

A somatização em McDougall: desafetação e sexualidades adictivas

McDougall's somatization: disaffection and addictive sexualities

DOI:10.34117/bjdv8n5-271

Recebimento dos originais: 21/03/2022

Aceitação para publicação: 29/04/2022

Ariela Cursino Lanfranchi

Mestranda em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

Instituição: Faculdade de Ciências, Campus Bauru

Endereço: Av. Eng. Luís Edmundo Carrijo Coube 14-01, Bauru

E-mail: ariela.lanfranchi@unesp.br.

Josiane Cristina Bocchi

Doutora em Filosofia e Mestre em Psicologia

Endereço: Campus Bauru e Araraquara. Av. Eng. Luís Edmundo Carrijo Coube 14-01, Bauru

E-mail: josiane.bocchi@unesp.br.

RESUMO

Este trabalho aborda a relação entre as noções de somatização e de sexualidades adictivas em Joyce McDougall. A somatização se configura como um desafio no campo da saúde, porque o termo não ocupa um lugar delimitado em psicopatologia e não apresenta consenso sobre quais mecanismos constituem o fenômeno. McDougall traz contribuições consistentes para a psicossomática, através de uma concepção mais integrativa e abrangente acerca do fenômeno da somatização. Para a autora, os distúrbios somáticos são distúrbios afetivos que se manifestam na vida do sujeito não apenas por meio de afecções corporais graves, como no adoecimento médico e na dor, mas se manifesta também através de comportamentos sexuais compulsivos. Esperamos trazer contribuições conceituais e de manejo técnico para a atuação de profissionais da saúde com pacientes que apresentem adoecimento psicossomático e determinados quadros de compulsão.

Palavras-chave: somatização, desafetação sexualidades adictivas

ABSTRACT

This paper discusses the relationship between the notions of somatization and addictive sexualities in Joyce McDougall. Somatization is a challenge in the health field, because the term does not occupy a delimited place in psychopathology and there is no consensus about which mechanisms constitute the phenomenon. McDougall brings consistent contributions to psychosomatics, through a more integrative and comprehensive conception of the somatization phenomenon. For the author, somatic disorders are affective disturbances that manifest themselves in the subject's life not only through serious bodily afflictions, such as medical illness and pain, but also through compulsive sexual behavior. We hope to bring conceptual and technical management contributions to the work of health professionals with patients who present psychosomatic illness and certain compulsive behaviors.

Keywords: somatization, disaffection, addictive sexualities

1 INTRODUÇÃO

O fenômeno da somatização se configura como um desafio no campo da saúde, tanto para a comunidade médica, quanto para a Psicologia Clínica, por não ter um lugar delimitado na psicopatologia e não apresentar consenso sobre quais mecanismos constituem o fenômeno. Joyce McDougall foi uma psicanalista neozelandesa, que viveu de 1920 a 2011, e teve sua trajetória marcada pela renúncia à visão dogmática, presente no pensamento de alguns autores contemporâneos seus, assim como por sua inventividade (PERES, 2005). Ela mostrou-se capaz de romper com sectarismos e estabelecer um diálogo entre as escolas francesa e anglo-saxã, transitando entre vertentes teóricas distintas. Ademais, McDougall apresentou contribuições relevantes para a compreensão das intrincadas relações entre mente e corpo, admitindo a pluralidade em termos teóricos e clínicos que atualmente caracterizam a psicanálise (CLEMENTE e PERES, 2010). A autora apresentou contribuições significativas para o campo da psicossomática psicanalítica, ao cunhar noções originais como *desafetação* e *sexualidades adictivas* e possibilitou forjar novas e instigantes hipóteses sobre as facetas psíquicas das doenças orgânicas. Todavia, apesar da notoriedade de alguns trabalhos de Joyce McDougall, como *Em defesa de uma certa anormalidade* (1978), *Teatros do Eu* (1986) e *Teatros do corpo* (1989), e as contribuições da autora para a compreensão do adoecimento somático grave, há dificuldade em encontrar artigos acadêmico científicos que tratem de conceitos e noções forjados por ela.

O presente trabalho objetiva apresentar a noção de somatização em McDougall e, especificamente, discutir as relações entre os conceitos de desafetação e sexualidades adictivas, estabelecidas pela psicanalista ao longo de sua experiência clínica. Esperamos ampliar a discussão sobre o problema da somatização e indicar direções para o debate sobre o papel do registro corporal na constituição do psiquismo e das relações entre corpo, afetividade e a realidade psíquica.

