a escuta psicanalítica no intuito de provocar o “funcionamento neurótico” a partir de um processo de mentalização, conforme proposto por P. Marty, ou a partir de um processo de integração proposto por Winnicott. Em ambos os casos, o analista é convidado a um processo de maternagem no sentido de uma clínica pautada pela ética do cuidado. Conforme descreve Volich (2010):

A psicoterapia com esses pacientes exige, portanto, um cuidado particular na maneira de recebê-los e na forma de acolher e trabalhar suas demandas e comunicações. É necessário, sobretudo, considerar a fragilidade representada pela intensidade de seu desamparo, reforçado muitas vezes pelo sofrimento físico da doença, e a precariedade de seus recursos para lidar com eles. Segundo P. Marty, o trabalho psicoterapêutico deve encaminhar-se da “função materna à psicanálise”<sup>11</sup>. “No exercício de sua função materna, cujo sucesso depende de sua atitude a uma identificação renovada com o paciente (da qualidade de sua empatia)”, os meios dos quais dispõe o terapeuta, verbais e não verbais na posição face a face, “... são suscetíveis de assegurar as primeiras bases de uma proximidade bilateral identificatória”. Dessa posição pode-se esperar uma reanimação libidinal, uma melhora das qualidades do pré-consciente e, portanto, um melhor tratamento psíquico da excitação. [...] Mesmo que as indicações e os enquadres clássicos da psicanálise não sejam adequados ao tratamento desses pacientes, a referência psicanalítica, o regime teórico-clínico do analista, sua relação com a teoria, com sua análise, com sua formação, constituem balizas importantes para compreender o paciente e evitar que a elasticidade necessária à clínica de tais pacientes “não seja simplesmente uma questão de acomodações liberais, ou de intuição empírica subjetivista”. Essa concepção da clínica transcende inclusive à prática psicoterapêutica para constituir-se como paradigma de qualquer relação terapêutica (p. 325-327).

O trabalho do analista é um trabalho que se baseia na casuística clínica, ou seja, faz-se necessário uma escuta flutuante na qual há uma tessitura entre a teoria e a singularidade do sujeito. É um momento de construção que pode permitir um avanço, no sentido de formas mais elaboradas de expressão psíquica.

Segundo André Green (1993, *apud* HORN (2008)), a construção com esses pacientes psicossomáticos, construção dita “silenciosa”, tem como principal objetivo

---

<sup>11</sup> P. Marty (1990). A psicossomática do adulto, p. 59.

preencher as lacunas de um tecido psíquico com uma palavra que surge *a posteriori* para reconstruí-lo; a partir daí, revelam-se no analisando traços ou cicatrizes de suas primeiras experiências.

A “boa construção” é aquela que permite restabelecer as ligações, que permite procurar ou conectar entre elas diferentes planos da vida psíquica, que traz à superfície psíquica sensações ou afetos em busca de sentido, enfim, que é geradora de um trabalho de simbolização feito pelo próprio sujeito, não necessariamente aquela que é apenas confirmada pelo analisando.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ABRAM, J. (2000) *A linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter.

ABUD, C. C. (2003), Dores somáticas e desvios pulsionais, In: Volich, M. R.; Ferraz, F. C.; Ranna, W., *Psicossoma III: Interfaces da psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

BIRMAN, J. (2006). *Arquivos do mal-estar e da resistência*. Rio de Janeiro. (pp. 47-48).

CARTOCCI, L. (1998). Pânico, pane... um divã para a queda. *Revista Percurso*. Ano XI, n. 21, 1998. São Paulo: Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae.

COSTA PEREIRA, M. E. (1999). *Pânico e desamparo*. São Paulo: Escuta.

DIAS, Elsa Oliveira (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.

FIGUEIREDO, L. C. (2003). Modernidade, trauma e dissociação: a questão do sentido hoje. In: Figueiredo, L. C. *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta. (pp. 11-40).

FREUD, S. (1894). Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome intitulada “neurose de angústia”. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 3.

FREUD, S. (1896). Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 3.

FREUD, S. (1897). Sinopses dos escritos científicos do Dr. Sigm. Freud. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 3.

FREUD, S. (1898). A sexualidade na etiologia das neuroses. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 3.

FREUD, S. (1905 [1904]). Sobre a psicoterapia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 7.

FREUD, S. (1908). Moral sexual “civilizada” e doença nervosa moderna. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v.9.

FREUD, S. (1913). Totem e tabu. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 13.

FREUD, S. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 14.

FREUD, S. (1915a). O inconsciente. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 14.

