

Organizadoras

Cândida Sé Holovko

Eliana Rache

PSICANÁLISE

Da excitação à pulsão



Blucher

DA EXCITAÇÃO À PULSÃO

Organizadoras

Cândida Sé Holovko

Eliana Rache

Da excitação à pulsão

© 2023 Cândida Sé Holovko e Eliana Rache

Editora Edgard Blücher Ltda.

SÉRIE PSICANÁLISE CONTEMPORÂNEA

Coordenador da série Flávio Ferraz

Publisher Edgard Blücher

Editores Eduardo Blücher e Jonatas Eliakim

Coordenação editorial Andressa Lira

Produção editorial Ariana Corrêa

Preparação de texto Ana Maria Fiorini

Diagramação Negrito Produção Editorial

Revisão de texto MPMB

Capa Laércio Flenic

Imagem da capa *Study for the Libyan Sibyl* (1511),

de Michelangelo Buonarroti, via Wikimedia Commons

Blucher

Rua Pedroso Alvarenga, 1245, 4º andar

04531-934 – São Paulo – SP – Brasil

Tel.: 55 11 3078-5366

contato@blucher.com.br

www.blucher.com.br

Segundo o Novo Acordo Ortográfico, conforme

6. ed. do *Vocabulário Ortográfico da Língua*

Portuguesa, Academia Brasileira de Letras,

julho de 2021.

É proibida a reprodução total ou parcial por quaisquer meios sem autorização escrita da editora.

Todos os direitos reservados pela Editora Edgard Blücher Ltda.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Angélica Ilacqua CRB-8/7057

Da excitação à pulsão / organizado por Cândida Sé Holovko, Eliana Rache. – São Paulo : Blucher, 2023.

280 p. (Série Psicanálise Contemporânea / coord. de Flávio Ferraz)

Bibliografia

ISBN 978-65-5506-651-7

I. Psicanálise I. Holovko, Cândia Sé
II. Rache, Eliana III. Ferraz, Flávio Carvalho

23-3883

CDD 150.195

Índice para catálogo sistemático:

I. Psicanálise

Conteúdo

Introdução	7
1. Clínica da excitação, destinos pulsionais e transtornos somáticos	15
<i>Diana Tabacof</i>	
2. O salto misterioso do neural ao mental	41
<i>Claude Smadja</i>	
3. Gritos do corpo no silêncio da voz: da dor somática à constituição de uma história	65
<i>Cândida Sé Holovko</i>	
4. Uma enigmática solução: somatose ou psicose	83
<i>Eliana Rache</i>	
5. Luto, melancolia e somatização	95
<i>Claude Smadja</i>	

6. No meio do caminho tinha uma pedra... Interpretação e ato na clínica das desorganizações psicossomáticas <i>Rubens M. Volich</i>	119
7. A função do objeto na regulação da economia psicossomática <i>Diana Tabacof</i>	143
8. Cheiros, memórias e elaborações <i>Margaret Waddington Binder</i>	153
9. Ouvir o silêncio <i>Gley P. Costa</i>	171
10. Ação do masoquismo mortífero: somatização em um caso clínico <i>Eliana Rache</i>	197
Homenagem a Gérard Szewc	207
11. Psicossomática da criança ao adulto, rigor e paixão: legado de Gérard Szewc (1947-2021) <i>Cândida Sé Holovko</i>	209
12. Como nascem as fantasias? <i>Anne Maupas</i>	223
13. Procedimentos autocalmantes mediante a busca repetitiva da excitação (<i>Os galerianos voluntários</i>) <i>Gérard Szewc</i>	241

1. Clínica da excitação, destinos pulsionais e transtornos somáticos

Diana Tabacof

Para introduzir o vasto espectro do que chamo de clínica da excitação, pareceu-me útil recorrer aos pacientes que atendo semanalmente no Instituto de Psicossomática de Paris (Ipsos-P. Marty), recapitulando o que os trouxe à consulta. Cardiopatia, reumatismo, endometriose, cefaleia, enfisema pulmonar, câncer de mama, herpes, fibromialgia, retocolite ulcerativa foram algumas patologias que repertoriei dentre meus pacientes, assinalando que frequentemente os quadros clínicos se compõem de sintomas de múltiplas origens que se entrelaçam. A diversidade das somatizações oscila entre as doenças funcionais, de gravidade variável, que se manifestam por meio de crises e são da ordem do que chamamos, a partir de P. Marty (1976), de *regressões*, a quadros lesionais graves que podem ser letais, como as doenças degenerativas, que chamamos de *desorganizações*.

Que vem fazer um psicanalista diante de tais pacientes? Devo dizer que não é habitual nos referirmos a eles a partir de suas doenças orgânicas, justamente. Isso é favorecido inclusive pelo próprio dispositivo institucional no qual os recebemos. Quando damos

início a uma psicoterapia psicanalítica no Ipso, o paciente já terá sido recebido pelo analista-consultante, e passado pela *investigação psicossomática*, que precede as indicações de tratamento. Junto aos aspectos psicodinâmicos e anamnésicos mobilizados nessa primeira entrevista, os aspectos médicos são detalhados e redigidos num relatório, que constará do arquivo do paciente, do qual fazem parte também sua carta de apresentação explicitando as razões de sua demanda, a carta do médico que o encaminhou, assim como eventuais exames e relatórios hospitalares que tenha trazido.

A garantia de que o paciente dispõe de uma equipe médica de referência, junto à qual o colega consultante possa, se necessário, intervir, representando no plano da realidade externa ao enquadre analítico uma *instância terceira*, entre analista e paciente, assegura o lugar do psicanalista psicossomático e constitui uma especificidade dessa clínica.

Pois nosso objeto, uma vez o trabalho analítico iniciado, não é a doença orgânica e o corpo biológico. Somos formados para apreender a organização psicossomática global do paciente, com seus aspectos econômicos e psicodinâmicos, à luz da estruturação tópica de seu aparelho psíquico. A descoberta pela Escola de Paris das particularidades do *funcionamento mental do paciente*, inerentes aos processos de somatização, ou seja, dos seus “*disfuncionamentos*”, que nos permitem dizer que um *sintoma somático é o negativo de um sintoma psíquico*, restitui ao psicanalista sua vocação primordial: a de mobilização daquilo que se encontra, como numa fotografia à moda antiga, à espera de revelação.