2 A NOÇÃO DE SOMATIZAÇÃO

De forma geral, as simbolizações dos fenômenos psicossomáticos são mais precárias que as de um sintoma histórico. McDougall entende a somatização como uma reação inconsciente ao sofrimento emocional, caracterizando uma operação que não se

manifesta no plano da linguagem. Esse fenômeno se mostra pouco resolutivo, pois não protege o aparelho mental e coloca em risco a integridade física e até mesmo a vida do indivíduo. A somatização pode ser pensada como uma tentativa de cura que, entretanto, se processa a cargo de uma luta interior contra os afetos. Estes são interpretados erroneamente como uma ameaça à integridade psíquica: “o que torna essa luta especialmente problemática é que seu principal desdobramento é a transformação do corpo em um campo de batalha” (PERES: SANTOS, 2010, p. 105).

A experiência clínica de McDougall retrata a situação de indivíduos que ao entrarem em contato com experiências afetivas intensas ou penosas, como uma perda ou qualquer outro acontecimento disruptivo para o psiquismo, ao invés de expressá-lo na forma de uma dor emocional, rechaçam qualquer vestígio de sentimento profundo. São situações em que não se reconhece as experiências que originaram as emoções e, assim, ficam impedidos de elaborá-las psiquicamente. Para designar esse fenômeno, McDougall cunhou o termo *desafetação*, respectivo a um distúrbio da economia afetiva, no qual o afeto é rejeitado para fora do psiquismo, e conseqüentemente, o sujeito apresenta dificuldade de simbolização e incapacidade de manter contato com as emoções próprias e alheias. A autora propõe duas saídas para o afeto rejeitado: a *descarga no corpo* (facilitando o aparecimento de doenças somáticas) e a *descarga na ação* (através das atuações e compulsões). Quanto ao segundo destino para a cisão do afeto se encontram as sexualidades adictivas, respectivas às formas de intimidade sexual nas quais o ato sexual é investido, em detrimento do investimento afetivo do parceiro. No caso da solução adictiva, a descarga sexual compulsiva acontece em momentos de estresse, porém, sem que haja uma satisfação.

O destino do afeto recusado, seja para o corpo ou para a ação, ajuda pensar os fenômenos somáticos para além da compreensão dualista entre psique e soma. Na leitura de McDougall, encontramos fundamentos para pensar os distúrbios psicossomáticos como distúrbios da economia do afeto, na qual um conflito não é colocado porque as emoções não são nem mesmo reconhecidas.

Neste sentido, McDougall coloca que a somatização corresponde a uma história oculta e inacabada da vida do sujeito, que não foi possível ser representada para ele próprio e para os outros, devido a uma verdadeira cisão entre o sujeito e suas vivências afetivas, explicada nos termos do complexo processo de *desafetação*. Assim, a (re)construção dessa história perdida poderia, então, dar sentido à somatização. Trata-se

uma “demanda” de sentido, uma vez que as manifestações psicossomáticas se situam no contexto de uma história que é preciso reconstruir (CASETTO, 2006).

Vamos tentar demonstrar que os distúrbios somáticos são compreendidos, na leitura de Joyce McDougall, fundamentalmente como distúrbios afetivos.

3 DESAFETAÇÃO: O QUARTO DESTINO PARA O AFETO

McDougall criou o termo *desafetação* para denominar o mecanismo muito presente em pacientes psicossomáticos, no qual o afeto não é pensado e nem sentido de forma consciente (Galdi & Campos, 2017). Este é um conceito chave para a compreensão do trabalho teórico e clínico de McDougall. A elaboração da noção de desafetação revestiu as formulações da autora de um matiz mais original. A autora indicou a desafetação como o quarto destino do afeto, além dos três destinos já existentes, contemplados por Freud: deslocamento, conversão, transformação em angústia. McDougall entende que *os fenômenos psicossomáticos têm uma função defensiva*, pois apresentam um caráter regressivo a um estado do desenvolvimento, no qual a distinção entre sujeito e objeto ainda não era estável e, por isso, bastante acompanhado de angústias primitivas. A autora isola uma característica comum entre pacientes somáticos, que é a dificuldade de expressar e identificar emoções, sentimentos e sensações corporais, o que os deixa predispostos a regressão psíquica. As mensagens enviadas do psiquismo ao corpo, ou o inverso, seriam inscritas psiquicamente sem seu significado, bem como sem a representação de palavra, como no início da infância (CAPITÃO e CARVALHO, 2006).

