

INDICADORES DE CAMBIO SUBJETIVO EN EL PROCESO DE ELABORACIÓN PSÍQUICA. ANÁLISIS DE UN CASO CLÍNICO CON TRASTORNO PSICOSOMÁTICO, DESDE UNA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA.

INDICADORES DE MUDANÇA SUBJETIVA NO PROCESSO DE ELABORAÇÃO PSÍQUICA. ANÁLISE DE UM CASO CLÍNICO COM TRANSTORNO PSICOSSOMÁTICO, A PARTIR DE UMA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA.

INDICATORS OF SUBJECTIVE CHANGE IN THE PSYCHODYNAMIC PROCESSING. ANALYSIS OF A CLINICAL CASE WITH A PSYCHOSOMATIC DISORDER FROM A PSYCHOANALYTIC PERSPECTIVE.

Equipo de investigación sobre Psicopatología de FLAPPSIP

Elsa Hecht - Coordinadora Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados
ORCID: 0009- 0004-2836-3855 / Correo electrónico: elsahecht@gmail.com

Carmen Rudistein - Co - coordinadora

Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados

ORCID: 0009-0000-7675-3824 / C. electrónico: carinarudistein@yahoo.com.ar

Roxana Boso - Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados

ORCID: 0009-0003-9499-8560 / Correo electrónico: roxanaboso@gmail.com

Vanessa Bruni - Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados

ORCID: 0009-0006-6821-9916 / Correo electrónico: Vnbruni@gmail.com

Verónica Luftman - Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados

ORCID: 0009- 0007- 1489- 8121 / Correo electrónico: Veroluft@hotmail.com

Alejandra Pujol - Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados

ORCID: 0009- 0006- 9260- 0573 / Correo electrónico: alejpujol@gmail.com

Fecha de recepción: 09 - 10- 2025

Fecha de aceptación: 31- 10- 2025

Para citar este artículo / Para citar este artigo / To reference this article

Hecht E. - Rudistein C. - Boso R. - Bruni V - Luftman - V - Pujol A. (2025)

INDICADORES DE CAMBIO SUBJETIVO EN EL PROCESO DE ELABORACIÓN PSÍQUICA.

ANÁLISIS DE UN CASO CLÍNICO CON TRASTORNO PSICOSOMÁTICO, DESDE UNA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA.

Intercambio Psicoanalítico 16 (2), DOI: 10.60139/InterPsic/16.2.9

Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC By 4.0)

INDICADORES DE MUDANÇA SUBJETIVA NO PROCESSO DE ELABORAÇÃO PSÍQUICA. ANÁLISE DE UM CASO CLÍNICO COM TRANS- TORNOS PSICOSSOMÁTICOS, DE UMA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA.

Equipe de pesquisa sobre Psicossomática da FLAPPSIP

Coordenadora:

Elsa Hecht ¹

Co – coordenadora:

Carina Rudistein ²

Roxana Boso ³

Vanesa Bruni ⁴

Verónica Luftman ⁵

Alejandra Pujol ⁶

1 Elsa Hecht. Lic. em Psicologia UBA. Psicanalista. Formada do Curso superior Versões contemporâneas da psicossomática AEAPG. Coordenadora da Área de Psicossomática da AEAPG e da Diretoria de Pesquisas da FLAPPSIP. Coautora do Livro La Psicossomática contemporânea Psicoanalítica.

2 Carina Rudistein. Lic. em Psicologia UBA. MN: 18857. Especialista em Psicanálise de Adultos (AEAPG). Professora universitária (UNLAM) Co - coordenadora Oficina de Supervisionamento (AEAPG). Integrante da equipe de Psicossomática e de Família e Casais do Centro Rascovsky.

3 Roxana Boso. Dra. em psicologia Phd. Formada do Curso de pós-graduação em Psicanálise do Centro de Saúde Mental N° 3 Arturo Ameghino. Pesquisadora em temas de juventudes, trabalho e subjetividade. Professora de graduação e pós-graduação em universidades públicas e privadas. Associada da AEAPG.

4 Vanesa Bruni. Lic. em Psicopedagogia. Lic. em Psicologia. Fez o curso de Especialização em Psicanálise com orientação clínica em adultos (AEAPG-UNLAM). Professora e integrante da equipe de orientação de instituições públicas e privadas. Clínica psicológica e psicopedagogia.

5 Verónica Luftman Lic. em Psicologia. Psicanalista. Pós-graduação em psicanálise de adultos da AEAPG. AEAPG Dez anos na área de psicossomática. Professora e chefe de trabalhos práticos em saúde mental. Seis anos na Universidade de Medicina. Atendimento por dez anos no Hospital Alvarez na área psicossomática.