Isso não quer dizer, muito pelo contrário, que a patologia somática não está presente na sessão. Para o paciente, frequentemente, este é *o seu objeto* preferencial. Aquele que os nossos pioneiros chamaram de “objeto somático”, ao qual o paciente se agarra e que mais o mobiliza, principalmente no começo do seu trabalho

analítico. Muitas vezes não cessará de convocá-lo, situando-o no centro da sua existência, descrevendo suas implicações nos mínimos detalhes, começando invariavelmente sua sessão com relatos repetitivos, fatuais, de tipo operatório, relativos a “ele”, seu sofrimento somático.

Poderíamos então dizer que toda a sua libido se concentra nesse adoecer? Estaríamos nesse caso numa lógica hipocondríaca, ou de exibição histérica, ou mesmo de uma expressão masoquista que fizesse desse sofrer uma fonte de misterioso prazer. Talvez fosse mais o caso de perguntar-nos *como* se distribui sua libido ao seio do seu próprio eu, onde ela foi parar; qual a natureza dos objetos às quais está ligada, internos ou externos, totais ou parciais, mais radicalmente ainda, perguntar-nos se sua libido, a energia de *Eros*, índice da pulsão de vida e grande aliada de Psiquê, teria habitado perenemente seu Eu, e animado seus objetos. A ação insidiosa da *pulsão de destruição*, rompendo trajetórias pulsionais e suas ligações intraegoicas e interobjetais, paira sobre esses tratamentos. O investimento do objeto-analista e a constância do enquadre representam um indispensável aporte em energia libidinal, impulsionando as trajetórias pulsionais interrompidas e reatando ligações entre afetos e representações.

O psicossomático põe assim à prova a sua arte de se descentrar do corpo anatomofisiológico doente que se impõe diante de si, oferecendo uma superfície de forças vivas, na qual o paciente possa se mirar. A escuta analítica vem assim acoplada da visão e de uma percepção global, numa apreensão que podemos chamar de *multissensorial*, daquilo que vai se expressar por vias bastante heterogêneas, nesse face a face que caracteriza o *setting* que aqui descrevemos. A *organização psicossomática*, segundo a equação proposta por Marty, vai se manifestar por meio dos sintomas somáticos, visíveis ou invisíveis, mas de forma igualmente importante pelos gestos e comportamentos expressos pela via da

sensorio-motricidade e de todas as manifestações da esfera psicoafetiva, organizadas pela linguagem verbal ou não. O indivíduo diante do analista constitui, assim, uma organização complexa, que ele vai poder apreciar e com a qual tentará entrar em relação mediante os diversos estratos de seu funcionamento. E de uma narrativa objetiva e opaca, referida a uma experiência material do corpo e de seus transtornos, uma história vai emergir, o drama vai se desenrolar, tingido pelos matizes subjetivos que o investimento do analista vai mobilizar.

Ilustração clínica

Assim, minha paciente Jane começa sua sessão evocando suas dores menstruais lancinantes, sua noite maldormida e as decisões que devem ser tomadas no tratamento de sua endometriose, pois um meningioma cerebral impede a hormonoterapia: “parece que vão ter que abrir o meu crânio”, me diz. Perto dos 35 anos, seu desespero de não poder ter filhos é secundário a um outro ainda maior: considera sua vida afetiva um fracasso, os namorados não ficam, ela duvida de sua capacidade, ou, mais essencialmente ainda, de seu direito de amar. Pelo menos, se consola Jane, no trabalho é bem-sucedida, mas deu tudo dela para tal: um “*burn out*” a obrigou recentemente a cessar toda atividade, foi assim que veio a se consultar.

A economia psicossomática dessa paciente é de forma prevalente marcada pelo *excesso*, um excesso de excitações somáticas que se encontram mal-integradas pelo seu aparelho psíquico e exercem uma pressão interna constante: toda sua musculatura está a serviço de defesas psíquicas que não exercem seu papel; suas defesas são somáticas, conforme nos ensinou Marty. Jane me fala nessa sessão de sua sensação de ter construído uma armadura de

proteção. Contra o quê? Ela não sabe, por momentos é como se fosse invadida por um tsunami. Armadura, tsunami: imagens vão aos poucos se formando e sendo associadas às suas sensações corporais. O processo associativo da analista pode assim se desencadear, permitindo-lhe sair da angústia que o desespero da paciente produz: sim, sei o quanto Jane necessita que eu me preocupe por ela, sinto o caráter febril do seu apelo desde sua primeira sessão, quando cravou seus olhos nos meus; sua mãe, uma mulher muito doente, só pôde ocupar-se de si própria. O núcleo do abandono em Jane é excruciante.

Uma dose equilibrada da frustração do paciente pelo analista é convocada continuamente nesses casos, segundo a lição ferencziana. Estar ali verdadeiramente presente para Jane, mas analisar todo movimento contratransferencial de comiseração e qualquer veleidade de reparação, é de regra. Tsunami? É uma sensação de opressão, diz Jane, cerrando os punhos: do ponto de vista de sua economia psicossomática, a sensação de opressão de Jane é uma experiência energética, quantitativa, massiva. Juntas vamos tentar fracioná-la, discriminá-la e qualificá-la por meio dos representantes de afeto e de representação, que vão aos poucos emergindo. Na sequência da sessão, ela nomeia o afeto que a invade, que a submerge como uma onda de sensações físicas que peço que me descreva: diz sentir a garganta fechar, a respiração bloquear, o ventre se contrair. O que sinto é muita raiva dentro de mim, diz Jane com as mãos sobre o ventre, como uma massa de raiva; vivíamos fechadas dentro de casa, meu pai não nos deixava sair, eu e minha irmã tínhamos que ser performativas, eficientes, as melhores da classe, acho que por isso preciso de validação constante dos outros e não posso relaxar.

Identificar o pai algoz, acusá-lo de vaidoso e egoísta, de “perverso narcisista”, como está na moda se dizer, não é tão difícil para Jane. Falar a partir do seu Eu-ideal, da busca de retorno de sua

imagem positiva para se sentir existir é relativamente fácil, mas o uso da intelectualização é enganoso. As profundas raízes do seu frágil narcisismo se encontram soterradas em camadas bem mais inacessíveis. Uma doença sanguínea incurável e contagiosa havia feito da gravidez e do parto de sua mãe uma experiência que implicava risco vital para as duas; o corpo materno nunca fora um porto seguro para Jane. As fronteiras entre mãe e filha se mantiveram porosas, e uma carga de destrutividade imensa, circulando permanentemente entre elas, manifestou-se vida afora em Jane, por meio de crises de angústia difusas, transtornos somáticos diversos com níveis de gravidade crescentes.

