

Estatuto do corpo e os fenômenos psicossomáticos

Déborah Pimentel

Sempre houve uma tendência, quer filosófica, quer científica, para dissociarmos mente e corpo, ainda que desde Hipócrates houvesse uma recomendação básica da necessidade de se conhecer a pessoa que tem a doença e não o inverso.

Não raro ouvimos questionamentos se a psicossomática não seria um campo do saber distinto da psicanálise ou se seria uma mera extensão ou um desenvolvimento da mesma. O certo é que a psicanálise neste contexto, leva a uma compreensão acerca das relações e interferências do psiquismo nas manifestações somáticas e os psicanalistas têm sido os fomentadores do movimento psicossomático e de uma medicina integral e holística.

O fenômeno psicossomático surge onde face a dor psíquica, o homem não pode elaborar as suas divisões internas e desafia um saber teórico sobre a alma humana. A fronteira entre a dor psíquica e a dor física é tênue, tal qual a relação entre corpo biológico e corpo erógeno. Daí a importância para o médico ou psicanalista de escutar as perturbações psicológicas promovedoras de um sofrimento corporal.

A psicanálise nos aponta que uma grande dor surge sempre de um transtorno do eu, mesmo momentâneo. Sentimentos como angústia, raiva, culpa, desamparo, podem permanecer fora da psique e incapaz portanto de alertar o sujeito para uma ação. Esta impotência para sentir e representar a dor torna-se uma ameaça para a integridade física e somática do sujeito. Freud disse que o que se transforma em dores físicas certamente é algo que poderia e deveria dar nascimento a uma dor moral.

Os processos biológicos promovem os processos psíquicos em termos de evolução, ou seja, sem o corpo não há psique. No entanto, paradoxalmente, o corpo só existe para o ego do indivíduo se ele se fizer representar psiquicamente. Um corpo biológico não é um corpo humano, não é um corpo erótico. Um filhote de homem é antes de tudo um ser despedaçado, um ser que não se sabe. Um recém-nascido que se não for atendido, acolhido, trazido ao peito, morre. E este recém-nascido chora e grita, não apenas por desprazer, dor ou desconforto, seu grito é antes de tudo um apelo a um outro que ele

não conhece e nem sabe que existe. É um apelo diante do seu desamparo. Ele vem ao mundo totalmente desamparado e a função materna é que permite a transformação do corpo biológico em um corpo erótico, colando, libidinizando os pedaços do bebê que inclusive por imaturidade do seu sistema nervoso não consegue sentir-se como inteiro.

A criança leva um bom tempo para ter a convicção/ilusão que habita este corpo e que o corpo e o Eu são indissociáveis estabelecendo assim um sentimento de identidade.

O corpo que antes era um corpo despedaçado, vai se unificando graças à maternagem, graças à voz da mãe, ao toque de suas mãos. As mãos que deslizam sobre o corpo do bebê, cola os seus pedaços, estabelece os seus contornos. O corpo portanto, é o lugar de inscrições desta relação mãe-bebê, o corpo é memória do inconsciente e do desejo materno.

O filho preenche a mãe de algo que faltava e ela se acha detentora de um saber sobre o filho. Ela sabe mesmo adivinhando, quando nomeia o choro do filho e diz o que ele sente: sente frio, calor, cólica, fome, sono. A mãe sabe traduzir os sinais não verbais vindos do bebê e sabe quais ações irão reduzir aquelas excitações. A criança só poderá conscientizar-se do seu corpo e dos sinais por ele enviados, só poderá alcançar a capacidade de elaboração simbólica através da relação com sua mãe, que como ninguém lhe nomeia os estados afetivos.

O bebê, de mais ou menos uns oito meses, diante do espelho, vibra com sua própria imagem, haja vista tratar-se de uma antecipação de uma dimensão de completude que só mais adiante o seu sistema neural iria lhe conferir, conquistando assim a imagem do próprio corpo. Esta conquista ainda que ilusória se dá novamente graças à mãe, graças ao olhar do outro. É pelo olhar do outro que o corpo se constitui. É vendo que o sujeito começa a se saber, e não basta que o sujeito veja, nem basta que o sujeito se veja vendo, mas se veja sendo visto.