Como já foi dito, no adoecimento somático, constata-se incapacidade de ligação com as emoções próprias e alheias, com prejuízos para a compreensão de contrastes emocionais e discriminação de matrizes afetivos, o que suscita vínculos afetivos pouco consistentes. Isso ocorre, pois, essas pessoas, provavelmente, vivenciaram emoções de grande poder disruptivo em seus primeiros meses de vida, as quais expulsaram defensivamente do campo da consciência (CLEMENTE e PERES, 2010).

Assim como as pulsões, os afetos são entendidos como algo que se situa no limite entre o somático e o psíquico. Tendo em vista que, na desafetação, o repúdio leva a uma forclusão dos afetos, termo que ela empresta da psicanálise lacaniana, mas com uma outra aplicação. A autora propõe que a desafetação não deve ser comparada à repressão e nem ao recalque, tendo em vista que ela não ocorre de forma consciente e não transforma emoções em material inconsciente. Logo, a tendência a ejetar do psiquismo percepções,

fantasias e pensamentos associados a afetos - que são penosos e difíceis para o sujeito - se assemelha ao mecanismo do repúdio para fora do ego. Nas palavras de Peres: “Tal recurso não somente promove a exclusão de sentimentos no plano da consciência, mas também leva o indivíduo a agir como se nunca tivesse tido acesso aos conteúdos repudiados” (PERES, 2006, p. 171). Os afetos ejetados do aparelho psíquico, em pacientes somáticos, não geram como subproduto alucinações e delírios (como na psicose), mas fazem o corpo se comportar de forma delirante, o que predispõe o sujeito a doenças orgânicas.

A autora chama a atenção para outra característica em comum dos pacientes somáticos, qual seja, a tendência a vivenciar os *relacionamentos de forma pragmática, desprovido de emoções*, como se fossem obrigados a recusar a importância da sua dependência em relação aos outros. É importante ressaltar que esse modo de funcionamento psíquico que atinge as ações, a linguagem e os vínculos, pode se manifestar como um empecilho ou desafio à prática clínica com pacientes somáticos. Em relação à **transferência** e à contratransferência com os pacientes somáticos, McDougall relata vivenciar uma impressão de paralisia em seu funcionamento analítico.

Naquilo que vou descrever vejo-me obrigada, portanto, a supor que minha vivência transferencial não se devia unicamente aos meus problemas pessoais e à minha escuta teórico-clínica, mas a um tipo de trabalho analítico que tende a suscitar afetos negativos na maioria dos analistas. (MCDUGALL, 1996, p. 100)

No caso da “Senhora O.”, a paciente permanecia convencida de que não tinha responsabilidade por sua cólera e apontava sua analista como quem estava doente. McDougall (1996) chamou pacientes semelhantes à Senhora O. de *antianalisandos em análise*, pois pareciam trabalhar contra a análise e contra seu mundo psíquico, como se a realidade externa fosse a única dimensão digna de interesse. Embora houvesse grande resistência ao processo analítico por parte dessas pessoas, elas eram consideradas eminentemente “normais” por si mesmas e pelos outros. Esses são indivíduos que, apesar de serem profundamente infelizes, buscam encontrar refúgio por trás de um muro de “pseudonormalidade”, a fim de se proteger de qualquer tomada de consciência de sua experiência afetiva. A autora chama essas pessoas de *normopatas*. Nesses casos, o processo analítico costuma ser constantemente sabotado pelo funcionamento psíquico desses pacientes.