Quanto ao seu pai, “Éramos *coisas dele*”, segundo me disse, e estar “nas suas garras” não teria sido somente uma metáfora: submissa intelectualmente, procurou ser excelente aluna e profissional, e qualquer deslizamento nesse sentido desencadeava o furor do pai, que urrava, paralisando-a de pavor. Porém uma submissão de outra natureza chamou atenção: o que seu pai gostava igualmente de praticar era agarrar as filhas para verdadeiras sessões de cócegas, a perder o fôlego, somadas a lambidas nas orelhas e outros que tais. Sua irmã abominava esses momentos, empurrava o pai, e vivia isso, segundo ela, como um verdadeiro estupro. Jane por sua vez, perdia o fôlego, mas pedia mais, pois eram os únicos momentos, segundo ela, de trocas com o pai.

Para a psicossomática que sou, essa nota me punha na pista dos *tsunamis* de Jane, e as sensações desencadeadas no corpo a corpo com o pai, de natureza ultraexcitante, interpelavam sua capacidade de integração das massas de descargas endossomáticas ali mobilizadas, visto a fragilidade do seu paraexcitação, o filtro protetor construído no seio das relações primárias. Esses momentos de clímax de cócegas não teriam deixado rasgos no seu envelope somatopsíquico, traços de uma irrupção de excitações para além do princípio do prazer?

Poderíamos então perguntar *de que corpo estaríamos falando*, esse que fazia a menina se retorcer de gargalhar, nas garras do pai. Enquanto os sensores fisiológicos desencadeavam suas transbordantes sensações, o corpo que estaria sendo mobilizado, nesses anos de “pseudolatência”, seria o que poderíamos chamar de *corpo pulsional*, segundo o modelo proposto pela Escola de Paris (Smadja, 2014; Tabacof, 2021) a partir de P. Marty (1976) e M. Fain (1991) e dos aportes à psicossomática de A. Green (2007). No que se refere às questões relativas à erogeneização dos fenômenos somáticos, aqui delineadas, a referência a C. Dejours é determinante. Desde o final dos anos 1980, esse autor introduziu, a partir da noção freudiana de apoio (*Anlehnung*; *étayage* em francês) a ideia da formação de um “segundo corpo” a partir do “corpo biológico”, ao qual ele deu o nome de “corpo erótico”, inscrito no contexto da *teoria da sedução generalizada* proposta por J. Laplanche, revista por Dejours à luz de seu próprio corpo teórico e da clínica psicossomática (Dejours, 1986, 2001).

Construção e marcas do corpo pulsional

Experiências como essa citada por Jane de transbordamento pulsional nos conduziriam, a meu ver, ao cerne do que devemos mobilizar nesses tratamentos, ou seja, os elementos que nos permitem circunscrever as singularidades da construção do corpo pulsional do nosso paciente, do ponto de vista da economia da excitação e de suas vicissitudes. Podemos assim apreciar as condições de que dispunha nos momentos críticos da vida, permitindo, ou não, a transformação das descargas somáticas, automáticas, reflexas, em uma experiência libidinal temperada, fracionável em pequenas quantidades, apta a ser ligada aos representantes de afeto e de representação, e integradas num corpo vivo, somatopsíquico, um

corpo pulsional. Lembremos: a pulsão se define como exigência de trabalho imposta ao psiquismo em consequência de sua ligação com o corporal.

Precoces ou tardios, esses momentos críticos da vida, de tonalidade afetiva e de intensidade variáveis, implicam sempre interações corpo a corpo, mesclando libido do ego e libido objetal. Interações das mais precoces, no seio do que chamamos no corpo teórico-clínico da Escola de Paris de “função materna”, às mais diversas relações objetais, fortuitas ou duradouras, que ocorrem ao longo da vida. Interações que produzem efeitos endógenos e exógenos, autoplásticos e aloplásticos, segundo os termos de Ferenczi (1932), e que podem vir a veicular uma força traumática, sexual ou agressiva, pontual ou cumulativa, abrindo brechas no tecido psíquico, e impactando a *modelagem* do corpo pulsional.

O papel do objeto como vetor de pulsionalização sabemos que é central; da rede de objetos, no plural, daí o interesse, a meu ver, em utilizarmos o conceito de função materna, que concebe *o materno como função*, melhor dizendo, como um conjunto de funções. Estas asseguram, no sujeito em construção, tanto sua sobrevivência, desencadeando seu instinto de *autoconservação*, como sua *libidinização*, desencadeando suas pulsões autoeróticas. Conforme M. Fain e D. Braunschweig (1975) nos ensinaram, no cerne da função materna está incluída a sexualidade adulta, ou seja, a figura da mãe-mulher, da mãe-amante, inscrita numa rede erótica, muito além da relação terna com seu bebê; condição aliás necessária para que essa ternura seja bem temperada. Do ponto de vista da instalação dos destinos pulsionais, essa triangulação erótica precoce é central. Falhas severas nesses destinos, particularmente na organização do *duplo retorno pulsional* (um dos eixos da metapsicologia fundada em 1915) e do acesso à *posição passiva*, determinando o que M. Fain (1991) chamou de “destino pulsional inacabado”, deixam marcas decisivas, *fixações* talvez definitivas no

dever do sujeito e na sua organização psicossomática. Marty introduziu inclusive a noção de inorganização, em casos de interações traumáticas severas.

O elo essencial do encadeamento do duplo retorno pulsional é a instalação do tempo de “reflexão” sobre a própria pessoa daquilo que vem do objeto, na origem da chamada “reflexividade” psíquica (Roussillon, 2002; Ody, 2012), que corresponde finalmente ao processo de incorporação-introjeção.

Na perspectiva de A. Green (1995), da qualidade do encontro com os primeiros objetos, da criação do que ele chamou de estrutura enquadrante, dependerá a instalação da própria *função objetalizante*, ou seja, da capacidade do sujeito de criar novos objetos a partir de uma matriz que se tornará interna. Objetos materiais ou imateriais, que permitirão a ele ligar sua libido, garantir a coesão do seu narcisismo e dar sentido à sua vida. Função objetalizante que vai vetorizar a força de Eros, a pulsão de vida, ligando as forças destrutivas inerentes ao aparelho psíquico, do ponto de vista do dualismo pulsional freudiano. Forças destrutivas que emanam das raízes somáticas quando estas se encontram desintricadas, desobjetalizadas, desmentalizadas, e que, como fios desencapados, mantêm um risco elevado de curto-circuito e, por consequência, de desorganização psicossomática.