A criança se sente detentora de algo que preenche o desejo da mãe, mas logo esta sensação de plenitude se desmorona quando percebe que o olhar da mãe em alguns momentos se desvia para outros interesses, denunciando que ela, a mãe, precisa de outros objetos para se satisfazer. A criança já não completa a mãe totalmente. A criança desta forma irá descobrir que ela própria não é completa e aí se instala o sentimento de falta, de perda de completude e perfeição que a fará tentar reencontrar o amor total e pleno da

mãe e que se encontra irremediavelmente perdido. A criança foi marcada com a ferida narcísica.

É no espelho que a criança descobre o corpo, uma unidade imaginária de sensações múltiplas e dispersas. O estágio do espelho é o lugar de um drama, lugar onde o impulso vai da insuficiência orgânica do bebê á uma imagem antecipadora capaz de promover algumas vezes, se for um apelo maciço, insuficiências orgânicas e ou lesões que são da ordem do narcisismo. Para Lacan, estes fenômenos acontecem entre um Eu e o espelho, ou seja, entre o bebê, corpo prematuro e uma imagem ideal que ultrapassa o bebê, imagem esta apreendida libidinalmente. Entre o Eu e a imagem existe a libido, que surge da discordância entre o corpo fragmentado da criança e a imagem unificadora. A libido é o significante excluído do ternário imaginário, mas que torna o conjunto consistente. No estágio do espelho, a libido toma a forma da alegria, vibração, o júbilo da criança diante do que o espelho reflete.

No primeiro momento, alienado ao desejo da mãe, o bebê tem o seu corpo constituído pelo olhar libidinizador desta. Com o advento da função paterna, que faz esse olhar se desviar, promover, descolar e metaforizar, a linguagem irá conferir o corpo ao sujeito que dele toma posse, um processo de individualização, quebrando a bolha de isolamento narcísico que a relação com a mãe oferecia e que o distanciava da realidade do mundo e da experiência da cultura. Considerando que tanto nos fenômenos psicossomáticos quanto na psicose a relação primitiva entre mãe e bebê são de marcante importância, o rumo a ser tomado pela estrutura psíquica com surgimento de lesão de órgão é devido à função paterna na organização psíquica deste sujeito.

É deste corpo submetido à linguagem que a psicanálise trata. O estatuto do corpo é definido, segundo Nasio por dois parâmetros que delimitam o campo psicanalítico: a fala e o sexo, ou seja, corpo falante e corpo sexual, e entre estes o corpo-imagem.

O corpo pode ser contemplado sob três pontos de vista complementares. No real, temos o corpo sexual, com investimento pulsional, libidinal, sinônimo de gozo. No simbólico, temos o corpo falante, o corpo da psicanálise, um corpo tomando como um conjunto de significantes, um conjunto de elementos diferenciados entre si e que determinam um ato no outro e está separado do gozo, pelo significante. Por fim temos o imaginário, corpo imaginário, pois o corpo é falante e sexual, mas é também imagem. Imagem remetida pelo outro. Imagem que é percebida fora do corpo. Imagem que contém

o corpo sexual e abarca o gozo. Corpo imaginário que desperta o sentido num sujeito. O corpo imaginário é objeto do desejo e da demanda de um outro.

Um dos mecanismos de defesa do homem é uma certa tolerância a alguns traumas, mas que em algumas condições não conseguem ser elaborados, provocando uma descarga extra no corpo. A pulsão é essa energia que tem origem no corpo, se faz representar no psiquismo através das ideias, pensamentos e fantasias e diante de certas circunstâncias, ou seja, na ausência ou falta de trabalho psíquico há um aumento ou acúmulo desta energia, promovendo perturbações psicopatológicas e ou somáticas.

O fenômeno psicossomático pode ser interpretado como uma falha no processo da elaboração de trabalho psíquico. O fenômeno psicossomático desafia todo o saber teórico. O portador de um fenômeno psicossomático procura o médico e não o psicanalista por ter uma lesão de órgão. A demanda é inicialmente de tratamento médico. Fala-se de fenômeno psicossomático quando existe um órgão lesado sem a participação de um agente quer tóxico, quer externo. São questões limites provocadas por fatores emocionais e que dizem de um corpo inserido na linguagem. O fenômeno psicossomático é a expressão no corpo de um fenômeno psíquico enigmático pois não obedece aos mecanismos clássicos de formação do sintoma.

Os fenômenos psicossomáticos são fenômenos forcluídos do registro simbólico, não há uma significação do sintoma. É como se houvesse um curto circuito pulsional onde o simbólico foi excluído e ele passa a ser levado pelo gozo, contornando a estrutura de linguagem.