Eu me sentia cada vez mais incapaz de analisar de maneira satisfatória meus afetos contratransferenciais diante da reação terapêutica da Senhora O., e isso apesar das numerosas notas que tomava sobre essa análise e estudava com assiduidade. Assim, comecei a sentir-me tão decepcionada com ela quanto estava decepcionada comigo! (MCDOUGALL, 1996, p. 102)

Essa sabotagem, chamada de *acting-out*, corresponde ao fenômeno de pacientes que faltam às sessões, que ficam muito em silêncio, e que ao trazerem um material rico a ser interpretado, dizem não se lembrar disso na sessão seguinte. Porém, ao mesmo tempo, essas pessoas continuam em análise. Nas palavras da autora:

(...) um sofrimento sem nome alimenta o sentimento de necessidade de permanecer em análise. Dentre os diversos fatores que contribuem para esse método de defesa, vou privilegiar aqui o grave distúrbio da economia afetiva que decidi chamar, há cerca de dez anos, de *desafetação*. (MCDOUGALL, 1996, p. 103)

A *desafetação* corresponde a um distúrbio afetivo que fomenta a exclusão de representações associadas a sentimentos e emoções do aparelho psíquico. A *desafetação* se configura como a incapacidade quase total de manter contato com as emoções próprias e alheias, o que para McDougall se constitui como um grave problema, que com o tempo leva o indivíduo *desafetado* a categorizar pessoas, depois a categorizar o pensamento, enfim, congelando-o, impedindo-o de evoluir.

Preferindo o termo *desafetação* aos outros recorrentemente utilizados hoje em dia na pesquisa psicossomática (pensamento operatório, alexitimia, neurose de comportamento), eu pretendo indicar que esses **indivíduos tinham vivenciado precocemente emoções intensas que ameaçavam seu sentimento de integridade e de identidade e que lhes foi necessário, a fim de sobreviver psiquicamente, erigir um sistema muito sólido para evitar o retorno de suas experiências traumáticas** portadoras da ameaça de aniquilamento. (MCDOUGALL, 1996, p. 105. Grifos nossos)

Dessa forma, as palavras não têm mais sua destinação primordial, sua função de ligação pulsional, existem apenas estruturas congeladas, esvaziadas de significação. “Esse discurso pode ser inteligível e até altamente intelectualizado, mas é totalmente desprovido de afetos” (MCDOUGALL, 1996, p. 105). Para a autora, o discurso desprovido de afeto constitui uma interrupção ao processo analítico. Isso pode acontecer algumas vezes durante a análise, o que é interpretado como uma parada. Porém, em casos recorrentes, é possível afirmar que o próprio analisando é *desafetado, afastado de sua própria realidade psíquica*.

Refletindo sobre os casos de meus pacientes que se revelavam incapazes que recalcar as ideias ligadas à dor emocional e igualmente incapazes de projetar esses sentimentos, de maneira delirante, sobre as representações das outras pessoas, cheguei à hipótese de que todos ejetavam brutalmente - e preventivamente - do campo do consciente qualquer representação carregada de afetos. **Eles não sofriam de uma incapacidade de vivenciar ou de exprimir uma emoção, mas sim uma incapacidade de conter o excesso da experiência afetiva (próxima à angústia psicótica) e, portanto, nessas condições, de uma incapacidade de refletir sobre essa experiência.** (MCDUGALL, 1996, p. 105-106. Grifos nossos)

Destacamos, ainda, uma diferença fundamental entre a alexitimia, descrita por M'Uzan e Sifneos da Escola Psicossomática de Paris e desafetação, proposta original de McDougall. Na desafetação, não existe uma incapacidade de sentir (algo como um déficit na captação dos sentimentos). Pelo contrário, existe sim uma impossibilidade de conter ou suportar o excesso que a experiência afetiva desperta no sujeito e que, por isso, a evacua de seu psiquismo. Não é uma privação exatamente, mas uma defesa no limite da psicose.

4 A DISPERSÃO DOS AFETOS NA SOLUÇÃO ADITIVA

Tendo isso em vista, McDougall evidencia dois caminhos possíveis para os afetos cindidos: a dispersão dos afetos (na desafetação) ou a solução aditiva. Quanto a esta última, ela ocorre por meio de mecanismos de *descarga na ação* de afetos mobilizados por determinadas experiências emocionais. Para exemplificar este funcionamento, McDougall (1996) expõe o caso da mãe de um menino psicótico que, além da não reflexão, essa mulher também apresentava incapacidade de distinguir um afeto do outro. Na fala dessa mãe: “Nunca consigo decidir se estou com fome, com raiva, se estou angustiada ou se estou com vontade de fazer amor - e é nesse momento que começo a beber” (MCDUGALL, 1996, p. 106). Ou seja, é a partir da angústia mobilizada por determinado acontecimento que a paciente se envolve em um fazer compulsivo. Para McDougall, o afeto não pode ser separado como acontecimento puramente mental ou puramente físico, **a emoção é essencialmente psicossomática.**