* * *

O núcleo traumático que emergiu no trabalho com Jane, desdobrado durante semanas, meses, podendo ainda durar anos, como ocorre muitas vezes nesse tipo de tratamento, visto que o processo analítico é sinuoso, o paciente avança e recua, vislumbra e apaga em seguida o que viu, em suma, o núcleo perlaborativo em Jane se referia, muito sucintamente, às *condições de ligação psíquica* de que dispunha na adolescência, no período de desenvolvimento do seu aparelho genital-reprodutivo e do complexo sistema hormonal,

perante o drama de sua existência. Jane descreveu uma verdadeira “detestação dela mesma” (nas suas próprias palavras) nos anos de escola, seu corpo era como inexistente, objeto de vergonha e sentimento de humilhação, enquanto sua mente era brilhante. Certamente, os caminhos eróticos de sua feminilidade psíquica e seu processo biológico pubertário se descompassaram. Um dos mais recentes capítulos do seu trabalho analítico se refere às amantes do seu pai durante esse período e a ausência de vida sexual entre ele e sua mãe, expostos por seu pai sem pudor. Muito foi necessário para que pudéssemos levantar esse véu; mecanismos de defesa múltiplos e de diversos estratos – como evitamento, negação, recalque e, mais radicalmente, supressão – se combinavam entre si para isolar esse material explosivo relativo à sexualidade de seus pais.

Porém, uma vez atingido esse ponto evolutivo e organizador de “atração edípica” (segundo a noção de M. Ody [2010]) que punha em jogo a triangulação entre ela e seus pais, o estrato traumático subjacente se apresentava como um abismo a ser enfrentado. Um lugar aonde as palavras não chegam e a memória é amnésica (Green), onde um material psiquicamente informe se concentra, referente às interações precoces ou mesmo as tardias, entre ela e sua mãe, impregnadas de destrutividade. Experiências que constituem aquilo que M. Fain chamou de “zonas de sensibilidade do inconsciente”, relicários de experiências traumáticas e porta de entrada (ou de saída) do inconsciente clivado, chamado por Dejours (2001) de inconsciente “*amencial*”, para diferenciá-lo, de maneira muito pertinente, do inconsciente sexual recalçado. Ali se concentra um material “*informe*” (Press, 2010) que somente pode se manifestar, do ponto de vista psicossomático, no caso de Jane, por meio da doença orgânica uterina, das suas constantes dores no baixo ventre, do seu frágil terreno imunológico, deixando-a vulnerável a faringites graves e repetitivas, a crises de herpes e doenças

sexualmente transmitidas, e à reação inflamatória a qualquer vírus que pegue.

Para avançarmos na compreensão do processo de constituição da organização psicossomática, e de suas falhas, notemos que este é consubstancial à evolução da psicosexualidade, logo, dos destinos das pulsões. Podíamos falar então da *genealogia do corpo pulsional*. Esse processo evolutivo, sabemos, passa por etapas definidas que respondem a uma maturação e a uma cronologia progressivas. Nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (Freud, 1905/1972), foram lançadas as bases de compreensão da evolução dos estádios libidinais e de como as grandes funções orgânicas se põem, etapa por etapa, a serviço da sexualidade. A erotização das funções de autoconservação se desenrola graças à magia da “sedução”, a sedução materna originária, poção indispensável ao processo de pulsionalização. É nesse texto que Freud introduz o termo *Trieb*, a pulsão, diferenciando-a de *Instinkt*, apesar das ambiguidades induzidas pelas diversas traduções. Longe de ser um fenômeno endógeno, autogerado e inato, *o devir da pulsão*, como não cessamos de indicar, tem uma origem *exógena*, ou pelo menos esse é o ponto de vista que defendo, apesar das hesitações deixadas por Freud ao longo de sua obra. Enraizada no soma, a fonte de excitação da pulsão se torna psiquicamente ativa graças à intervenção do objeto externo, como se lê na definição de Freud (1932/2010). A operação de *apoio* da pulsão sobre a função orgânica, *étayage* (Laplanche & Pontalis, 1967) em francês (do alemão *Anlehnung*), introduzida nos *Ensaio* de 1905, fenômeno que se dá por meio das relações corpo a corpo entre o bebê e seus primeiros objetos, tornou-se o modelo da autonomização da ordem erótica e de seu descolamento da ordem biológica. No clássico exemplo da função alimentar e da necessidade de comer, emerge gradativamente o desejo de reencontrar o objeto de satisfação e o desencadeamento do próprio *apetite de viver* (segundo os desdobramentos de Green [1995]

sobre a oralidade). A boca, lábios, dentes, língua, garganta, e por que não o esôfago e o estômago, são fontes de contínuas sensações que vão sendo tingidas (*colonizadas*, ou ainda *subvertidas*, na linguagem de Dejours), passando por operações de qualificações múltiplas, que percorrem uma vastíssima gama de experiências que vão do prazer ao desprazer, e, o que é o mais importante – e isso não estava ainda no Freud de 1905 –, que podem se desenrolar numa zona “para além do princípio de prazer”.

Assim foram sucessivamente descritas as zonas erógenas, fontes das pulsões parciais, e ressalvo aqui com muita insistência que a cada zona ligada a uma função orgânica estão relacionados, para além dos orifícios e mucosas, muitos órgãos e sistemas funcionais, que direta ou indiretamente participam dessas trocas entre o dentro e o fora, entre o serzinho em construção e seus objetos. No começo da vida, claro, mas não somente, pois a *história das funções corporais*, e, se me permito aqui avançar, a *plasticidade do corpo pulsional* que lhe é correlato, continua se escrevendo vida afora.