FREUD, S. (1915b). A Repressão. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 14.

FREUD, S. (1926). Inibições, sintoma e ansiedade. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 20.

FREUD, S. (1927). O futuro de uma ilusão. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 21.

GREEN, A. (1990). *Conferências brasileiras: metapsicologia dos limites*. Rio de Janeiro: Imago.

GURFINKEL, D. (1996). Psicanálise, regressão e psicossomática: nas bordas do sonhar. *Revista Percurso*, Ano VIII, n. 16, pp. 69-80. São Paulo: Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae.

HORN, A. (2008). Construções em psicossomática psicanalítica. In: *Revista brasileira de psicanálise*, v.42 n.3, set. 2008. São Paulo.

LAPLANCHE, J. (1992). *Novos fundamentos para a psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.-B. (1967). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

LAURENTIIS, V. R. (2001). A incerta conquista da morada da psique no soma em D. W. Winnicott. In: *Winnicott na Escola de São Paulo*. Elsa Oliveira Dias e Zeljko Loparic (orgs.) São Paulo: DWW Editorial.

LOPARIC, Z. (2000) O animal humano. *Natureza humana*, vol. 2, n. 2, pp. 351-397.

MARTY, P. & M'UZAN, M. (1994) O pensamento operatório. *Rev. Bras. Psicanal.*,28(1):165-74, 1994.

MAYER, H. (2001). Passagem ao ato, clínica psicanalítica e contemporaneidade. In *Adolescência: reflexões psicanalíticas*. Marta Rezende Cardoso (org.). 1ª ed. Rio de Janeiro: NAU Editora.

McDOUGALL, J. (1991). *Em defesa de uma certa anormalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.

McDOUGALL, J. (1996). *Teatros do Corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

McDOUGALL, J. (1997). *As múltiplas faces de Eros: uma exploração psicoanalítica da sexualidade humana*. São Paulo: Martins Fontes

- MINERBO, M. (2009). *Neurose e não-neurose*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- SCHWARTZMAN, R. S. (1997). Síndrome de pânico: uma escuta psicanalítica. In: *Revista Percurso*, n. 18, 1-/1997. pp. 87-96. São Paulo: Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae.
- SIGAL, A. M. (2001). O arcaico nas patologias contemporâneas. Considerações sobre o pânico. In *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol. IV, n. 4, dezembro 2001, pp. 112-118.
- VOLICH, R. M. (2010). *Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise*. 7ª. Edição, São Paulo: Casa do Psicólogo.
- WINNICOTT, D. W. (1954a). A mente e sua relação com o psique-soma. In: *Collected Papers Through paediatrics to Psychoanalysis*. Londres: Tavistock Publications. Tradução brasileira de Davy Bogomoletz: *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*, Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000.
- WINNICOTT, D.W. (1954b) Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do setting psicanalítico. In: *Collected Papers Through paediatrics to Psychoanalysis*. Londres: Tavistock Publications. Tradução brasileira de Davy Bogomoletz: *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*, Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000.
- WINNICOTT, D. W. (1958a). A agressividade e sua relação com o desenvolvimento emocional. In: *Collected Papers Through paediatrics to Psychoanalysis*. Londres: Tavistock Publications. Tradução brasileira de Davy Bogomoletz: *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*, Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000.
- WINNICOTT, D. W. (1958b). Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In: *Collected Papers Through paediatrics to Psychoanalysis*. Londres: Tavistock Publications. Tradução brasileira de Davy Bogomoletz: *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*, Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000.
- WINNICOTT, D. W. (1958c). A preocupação materna primária. In: *Collected Papers Through paediatrics to Psychoanalysis*. Londres: Tavistock Publications. Tradução brasileira de Davy Bogomoletz: *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*, Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000.
- WINNICOTT, D. W. (1967). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: *Playing and Reality*. Londres: Penguin Books. Tradução brasileira: *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975.
- WINNICOTT, D. W. (1969a). A amamentação como forma de comunicação. In: *Home is where we start from*. Londres: Penguin Books. Tradução brasileira: *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- WINNICOTT, D. W. (1971). As bases para o si-mesmo no corpo. In: *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1994.

WINNICOTT, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro, Imago, 1975.

WINNICOTT, D. W. (1987). *Selected Letters of D. W. Winnicott*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press. Tradução brasileira: *O gesto espontâneo*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

WINNICOTT, D. W. (1988). *Human Nature*. Londres: Winnicott Trust. Tradução brasileira: *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1990.

WINNICOTT, D. W. (1989). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1994.