A mãe tem uma capacidade não só de reconhecer os afetos do seu bebê como lhes dar uma contenção respondendo adequadamente às suas demandas, numa comunicação primitiva, cujas perturbações geram em um adulto, frente a uma ameaça psicológica ao seu Eu-infantil, incapacidade para reconhecer o seu desamparo emocional, pensar sobre sua dor psíquica e ausência de reação afetiva diante das perdas e traumas, fazendo com que haja um corte entre soma e psique e que o corpo delire numa regressão profunda, tornando-se campo de batalha, querendo se fazer ouvir, embora o sentido esteja perdido.

O corpo é então vivido como algo exterior e o sujeito não consegue reconhecer e nomear (alexitimia) as suas próprias experiências emocionais, desqualificando-as ou eliminando-as do seu discurso, não se dando conta do seu sofrimento psíquico.

O fenômeno psicossomático é uma explosão no corpo com uma função de descarga como uma resposta sem palavras a um conflito primitivo, não verbal, provocando curto circuito no trabalho psíquico e onde um órgão é chamado a reagir psiquicamente. Os fenômenos psicossomáticos portanto, dizem respeito a uma falha de maternagem, vivido pelo bebê como um trauma anterior à aquisição das palavras, marcado pela desarmonia afetiva (carência ou excesso) com esta mãe que, não raro, sofre ela própria de um distúrbio somático e vive ou deprimida ou excitada. Por sua incapacidade de ligar afetos e representações, as palavras não têm destinação nem ligação pulsional, como se não pudesse exprimir sentimentos ambivalentes. Este sujeito sente-se vazio sem saber o porquê, sente-se também condenado a uma vida sem sentido e cujo pensamento operatório, que é uma forma de pensar pragmática e deslibidinizada, evita o retorno da experiência de aniquilamento, haja vista haver uma forma de relação objetal marcada pela pobreza de investimentos libidinais.

Joyce McDougall advoga em seus livros que certas manifestações psicossomáticas podem levar a um despertar para si e para os limites quer físicos, quer psíquicos de um determinado sujeito, como se ao adquirir uma certa capacidade de adoecer, alcançasse simultaneamente a sensação de existir, ter limites e poder se cuidar sozinho, como em um reconhecimento do corpo, por parte do Eu, como se pudesse aí restabelecer sua unidade, uma defesa massiva contra a dor mental, na relação com sua própria imagem e nas relações objetais. O doente habita o corpo graças ao seu sofrimento psicossomático. É claro, trata-se de uma defesa perigosa porque pode eclipsar a distinção entre o que é de dentro e o que é de fora, o que é dor corporal ou dor emocional. O que estes sujeitos querem é se defender das frustrações próprias de todas as relações objetais e da ameaça de uma identificação introjetiva e despedaçante com outro que se aloja no interior do seu Eu, gerando o temor de não conter esses afetos mobilizados pelo outro, ou ainda, de não poder suportar problemas e dores do outro. É como se, de repente, a própria vida instintiva fosse perigosa para o sujeito e onde a psique se recusa uma confrontação com a dor e com o conflito, o corpo responderá neste lugar reagindo a estas ameaças psíquicas como se fossem de natureza biológica e nesta luta insana que pode levar à morte, paradoxalmente o objetivo era manter-se vivo.

Qual seria afinal, a diferença entre somatização e fenômeno psicossomático? A somatização é uma resposta aos conflitos internos e aos traumas vindos do exterior e que tenta manter o equilíbrio nos e aos traumas vindos do exterior e que tenta manter o

equilíbrio psíquico evitando outros sintomas quer neuróticos quer psicóticos. Podemos ainda dizer que a somatização é uma forma, entre outras, que o sujeito lança mão para resolver seus conflitos. A somatização não obedece a nenhum critério médico e é a própria expressão somática do conflito psíquico. O sintoma é uma projeção imaginária sobre o corpo e não segue nenhuma lei anatômica ou fisiológica, pois apesar de existir alteração de função, não há alteração de órgão. No sintoma podemos encontrar um sentido, pois trata-se de uma das formações do inconsciente com estrutura de linguagem, com deslocamentos e substituições, permite metaforização e refaz-se como linguagem, sob o efeito da interpretação. Portanto o sintoma tem um registro diferente entre simbólico e o imaginário. O sintoma, tal qual o sonho, são realizações deformadas do desejo.