Se pensarmos naquilo que vai se tornar a zona erógena anal, por exemplo – ou será que podemos chamá-la de zona intestino-anal, a exemplo de A. Garma (1958/2004), que falava por extensão de uma organização digestivo-oral –, a complexidade dessa *cartografia* é grande. Acerca da zona uretral, quantos não são os orifícios que estão interligados, que se ligam, por sua vez, a múltiplos órgãos, constituindo redes sensíveis e conectadas entre elas? E quanto à pele, esse órgão de sensibilidade extrema? Ou a respiração, caixa de ressonância de tudo que ocorre no humano? Acerca da zona erógena genital, que vem coroar a evolução psicosssexual com seus dois tempos – o estágio fálico-genital e a puberdade –, por que não adicionar um terceiro tempo, o estágio da menopausa, ou da andropausa, com suas transformações somatopsíquicas tardias? O corpo pulsional, apoiado no corpo biológico, se modifica ao longo da vida, sofrendo *remanejamentos* constantes em

função das experiências vividas, muitas vezes produzindo efeitos deletérios, momentos de desintração pulsional, que rompem o equilíbrio psicossomático.

O compêndio de psicossomática da primeira infância *A criança e seu corpo*, redigido nos anos 1970 por um pediatra, um psicanalista de criança e outro de adulto (Kreiser, Soulé & Fain, 1974), é um inesgotável tesouro acerca dos destinos da pulsão e de suas falhas, que as patologias somáticas infantis revelam. Baseados na teoria do apoio (*étayage*), os autores explicam uma boa parte dos sintomas funcionais pelo desvio, ou, no termo deles, pela *desintração do apoio da libido das funções fisiológicas*, ou seja, um *desapoio* do psíquico que deixa o somático sem cobertura, a vivo. São ali declinados inúmeros casos de cólicas, insônia, anorexia, vômitos, espasmos do soluço, asma, analisados à luz das distorções da função materna, por excesso ou insuficiência, e inadequações de toda ordem. Os transtornos dos investimentos objetivos primários impactam o *mosaico primário* (Marty) das funções somatopsíquicas, alterando seus destinos. O estado de desamparo descrito pela *Hilflosigkeit* desde 1895, o choro sem acalento, a fome insatisfeita, o medo, a dor, os abusos de toda ordem, sexuais ou agressivos, morais ou físicos, geram um estado de transbordamento crônico de excitações desintraçadas, sobrecarregam os aparelhos fisiológicos e desviam as funções do seu curso natural. “Toda e qualquer função fisiológica só pode absorver uma quantidade limitada de excitações”, sustenta Marty (1984), senão estas se desorganizam (a qualquer momento da vida). A infiltração bem temperada da função orgânica pelo Eros objetivo não é um luxo, mas uma necessidade vital; na psicossomática do bebê, a desintração pulsional e a liberação da destrutividade e de risco mortal não são apenas conceitos, mas uma realidade tangível.

Mecanismos de *defesa precoces* foram observados e descritos nesta clínica, e podemos supor que deixem traços que se perenizam

vida afora. Estes se instalam nesses momentos críticos, e utilizam o automatismo de repetição como tentativa de controle da situação; reconhecemos aí, na repetição compulsiva, a característica principal da pulsão de morte e sua destrutividade. Os *procedimentos autocalmantes* o ilustram de maneira eloquente.

Do ponto de vista dessas defesas somáticas vitais, uma primeira ordem de mecanismos reflexos ultraprecoces foi descrita por Spitz (1958/1964), identificados como *protótipos fisiológicos dos mecanismos de defesa do Ego*, que, em condições evolutivas normais, vão se desenvolver e se tornar mecanismos puramente psíquicos. Spitz situou, por exemplo, na regurgitação e nos vômitos recorrentes uma pré-forma somática de rejeição do objeto (ainda não constituído como tal e formando parte ainda do eu em formação), excorporação de um objeto ressentido como tóxico. Esse reflexo fisiológico seria o protótipo no seu curso evolutivo do mecanismo mental de projeção-introjeção. Nessa mesma linha de ideias, já haviam sido descritos por Abraham (1924/1989) os mecanismos de retenção-expulsão das fezes próprios ao estado anal, como pré-formas somáticas dos mecanismos de controle-ataque do objeto. No caso da organização da oralidade, exemplos de desvios patológicos são dados pelos autores de *A criança e seu corpo*: o pequeno mericista, por exemplo, que devolve o bolo alimentar à boca e num movimento de ruminação “faz ir e voltar o objeto”, tentaria obter por meio de movimentos fisiológicos o que, do ponto de vista psíquico e do jogo (como o “*fort-da*”), ele não conseguiria realizar, “*pervertendo*” assim a *autoconservação* e pondo em risco sua vida; como pode ocorrer igualmente na anorexia mental precoce, nos refluxos graves, nos vômitos psicogênicos etc. No caso de um transtorno de expressão anal, como a encopresia, a perda involuntária (ou voluntária) das fezes mediante uma utilização inadequada dos esfíncteres denotaria um modo desviado de autoerotismo e um fracasso da organização psíquica do mecanismo de expulsão-retenção objetal,

com consequências no nível da formação de estruturas psíquicas essenciais, como o sadomasoquismo, e da organização da pulsão agressiva em geral.

Apresento esses exemplos pois eles nos põem na pista que nos interessa aqui, ou seja, dos *obstáculos* e das falhas que podem se instalar na passagem do registro biológico da autoconservação ao registro da pulsionalidade sexual, deixando suas marcas no corpo pulsional, fragilizando o equilíbrio psicossomático ao longo da vida. A noção de “*acidentes da sedução*” desenvolvida por C. Dejours (2001) é uma referência nesse sentido, apesar de esse autor partir de referências teóricas próprias.

Não podemos perder de vista igualmente que a construção do aparelho psíquico está em jogo nesse processo evolutivo dos primeiros anos. Os fenômenos de *psiquização dos mecanismos orgânicos ou das defesas fisiológicas* estariam, por conseguinte, podemos aventar, na base da construção do Ego. Instância puramente psíquica, “o Ego é antes de tudo um Ego-corporal, projeção mental de uma superfície” (Freud, 1923/1969). O psiquismo nascente, na perspectiva de Freud em 1923, vai se plasmar numa topografia, imprimindo-se numa tela subjetiva, uma superfície mental da experiência corporal (das sensações corporais, segundo o texto freudiano, principalmente da superfície do corpo, de onde podem partir ao mesmo tempo as percepções internas e externas). O Ego que, como sabemos, se forma a partir do *Id*, “a mais antiga das províncias”, constituído justamente pelas forças que emanam da organização somática inata (Freud, 1938/1997). O Ego que terá sua história e seus percalços, que, por sua vez, contará como instância reguladora o *Superego*, cuja função é antes de tudo a de ligar e temperar o risco de desencadeamento da destrutividade, por meio dos mecanismos de censura, retenção, inibição das forças pulsionais que ameaçam sua coesão.