Assim, o fato de ejetar a parte psíquica de uma emoção permite à parte fisiológica exprimir-se como na primeira infância, o que leva à *ressomatização do afeto*. O sinal do psiquismo reduz-se a uma imagem de ação não verbal. Os indivíduos que tratam a emoção dessa maneira são presas potenciais de explosões somáticas de todos os tipos, quando determinados acontecimentos (acidentes, nascimentos, luto, divórcio, abandono) ocorrem. Em tais ocasiões, as soluções adictivas também podem revelar-se inoperantes: a economia psíquica adictiva então não permite mais escapar às pressões psicológicas e à submersão afetiva. (MCDUGALL, 1996, p. 107)

Na clínica, as pessoas que apresentam compulsões sexuais, o que McDougall chama de fenômenos sexuais aditivos ou *neosssexualidades*, queixam-se de sentirem-se vazias, incompreendidas ou distantes dos outros. Neste caso, elas utilizam os outros não como parceiros sexuais, mas como objeto de necessidade aditiva, isto é, de dependência. Porém, as defesas contra o reconhecimento afetivo ou a sua descarga rápida na ação podem passar despercebidas na análise durante alguns meses. Ademais, tais pacientes utilizam as pessoas como objetos a serem atacados e dominados, semelhante ao objeto transicional na infância (conforme a terminologia winnicottiana), mas diferentemente do objeto transicional, os objetos aditivos não conseguem proporcionar mais do que um breve período de reconforto e acabam não sendo suficientes. Esses objetos são tratados inconscientemente como a “mãe-seio” do início da infância, colocada numa posição de responsável por todo prazer e sofrimento que o bebê vivencia.

Também o analista pode não desconfiar que tais analisandos estão evacuando psicicamente os problemas com os quais se defrontam e que, ao invés disso, sentem uma necessidade incontrolável de medicamentos, de alimentos, de fumo, de álcool, de opiáceos etc. Outros pacientes entregam-se a façanhas sexuais frenéticas de natureza compulsiva, às vezes desviante, nas quais **o parceiro representa um papel reduzido como pessoa e funciona antes como uma droga, da qual é um equivalente.** (MCDUGALL, 1996, p. 108. Grifos nossos)

Em certos casos, há pacientes que se dedicam a uma “atividade-adição”, que estabelecem uma relação com certas atividades de forma a não deixar espaço para “o não fazer nada” ou o devaneio, como se vê nos estilos compulsivos no trabalho, por exemplo, o que se conhece como “*workaholic*”: “no curso da análise desses pacientes, descobrimos muitas vezes que a mãe era considerada emocionalmente muito frágil para desempenhar um papel maternal coerente” (MCDUGALL, 1996, p. 110). McDougall sugere que os pacientes adoecidos somaticamente e os que apresentam as neosssexualidades, provavelmente, estiveram em contato com uma função maternante marcada por grande dificuldade de suportar e elaborar as próprias experiências afetivas e que negavam ou impediam qualquer demonstração de emoção por parte da criança.

McDougall (1996) expõe que o aspecto característico da solução adictiva é a busca de uma descarga sexual compulsiva nos momentos de estresse. A autora chama de *sexualidade aditiva* os tipos de relação sexual, nos quais é o ato é investido, e não o parceiro. Tendo isso em vista, é apresentado o conceito de *neosssexualidades*: manifestações sexuais nas quais são ensaiados roteiros complicados de caráter fetichista ou sadomasoquista. Para a autora, esses “atos rituais” são vivenciados como uma

fissura, tendo uma força compulsiva das quais os próprios pacientes se queixam. “Seu objetivo é proteger seu criador da angústia de perder não somente sua identidade sexual, mas também sua identidade subjetiva” (MCDUGALL, 1996, p. 111). Sendo assim, o outro ocupa, antes, o lugar de um objeto de necessidade e não se configura como um objeto de desejo. Dessa forma, a sexualidade é vivenciada subjetivamente como uma droga.

Os analisandos que se encontram em uma dessas categorias tendem à adição no que diz respeito a sua própria experiência analítica. O analista corre o risco de também tornar-se o objeto sobre o qual vai ser transferido o papel de mãe (frustradora) que não pode ser introjetada, deixando esvaziada a possibilidade de o indivíduo reconfortar-se e ajudar a si mesmo.