No recalque, a representação psíquica da pulsão é separado do afeto, que uma vez livre tomará novos destinos e o desejo inconsciente na tentativa de sua realização é deslocado para outras representações, criando substitutivos ou criando outro caminho, como por exemplo, o da conversão somática. Enquanto na histeria existe o fantasma de uma realidade traumática com recalque do conflito, com o órgão afetado preservando o valor simbólico de ser um elo numa cadeia significante, no fenômeno psicossomático o afeto é igual e destituído de sentido. Enquanto o corpo da histeria é assujeitado à sua função simbólica, é um corpo imaginário, com alto investimento libidinal, implicado numa história e passível de subjetivação, nos fenômenos psicossomáticos, trata-se de um corpo dessexualizado, com ausência de simbolização, sem uma implicação do sujeito, sem subjetivação.

A distância dialética entre S1 e S2 é justamente o espaço no qual emerge o sujeito, um espaço onde se questiona sobre o desejo do outro. É neste espaço entre S1 e S2 que o sujeito toma distância do outro se individualizando. Na formação de um sintoma neurótico a articulação significante S1/S2 é mantida. Nos fenômenos psicossomáticos haveria, segundo Lacan, uma holófrase ou seja, um emassamento entre S1 e S2 ou ainda não há afânise do sujeito. S1 não representa o sujeito para outro significante. O órgão atingido funciona como sendo um órgão de outrem e tenta gozar como se de fato fosse assim. Esta lesão de órgão não remete a nada. Emassamento do significante quer dizer que um significante não remete a um outro significante. No fenômeno psicossomático não há nem metáfora nem cadeia simbólica e a relação de S1 com S2 é rompida, ou seja, como se na forclusão o significante não mais fosse destinado a outros significantes, não mais se articulassem entre si, ou ainda, nenhum substituto de representação recalca

advém onde era esperado, conclui-se que não aparece a falta que deveria surgir no intervalo que liga o par significante.

Uma vez que o NOME do PAI é quem opera a castração constituindo o sujeito enquanto ser de desejo, livrando-o do julgo materno, a forclusão do NOME do PAI é responsável pelos fenômenos psicossomáticos, haja vista dar origem ao congelamento significante que impede a assunção do sujeito. Nos fenômenos psicossomáticos há forclusão do NOME do PAI localizada, falta local, sem excluir a existência do recalque. A metáfora paterna não funcionou adequadamente. O sujeito faz em lugar de dizer.

Nasio introduziu na psicanálise o conceito de formação de *objeto a* uma oposição aos sonhos, chistes, atos falhos e sintomas, chamados por Lacan, de formações do inconsciente, onde o sujeito diz sem saber o que diz, e que se caracterizam por serem estruturados sob as mesmas regras que regem a linguagem. Quanto às formações do *objeto a*, que são a fantasia, acting-out, passagem ao ato, alucinação e lesão de órgão, têm como referência o conceito de gozo, onde o sujeito faz sem saber o que faz.

Os fenômenos psicossomáticos representam uma maneira específica de gozo, gozo do corpo como Outro. O Outro deixa de ser um lugar que pode ser ocupado por um semelhante, mas como sendo o próprio corpo. Ou seja, nos fenômenos psicossomáticos este Outro é o corpo e este corpo sofre como o corpo de um outro.

Lacan diz que o *objeto a* é o representante no inconsciente do gozo, é a única amostra de um gozo inacessível.

O *objeto a* tem três estatutos. Primeiro, quanto ao corte, é aquilo que se separa, se perde, aquilo que cai. Segundo, quanto ao gozo, o *objeto a* regula a relação que temos com um gozo, infinito e finalmente, o *objeto a* é um objeto causa do desejo. O desejo do outro se manifesta sob a forma de um buraco que Nasio exemplifica dizendo que a mãe deseja, mas está insatisfeita e esta insatisfação da mãe pulsiona o bebê a desmamar. O *objeto a* seria justo esta falta.

O gozo é uma ficção de um lugar impossível e temível. Não existem articulações entre dois significantes que possa nomear o gozo e o ser falante sexual não o quer. O neurótico, por exemplo, se recusa de gozar, de satisfazer plenamente o desejo.

Entre a ficção de uma satisfação total (o real do gozo) e o sujeito, existe uma escala de satisfação parciais e substitutivas do desejo que funcionam como impedimento para este gozo pleno.

Portanto o desejo se situa entre o sujeito e o gozo. Outrossim, o desejo contenta-se quer com significantes (as formações do inconsciente) quer com o objeto (formações de objeto).