De acordo com Brauschweig (1993), ainda que Freud tenha concebido a segunda tópica depois da primeira, do ponto de vista evolutivo podemos imaginar que esta se instale em primeiro lugar. Ou seja, que a dimensão energética descrita na segunda tópica, de transformação excitação-pulsão e de tensão entre pulsão de vida e pulsão de morte, necessite, no limiar da vida, ser regulada e contida. Somente assim então, uma vez o campo energético “controlado”, a primeira tópica (o sistema percepção-consciência, o pré-consciente e o inconsciente), com seus conteúdos representacionais, poderá ser concebida. Certamente, trata-se de processos simultâneos, ou conexos (a construção das duas tópicas), porém considero importante ressaltar a importância do *campo de forças* que foi descrito com a segunda tópica, e do risco da excitação desintricada e da destrutividade liberada (pulsão de morte). Esse campo energético deve ser domado para que a vida psíquica possa nascer, ou sobreviver. A clínica psicossomática, verdadeira clínica da excitação “à solta”, oferece ilustrações flagrantes da dimensão mortífera da desintricação pulsional, e sabemos que isso dependerá do nível de solidez do Ego, da funcionalidade do Superego e da regulação da força do Id.

Avançando um pouco mais nessa proposição acerca de uma “*cartografia do corpo pulsional*”, podemos assim dizer, prolongando a perspectiva há pouco descrita, segundo as especulações de Marty, que crises somáticas repetitivas (digestivas, respiratórias, alérgicas, dolorosas etc.), durante a infância ou a qualquer momento, fazem parte da vida e da dinâmica psicossomática de cada um. Os retornos regressivos reiterados aos sistemas fisiológicos em causa nessas crises criariam progressivamente *pontos de fixação*. Foram assim definidas as fixações *somáticas* por Marty (1976) como uma extensão da noção freudiana de traços mnésicos, mas podendo se inscrever ao nível somático. Essas fixações funcionais, a exemplo das fixações libidinais classicamente descritas (orais,

anais etc.) que correspondem a particularidades psíquicas do indivíduo, constituiriam um *mapeamento de suas particularidades orgânicas* (inclusive do ponto de vista pré-natal, epigenético, imunológico etc., intuído por Marty e que vem sendo, devemos assinalar, corroborado pela ciência contemporânea). Os *retornos regressivos* a tais pontos de fixação teriam um potencial defensivo e reorganizador. Assim, diante de fatores de diversas ordens, internos e/ou externos, produzindo um efeito perturbador na economia pulsional do sujeito, um movimento de regressão a esses pontos de fixação somática que desencadeasse, por exemplo, uma baixa do sistema imunológico, ou outro processo fisiológico (sanguíneo, endocrinológico, metabólico etc.), permitiria uma regulação pontual da organização psicossomática global do sujeito. Esse *sistema de fixação-regressão*, que corresponde em termos concretos a certas modalidades de somatização, (em geral sintomas funcionais e doenças que se manifestam em crises), comportaria um potencial defensivo da economia psicossomática, pela absorção do quantum de excitação em *suspensão* (podemos dizer, desintricado) que seria assim “esponjado”. As regressões somáticas poderiam representar, então, uma *solução* diante dos impasses criados nos momentos críticos da vida, na ausência de soluções de ordem mental.

Voltemos à clínica com um outro exemplo para dar corpo a essas reflexões.

Cora necessita de pelo menos três horas de preparação toda manhã antes de sair de casa. Seu medo do desencadeamento de violentas diarreias e sangramentos retais durante o trajeto ao trabalho lhe impõe vários procedimentos (comer, digerir, evacuar) até sentir-se pronta para sair. Ocorre regularmente de acordar com dores violentas, tendo que esperar que os remédios façam efeito, muitas vezes precisando ficar acamada. Sua vida se organiza em torno do seu intestino. “Tenho que me ocupar dele”, me diz

sorrindo, personificando seu ventre, pondo as mãos sobre ele. Sua vida é muito limitada: escritório, casa, ver séries e ler *mangás*. Viaja somente com sua mãe, devido a toda essa problemática. Cora tem quase 40 anos, já teve dois namorados, tem belos olhos verdes e covinhas quando sorri. Visivelmente, uma “sombra caiu sobre seu Ego”. Ela, porém, não manifesta um estado melancólico clássico. É eficaz e rigorosa, e não se sente triste. Sente-se “cansada”. Aos 22 anos, encontrou o pai morto ao voltar para casa, perdendo com ele o seu tônus vital já vacilante. Os elementos de uma vida operatória estão presentes, e sua depressão é de tipo essencial. Filha única, seu pai, gêmeo de uma irmã muito bem-sucedida e preferida pelos avós, havia se tornado drogadicto durante a infância de Cora. Desde o início de sua adolescência, ela sentiu-se responsável pelo pai. Suas primeiras crises intestinais se desencadearam em torno dos seus 15 anos, e, após vários tratamentos infrutíferos, uma colite ulcerativa foi diagnosticada, deixando Cora aliviada por ter algo concreto a que se apegar. Sentia-se desamparada e culpada diante da resposta médica até então: “é o estresse, pratique esportes”. Lembra de suas dores enquanto, dentro de casa, na companhia da mãe, aguardava ansiosa notícias do pai, que sumia por muitas horas, às vezes dias. Sua angústia era controlada, ao que parece, não somente por meio de suas colites, que substituíam a preocupação com o pai, mas ouvindo *heavy metal* fechada no quarto, a todo volume, ensurdecida às queixas da mãe e neutralizando por meio da sensorialidade a emergência de afetos ou pensamentos insuportáveis. Tinha poucas lembranças de momentos serenos, apesar de dizer ter tido com o pai uma relação “simbiótica”. As brigas em casa a paralisavam. Uma lembrança dela criança, sentada e encolhida no chão contra a porta da sala, tornou-se uma referência para nós: a *mise-en-scène* desse quadro era exatamente a mesma de quando Cora evocava seu corpo retorcido de dor no baixo ventre.