McDougall conclui que pacientes que ela denominava de *normopatas*, *personalidades adictivas* e *desafetados* frequentemente tendiam a somatizar em situações de estresse. A reação psicossomática era resultado de um fracasso em seu método habitual de dispersão do afeto. Sendo assim, a autora formula uma pergunta que acredita ser fundamental: quais são os mecanismos de defesa de que o psiquismo infantil dispõe para proteger-se do retorno de uma experiência traumática insuportável para o bebê? Como resposta, é retomado o mecanismo de defesa arcaico proposto por Freud: *Verwerfung* - a rejeição para fora do ego ou a *forclusão*, proposta por Lacan. McDougall acredita que esse mesmo mecanismo representa importante papel no fenômeno psicossomático, no que tange à rejeição dos afetos para fora do psiquismo.

5 RESSOMATIZAÇÃO E OS LIMITES DA COMUNICAÇÃO

A linguagem pode ser compreendida não apenas através do que é dito na comunicação falada, mas no ato e na descarga através da palavra. Porém, nos pacientes desafetados, a linguagem não permite que a carga pulsional se desbloqueie e seja vivida tendo em vista que existe uma cisão entre representante da pulsão (ou representação de palavra) e representante psíquico (representante de afeto) (MCDUGALL, 2015). Logo, a autora questiona: quem fala no paciente? McDougall aponta para a existência do complexo de Édipo precocemente vivido na primeira infância que favorece o surgimento de manifestações psicossomáticas. Tendo em vista que no caso dos pacientes aqui em questão, eles apresentam características de adultos que se comportam como crianças não verbais, que dependem dos outros para interpretar seus próprios estados psíquicos.

Essa dependência do indivíduo com as pessoas ao seu redor se configura como uma consequência da relação simbiótica inicial não desfeita, simbolicamente. Isso se deve, pois, o ambiente maternal não teria permitido o acesso do bebê aos demais adultos, nem mesmo ao próprio pai. Sendo assim, teria havido prejuízos na construção do universo simbólico, já que a mãe se colocava constantemente na presença do bebê e esse não precisou criar imagens, sons ou fantasias para evocá-la em sua ausência; ao passo que o indivíduo também não desenvolve defesas psíquicas mais elaboradas e ataca suas próprias percepções afetivas. Deste modo, esses pacientes destroem constantemente a sua capacidade de significação, tornando seus afetos e sentimentos inexistentes. Esse fenômeno é chamado de *psicossomatose* por McDougall (2015) e, ainda, “no final das contas, esses analisandos revelavam um *terror* de sua realidade psíquica, da qual, de alguma maneira, estavam desconectados” (MCDUGALL, 1996).

Com o paciente *Tim*, a autora cita o caráter anal do afeto que apresentava necessidade de ser expulso, *como um cocô* (MCDUGALL, 1996). No caso de *Peter Pan*, eram utilizados meios orais de ataque e defesa para a dispersão dos afetos, e a analista era colocada na posição de *seio defeituoso* (MCDUGALL, 1996). Além disso, ela relata se sentir ligada a esses pacientes. McDougall afirma que começou a se sentir desestimulada ao trabalhar com casos como a análise de Peter. Posteriormente, percebeu que este sentimento fazia parte da mensagem essencial do processo analítico deste paciente, na qual uma comunicação muito primitiva tinha o objetivo de fazê-la compreender o que a criança desesperada, isolada e incompreendida no mundo psíquico de Peter tinha sentido um dia que a comunicação não tinha utilidade.

O ataque incessante - contra a situação e a relação analítica e contra o próprio processo - tem, é claro, um sentido e pode proporcionar uma percepção profundamente significativa da organização subjacente do paciente e das suas técnicas de sobrevivência psíquica. (...) É compreensível que esses analisandos, que estão como que ausentes de seu próprio discurso, possam às vezes vivenciar com dificuldade a compreensão da experiência afetiva do outro - inclusive a do analista. (MCDUGALL, 1996, p. 123)