A psicanálise certamente deu grandes contribuições à medicina para revelar o doente no que diz respeito aos métodos terapêuticos das neuroses, métodos de investigação da personalidade com possibilidade de interpretar sistemas orgânicos como reconhecimento de certos transtornos como sendo psicossomáticos e ainda o estudo das relações do objeto cujo modelo Transferência/Contratransferência esclarece alguns enigmas da interação emocional médico-paciente. O ambiente clínico é responsável pelo *holding* que o paciente regredido precisa para enfrentar os seus conflitos históricos desencadeadores de sintomas físicos, enfrentar a enfermidade, os exames invasivos e uma eventual hospitalização.

A psicanálise abriu um leque de conhecimentos que hoje são fundamentais na formação de profissionais da área de saúde (medicina, odontologia, enfermagem, nutrição, serviço social) dando a eles uma dimensão mítica da dinâmica do inconsciente, fazendo-os se questionar sobre algumas estruturas assistenciais rígidas e desumanizadas promovendo uma reestruturação dos ambientes hospitalares, valorizando as preparações psicológicas para as cirurgias, valorizando o trabalho de equipes multidisciplinares para o atendimento de pacientes especiais (diabetes, dialisados, terminais), formando grupos de Balint onde a própria equipe discute os seus problemas emocionais desencadeados pela vivência com seus pacientes e a morte e ainda por exemplo, dando conforto nas aulas de pediatria e materno-infantil com o estímulo do aleitamento materno fomentado pelo alojamento conjunto e que sem dúvida é elemento também de prevenção na medida que o modelo básico de saúde mental, ainda que sem garantias, seja a imagem de um bebê instalado com segurança no colo de uma mãe feliz e sadia.

Portanto um bom profissional ligado à área de saúde é aquele justamente que se interessa não só pela fisiopatologia do paciente, mas aquele que quer saber um pouco mais além da doença, é aquele que pode escutar acerca das frustrações, angústias e dramas pessoais. Por outro lado, se se sabe que o homem não é formatado unicamente pela

linguagem, ainda que aí e só aí, ele se constitua sujeito, e que ele tem outras inscrições, hieróglifos sem códigos e que precisam ser decifrados, enquanto psicanalistas devemos também nos questionar sobre o tipo de escuta que podemos oferecer às mensagens mudas do corpo do nosso analisando. Joyce McDougall diz que o diálogo de surdos entre soma e psique é o que define o corpo psicossomático.

O analisando só pode falar do eu-somático na medida em que puder representa-lo mentalmente pois o corpo não existe para o ego fora de sua capacidade de se fazer representar psiquicamente e a dissociação psique e soma, nos casos de fenômenos psicossomáticos é muito frequente, impedindo que as representações expulsas da psique possam participar da trama do discurso, ou seja, o corpo fala sem palavras e desafia por ser enigma, mas seu texto só pode ser traduzido numa dimensão simbólica. E do que afinal este corpo fala senão de um desafio insatisfeito que através do sintoma que vem atender às exigências pulsionais, goza.

A Psicossomática não é um ramo da medicina nem se trata de uma medicina psicológica. A Psicossomática é um conceito vasto a partir da participação de psicanalistas aliados a profissionais de outros ramos do conhecimento que têm a proposta de olhar o homem como uma unidade, um ser indivisível.

No entanto, apesar de ser o médico aquele que deve tratar do órgão lesado, diante de um corpo que fala e questiona, sem dúvida cabe ao psicanalista nesta intertextualidade com outros saberes, a tarefa mais árdua.

Ao adoecer o homem sente que perdeu, em maior ou menor grau, um pouco de sua completude ilusória e apela para o terapeuta, tal qual uma criança faria em busca de sua mãe, em busca de alguém que supra sua falta, alguém que sabe sobre a sua demanda e é capaz de contê-la. É como se o terapeuta estivesse apto a restituir a situação perdida e nela estivesse depositada toda a esperança do reencontro com alguma coisa relacionada com a incompletude e a tal falta.

É através das formações do *objeto a* que o sujeito vai reencontrar e nomear o enigma do gozo que lhe retorna ao exterior.

O psicanalista é mais que um decifrador, é um intérprete do inconsciente. Pela cultura o homem realiza seus sonhos, ainda que muitas vezes de forma sofrida, pelas

imposições do aparelho civilizatório. O psicanalista cria o universo humano onde o núcleo é a própria psique responsável pelos sonhos e fantasias.