No material clínico atual de Cora, um aspecto do funcionamento materno desponta e abre uma nova porta de compreensão de sua frágil neurose infantil, na origem talvez de suas fixações somáticas anal-intestinais. A perspectiva da venda do apartamento onde moraram com o pai fez com que ela se deparasse com uma incapacidade patológica da mãe em se desfazer de quase tudo que toca sua infância. Retenção, acúmulo, controle, intrusão: o vocabulário da anialidade indicando uma neurose obsessiva materna invade seu discurso, caracterizando o modo de vinculação de sua mãe a ela, a seu corpo e mais precisamente à sua higiene íntima, à desordem do seu quarto, das suas gavetas, seus espaços íntimos etc.

As falhas do paraexcitação materno e sua ansiedade de separação da filha, por um lado, e, por outro, as descargas de excitações ligadas ao pai (medo coexistindo com sua misteriosa sensação de fusão a este, quando vivo), nos levariam a formular a seguinte questão: os procedimentos mórbidos de Cora e suas lavagens anais toda manhã, ditas preventivas, e outras práticas consideradas por ela como vergonhosas, poderiam representar uma ocasião *em ato* de entreter sua relação ao pai morto? Poderíamos considerar que tais práticas, associadas à sua doença, estariam impregnadas de um *masoquismo mortífero*, um masoquismo moral, mobilizando descargas de excitação na zona anal, desapoizadas, porém, de sua dimensão erótica e carentes de coloração fantasmática. Alimentada psiquicamente por essas questões, vou costurando, cocosturando com Cora, como se faz com uma renda, as lacunas, as marcas de tempos passados, os *fueros*, dizia Freud, de sua história infantil.

Uma patologia do luto vai enfim se decantar nesse processo e um sentido metafórico vai emergir: a expressão de Cora “tenho que me ocupar do meu ventre” vindo a tornar-se equivalente a “tenho que me ocupar do meu pai”. Ainda longe de podermos adicionar outros termos a essa equação simbólica, da série fezes, pênis, bebê, por exemplo, o trabalho de psiquização do “*objeto somático*”

de Cora avança. Um “*objeto psíquico*” pode começar a circular: fora, dentro; presente, ausente; vivo, morto.

Questão: essas novas ligações afetivo-representacionais, emergências do processo analítico sustentadas pela relação transfero-contratransferencial, terão um impacto perene sobre sua colite ulcerativa?

O que sabemos é que suas dores e hemorragias abandonaram o terreno puramente somático, transformando-se em eventos inscritos na sua história, ganhando sentido para ela e podendo então vir a se integrar ao seu *corpo pulsional*. A relação de Cora com suas endopercepções, e sua imediata tradução em termos de dor ou vontade de evacuar, vem se modificando e abre alas a uma nova capacidade de simbolização. Em uma sessão recente, Cora descreveu quanto pôr o pé fora de casa representava um risco para ela: a imagem da porta de casa como um esfíncter emergiu entre nós, o que causou um certo desconcerto, e amenizamos pelo humor essa visão escatológica do corpo inteiro representado como uma massa fecal.

Em suma, o trabalho de luto do pai poderá engendrar em Cora uma nova relação com a vida, permitindo a dissolução de padrões autopunitivos inconscientes de isolamento e uma nova distribuição dos investimentos libidinais egoicos e objetais. Pois acordar de manhã para a vida não é o mesmo que acordar em meio aos seus mortos.

E quanto à endometriose de Jane? Que destino terá? Situemos a questão de outro jeito: a destrutividade pulsional em Jane poderá estancar?

Neste momento do seu tratamento, em plena eclosão de uma transferência negativa terrível, utilizo meu paraexcitação teórico para poder prosseguir.

Jane: “Estou triste por estar feliz... Várias coisas positivas ocorreram nesse final de semana. Encontrei um rapaz, transamos, ele preparou um chocolate quente para mim, e enquanto dávamos uma volta na sua moto, me senti leve, mas vi uma nuvem escura no céu e pensei no drama da minha mãe, era como uma massa negra pairando sobre mim”.

Falamos então do seu direito, mas também de seu sentimento de culpa, de viver sua própria vida, deixando a mãe para trás. A clivagem entre um ódio não representado do objeto falho e um imenso apego a esse mesmo objeto do qual ela espera ainda atenção se descortinou. A emergência de um conflito psíquico apontou no horizonte.

Quinze dias depois, Jane: “Estou cada dia pior, tive muita dor, me senti muito mal durante a semana, não acho que essa terapia esteja adiantando, queria lhe perguntar se não podíamos fazer as sessões a partir de temas específicos, de maneira mais estruturada, desse jeito não vou avançar”. Respondo da forma mais clássica possível: “Difícil ter confiança em que eu possa lhe ajudar, não? Visto sua constante decepção sempre que precisou de ajuda”.

A interpretação em nada aliviou. Jane continuou sua provocação. Uma violência tremenda começa a crescer dentro de mim, uma vontade de bater nela que controlo dizendo: “Você deve estar com muita raiva de mim”. Ela responde: “Não, sou contra seu método, eu preciso de linearidade, senão me perco”. “Tente talvez retomar o que falávamos na última sessão”, concedo.

Jane me diz ter olhado no dicionário justamente o que a palavra ódio, que eu havia enunciado na outra sessão, queria dizer: e não era o que sentia, “o sentido das palavras é importante”, me explica. Recorre frequentemente ao dicionário para ter certeza do que está sentindo...

Em suma, o tema da pulsionalidade agressiva continuou a ser elaborado: raiva, cólera, ódio, eu precisava saber que existem nuances, explica minha paciente, testando minha capacidade de suportar sua agressividade. As diferenças entre a nuance semântica da qual ela fala e a nuance na qualidade do seu sentir não pareciam, portanto, ainda poder se juntar. Em certo momento, como minha irritação física não tinha mais por onde sair, evoquei o “braço de ferro” que ela jogava comigo. Isso levou à seguinte lembrança de Jane: “Quando eu era pequena”, me conta, “devia ter uns 3 anos, eu batia com a cabeça no chão, chegando a me machucar. Era para chamar a atenção dos meus pais, me lembro bem. Eles perguntaram ao pediatra o que fazer” – com o que parece ter sido um tipo de “*head banging*”, que podemos considerar também na sua função autocalmante – “e o pediatra disse: ‘Nada. Esperar que isso passe’”.