Isso ocorre devido a uma troca de *significantes enigmáticos* (conceito laplancheano retomado pela autora), transmitidos da mãe para o filho desde o início da vida através da maneira de olhar, de segurar, de gesticular, que poderiam se configurar de uma forma hostil para a criança. Tais significantes podem ser entendidos como “restos” da comunicação, que podem gerar a sensação de perigo para o bebê levado à necessidade de se defender. Dessa forma, na vida adulta, essa defesa torna o eu sem vida, sem

sensibilidade e com uma comunicação expressivamente pobre. É como se o paciente desafetado excluísse as suas experiências do seu “verdadeiro eu”.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para McDougall, os distúrbios somáticos são distúrbios afetivos que se manifestam na vida do sujeito não só por meio de afecções corporais graves e dor crônica, como também através da dificuldade na fala, na carência de simbolização, nos laços familiares, na forma de se relacionar, nos comportamentos sexuais compulsivos. Este trabalho buscou apresentar ferramentas conceituais e de manejo técnico para a atuação de profissionais da saúde com pacientes somáticos, dando ênfase a noções que ainda não foram devidamente incorporadas à literatura psicanalítica. As proposições de McDougall não excluem outras tentativas de explicação da gênese de enfermidades orgânicas apoiadas em elementos conceituais de raciocínio distintos, mas delineia-se um novo horizonte para a teorização psicanalítica, permitindo o reposicionamento e a ampliação da clínica com pacientes somáticos.

Na clínica “psi” contemporânea, há uma grande preocupação com significativa incidência de sofrimentos que afetam o plano corporal. Para a psicanálise, o corpo se comporta como sujeito e como objeto no campo das trocas simbólicas e pretendemos demonstrar como tal horizonte de intersubjetividade se apresenta no pensamento de McDougall a partir das suas teorizações sobre o adoecimento somático grave e as soluções sexualmente aditivas.

REFERÊNCIAS

- ÁVILA, Lazslo Antonio. Corpo e mente em questão: em busca da gênese dos sintomas psicossomáticos. **Ide (São Paulo)**. São Paulo, v. 38, n. 61, p. 51-61, ago. 2016.
- BRASIL, Katia, AMPARO, Deise Matos do, FONTOURA, Fernanda *et al.* Um psiquismo para dois na psicose: a escola e a psicoterapia como interdição. In: **Formação de profissionais e a criança-sujeito**, São Paulo, v.7, 2008.
- CAPITÃO, Cláudio Garcia; CARVALHO, Érica Bonfá. Psicossomática: duas abordagens de um mesmo problema. **Psic**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 21-29, dez. 2006.
- CASSETTO, Sidnei José. Sobre a importância de adoecer: uma visão em perspectiva da psicossomática psicanalítica no século XX. **Psychê**. X (17), pp. 121-142. 2006.
- CLEMENTE, Juliana Pereira Landim; PERES, Rodrigo Sanches. Funcionamento psíquico e manejo clínico de pacientes somáticos: reflexões a partir da noção de desafetação. **Psicol. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 57-69, 2010.
- FERNANDES, Maria Helena. **Transtornos alimentares: anorexia e bulimia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- GALDI, Maíra Bittar; CAMPOS, Érico Bruno Viana. Modelos teóricos em psicossomática psicanalítica: uma revisão. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 1, p. 29-40, mar. 2017.
- LIMA, Leonardo Tadeu Silva Souza. O papel do símbolo na psicossomática psicanalítica. **Cad. Psicanál. (CPRJ)**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 39, p. 165-189, jul/dez 2018.
- LINDENMEYER, Cristina. O corpo entre sintoma e cultura. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 431-444, Set. 2015.
- MCDOUGALL, J. **Em defesa de uma certa anormalidade: teoria e clínica psicanalítica**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1978/1989.
- MCDOUGALL, Joyce. **Teatros do eu: ilusão e verdade na cena psicanalítica**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1986/2015.
- MCDOUGALL, J. **Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996. (Trabalho original publicado em 1989).
- PERES, Rodrigo Sanches. A psicanálise no divã. Resenha de "Joyce McDougall" de Menahem, Ruth. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 31, p. 309-311, mai/ago, 2005.
- PERES, Rodrigo Sanches. O corpo na psicanálise contemporânea: sobre as concepções psicossomáticas de Pierre Marty e Joyce McDougall. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 165-177, 2006.
- PERES, Rodrigo Sanches; SANTOS, Manoel Antônio dos. O conceito de psicose atual na psicossomática psicanalítica de Joyce McDougall. **Rev. bras. psicanál.**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 99-108, 2010.