Ao tempo em que o fenômeno psicossomático é uma lesão de órgão que não remete a nada, se fechando sobre si mesma, a interpretação analítica pode nomear remetendo a outro significante, abrindo cadeias, a holófrase fecha, provoca retornos que se fecham sobre si mesmos. Portanto, o psicanalista representa as palavras que faltam e tenta fazer com que a lesão seja nomeada, fazer com que o analisando retorne a palavra de algo compacto, e não necessariamente que teorize sobre a lesão, mas que simbolize a lesão, encontre um sintoma novo no seu lugar.

Lacan algumas vezes nos diz que o lugar do psicanalista é o do *objeto a*. A psicanálise acontece no campo da linguagem como sendo uma experiência de gozo, uma formação do objeto. O analista está no lugar do Outro, da demanda do Outro do saber e do Outro do gozo. Ele não está simplesmente no lugar do objeto, mas confrontado com este lugar, ou seja, há momentos em que o analista retorna ao analisando sob a forma de uma alucinação. Nasio diz que uma análise é mais *acting out* do que passagem ao ato.

Não raro, durante uma cura analítica acontecem fenômenos psicossomáticos de maior ou menos gravidade e ainda que o analista não saiba sobre aquele gozo, ele está ali para dar um sentido àquilo. O ato analítico dá um sentido ao real quando o fenômeno psicossomático é visto no simbólico.

Ao psicanalista diante do real só lhe cabe ocupar o lugar de mestre, gerador de sentido, entrando na cadeia para ocupar o lugar do significante foracluído (inventar uma teoria para o inexplicável).

Entre as posturas possíveis e legítimas do analista, deve prevalecer também a do bom-senso, encaminhando seu analisando para um médico especialista simultaneamente à cura analítica, pois trata-se de uma lesão de órgão que precisa paralelamente de uma terapêutica medicamentosa.

A postura do analista é a de representar o *objeto a* materializando o significante que falta à cadeia simbólica recolocando em marcha a repetição, ou seja, o analista fica no lugar do falo que regula o gozo.

A partir da escuta analítica grafada como sendo o significante S2, pode-se representar um significante S1 que se insere na cadeia inconsciente. Diante de um sintoma histórico, a interpretação reimpulsiona a cadeia de significantes, reativando a repetição e favorecendo a substituição daquele sintoma por outro significante. Já quando se trata de fenômenos psicossomáticos, a lesão de órgão resiste a uma filiação simbólica.

Entre todas as manifestações da psique diante dos conflitos emocionais, sem dúvida, os fenômenos psicossomáticos são os mais enigmáticos e formam o limite máximo daquilo que é possível de ser analisado e o analista tem o papel de nomear a lesão e fazer surgir um sintoma novo a partir do corte interpretativo que abre cadeias significantes, aceitando, mesmo desprovido de poder significante, o desafio do impossível diante de sua impotência de penetrar na compacidade do gozo. Talvez, dando um sentido a este gozo específico, pudéssemos sintomatizar o fenômeno psicossomático, ou seja, tornando-o passível de acesso via discurso.

Como citar este artigo

PIMENTEL, Déborah. Estatuto do corpo e os fenômenos psicossomáticos. In: ANDRADE, H.M; CZERMAK, R; AMORETTI, R. Corpo e Psicanálise. Porto Alegre: Ed. Unisinos, 1998, p. 112-131.

Referências

Guir, Jean. A Psicossomática na Clínica Lacaniana, Jorge Zahar, Ed. RJ 1992. Lacan, Jacques. Seminário. Livro 11.

Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise, Jorge Zahar, Ed. RJ 1979. _____ . Seminário. Livro 2.

O Eu na Teoria de Freud e na Técnica da Psicanálise, Jorge Zahar, Ed. RJ 1985. _____ . Seminário. Livro 20.

Mais, Ainda, Jorge Zahar, Ed. RJ 1985.

McDougall, Joyce. Em Defesa de uma Certa Anormalidade: teoria e Clínica Psicanalítica. Arter Médicas. P. Alegre 1983.

_____. Teatros do Corpo: o psicossoma em psicanálise. Martins Fontes SP 1996. Nasio, Juan D. Psicossomática. As formações do objeto a, Jorge Zahar, Ed. RJ 1993.

_____. Cinco Lições sobre a Teoria de Jacques Lacan, Jorge Zahar, Ed. RJ 1993.