De fato, excelente recomendação a seguir. Esperar. Sobreviver aos ataques de Jane. Deixar o seu autossadismo (no caso aqui, “estou cada dia pior, tive muita dor” etc.) se objetizar e se projetar ativamente contra mim na transferência. Deixá-la gozar sadicamente, desqualificando minha competência como analista. Filtrar minha contratransferência. Triangular com a teoria, com B. Rosenberg (1999) em mente, por exemplo. Mensurar a carga de destrutividade em jogo. Ficar firme, não ceder, segurar com o olhar, suportar corporalmente as moções pulsionais. Conter-me, contê-la. Quem sabe ela poderá se identificar com os meus movimentos psíquicos (sensório-motores também) e retornar na direção dela própria a pulsão transformada, e de forma passiva introjetá-la. Reconhecemos aí o encadeamento do duplo retorno, destino pulsional essencial. Poderá talvez se instaurar assim um masoquismo erógeno de melhor qualidade, por meio da intricação de sua destrutividade ao Eros objetal da analista... Nessa sessão Jane chorou muito. A reflexividade pulsional, quando alcançada, é mobilizadora de afeto e matriz de representações mentais. O movimento autorreflexivo

está na base dos tão indispensáveis autoerotismos, movimentos libidinais irrigadores do ego-corporal e do narcisismo de vida.

Para concluir: uma *remodelagem* do corpo pulsional seria a imodesta ambição nessa clínica da excitação? Gostaria de defender a existência de uma relativa *plasticidade pulsional* que o trabalho analítico e os investimentos recíprocos transfero-contratransferenciais permitem.

Se uma *potencialidade traumática* existe em cada um, interrompendo os trajetos pulsionais e desencadeando somatizações de toda ordem, uma *potencialidade histerógena* existe igualmente, podendo ser mobilizada, remanejando e reorganizando a unidade psicossomática, refundando a ordem do sentido sob a égide de Eros e liberando o livre fluxo das pulsões.

Referências

- Abraham, K. (1989). *Œuvres complètes* (Vol. 2). Payot. (Trabalho original de 1924)
- Braunschweig, D. (1993). Implications techniques de la théorie en psychosomatique. *Revue Française de Psychosomatique*, 3.
- Braunschweig, D., & Fain, M. (1975). *La nuit, le jour: Essai psychanalytique sur le fonctionnement mental*. PUF.
- Dejours, C. (1986). *Le corps entre biologie et psychanalyse: Essai d'interprétation comparée*. Payot.
- Dejours, C. (2001). *Le corps, d'abord: Corps biologique, corps érotique et sens moral*. Payot.
- Donabédian, D., & Fain, M. (1995). Psychosomatique et pulsions. *Revue Française de Psychosomatique*, 7, 141-152.

- Fain, M. (1991). Préalable à une étude métapsychologie de la vie opératoire. *Revue Française de Psychosomatique*, 1, 59-79.
- Ferenczi, S. (1932). *Journal clinique, janvier-octobre 1932*. Payot.
- Freud, S. (1969). O ego e o id. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Imago. (Trabalho original de 1923)
- Freud, S. (1972). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XII). Imago. (Trabalho original de 1905)
- Freud, S. (1997). *Abrégé de Psychanalyse*. PUF. (Trabalho original de 1938)
- Freud, S. (2010). *Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse*. PUF. (Trabalho original de 1932)
- Garma, A. (2004). Les images inconscientes dans la genèse de l'ulcère peptique. *Revue Française de Psychosomatique*, 26, 7-17. (Trabalho original de 1958)
- Green, A. (1995). L'objet et la fonction objectalisante. In A. Green, *Propédeutique: La Métapsychologie révisitée* (pp. 229-266). Champ Vallon. (Trabalho original de 1984)
- Green, A. (2007). Pulsions de destruction et maladies somatiques. *Revue Française de Psychosomatique*, 32, 45-70.
- Kreisler, L., Fain, M., & Soulé, M. (1974). *L'Enfant et son corps*. PUF.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1967). *Vocabulaire de Psychanalyse*, PUF.
- Marty, P. (1976). *Les mouvements individuels de vie et de mort: Essai d'économie psychosomatique*. Payot.
- Marty, P. (1984). Des processus de somatisation. In M. Fain & C. Dejours (Eds.), *Corps malade et corps érotique*. Masson.

- Ody, M. (2010). L'Oedipe comme attracteur. *Revue Française de Psychanalyse, Textes 1954-2009*, 189-198. (Trabalho original de 1990)
- Ody, M. (2012). La psychanalyse, la réflexivité et l'enfant. *Revue Française de Psychanalyse*, 76(3), 649-664.
- Press, J. (2010). *La construction du sens*. PUF.
- Rosenberg, B. (1999). Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie. In *Monographies de psychanalyse*. PUF.
- Roussillon, R. (2002). Agonie, clivage et symbolisation. *Revue Française de Psychanalyse*, 66(1), 265-269.
- Smadja, C. (2001). *Vie opératoire: Études psychanalytiques*. PUF.
- Smadja, C. (2014). Le modèle pulsionnel de la psychosomatique. *Revue française de psychosomatique*, 45(1), 11-30.
- Spitz, R. (1964). Quelques prototypes precoces de défense du Moi. *Revue Française de Psychanalyse*, 28(2), 185-215. (Trabalho original de 1958)
- Tabacof, D. (2021). *Clínica da excitação: psicossomática e traumatismo*. Blucher.



Os textos deste livro se baseiam num consistente estudo de conceitos como vida operatória, depressão essencial, procedimentos autocalmantes e masoquismo guardião de vida, bem como na vivacidade da clínica da criança e do adulto. O propósito é o de sensibilizar o leitor para o corpo teórico-clínico da psicossomática e os remanejamentos necessários do enquadre psicanalítico no tratamento dos pacientes portadores de transtornos somáticos. De forma mais ampla, os conceitos da Escola de Paris de Psicossomática foram tomados como operadores de inteligibilidade da clínica contemporânea e dos limites do analisável, aportando uma contribuição inestimável à comunidade psicanalítica em geral.

série

PSICANÁLISE CONTEMPORÂNEA

Coord. **Flávio Ferraz**

PSICANÁLISE

ISBN 978-65-5506-651-7



9 786555 106651 7



www.blucher.com.br

Blucher



Clique aqui e:

[VEJA NA LOJA](#)

Da excitação à pulsão

Cândida Sé Holovko, Eliana Rache (Org.)

ISBN: 9786555066517

Páginas: 280

Formato: 14 x 21 cm

Ano de Publicação: 2023