6 Alejandra Pujol. Lic. em Psicologia. Lic. em Psicopedagogia. Especialista em Psicanálise de Adultos (AEAPG- UNLAM). Cursou o Mestrado em Psicanálise (AEAPG). Especialista em Acidentologia Psicanalítica (CIPEA). Associada da AEAPG. Professora em UCES.

Introdução

Esta pesquisa foi desenvolvida a partir de debates que surgiram nas reuniões da equipe de colegas ao dialogar sobre particularidades que observávamos no tratamento de pacientes com doenças psicossomáticas. Definimos o problema central e elaboramos as seguintes questões de pesquisa:

- Como é o processo de elaboração psíquica em pacientes com transtorno psicossomático?
- Que indicadores de mudança podem ser identificados ao longo do processo analítico?

Começamos por relevar o estado da arte e identificar os fundamentos teóricos nos quais baseamos o objetivo geral. Diferenciamos os objetivos específicos levando em conta as variáveis de estudo que surgiram. Para isso, investigamos detalhadamente diferentes fontes de informação, nacionais e internacionais. Prestamos atenção às publicações dos últimos 10 anos e utilizamos como bases de dados: Redalyc, Scielo, Google Acadêmico, Psycodoc, Latindex.

Utilizamos as seguintes palavras-chave para a pesquisa: elaboração psíquica, indicadores de mudança subjetiva, modos de apego, historicização, lutos e manifestações psicossomáticas. Também consultamos e analisamos textos de diferentes autores especialistas no tema, bem como suas referências bibliográficas, com o objetivo de aprofundar alguns conceitos relevantes.

Esta pesquisa foi concebida a partir de uma epistemologia da complexidade (Morin, 2011), pelo que interpretamos a multidimensionalidade da problemática em estudo e pretendemos evitar qualquer abordagem reducionista parcializada e com explicações lineares. Destacamos várias contribuições teóricas que indicamos a seguir:

Uma delas é a de Pierre Marty (1995), que descreve a doença psicossomática como expressão de três aspectos: déficit simbólico (dificuldade ou falta de capacidade do aparato psíquico para processar e ligar o traumático em um processo de elaboração simbólica), pensamento operatório (modo de funcionamento mental caracterizado pela ausência de fantasias, metáforas e simbolismo, centrado no concreto) e depressão essencial (depressão vazia ou silenciosa, sem representação fantástica). Por outro lado, Liberman, D. (1993) se refere à personalidade psicossomática, e a descreve como uma dissociação das necessidades corporais e emocionais, sobre adaptando-se à realidade ambiental (paciente sobre adaptado). A esse respeito, Elsa Hecht (2019) propõe refletir sobre a importância da constituição de uma harmonia inicial no vínculo primário, do apego adesivo, do apoio emocional e de uma função materna capaz de decodificar os sinais do bebê; trata-se de uma modalidade necessária para que não surjam posteriormente estados de abulia, somatose ou sopor, combinados com a falha de qualificação afetiva. Ou seja, uma mãe ou cuidadora que libidinalize e invista na constituição do narcisismo infantil, dando sentido às manifestações da criança.

Por outro lado, Rubén Zukerfeld (s/d) define o termo vulnerabilidade somática para explicar a cristalização do modo de funcionamento psíquico próprio do inconsciente escindido. Como aponta José Fischbein (2014), o sujeito, ao não conseguir ligar as cargas livres, ou seja, os aumentos de tensão não processados pelo psiquismo, descarrega-as por via somática.

Também valorizamos o que foi definido por Piera Aulagnier (1984) sobre o Trabalho historicizante do Eu, necessário para construir subjetividade e identidade; ela aponta a importância da construção da própria história do sujeito, para poder metabolizar, ordenar experiências, afetos, representações e dar um sentido próprio.

A esse respeito, Hornstein (2006) afirma que o início de uma análise constitui um encontro único no qual duas histórias se inter-relacionam. O sujeito, entendido como historiador, tem que construir sua própria história, apoiando-se no passado, apropriando-se dele e transformando-o. Converter a história em passado possibilita um futuro que não será pura repetição, mas que trará diferença.

No que diz respeito ao vínculo transferencial-contratransferencial, Fischbein (2014) assinala que nesse vínculo pode surgir um novo sentido para o vivido, transformando o ato em acontecimento somático.

Na mesma linha de pensamento, destacamos também a proposição central de Silvia Bleichmar sobre a disponibilidade do terapeuta que promoverá um vínculo de aliança, de contenção, de escuta para acolher o sofrimento psíquico e orgânico, possibilitando a integração mente-corpo; assim é possível “tecer” uma transformação e uma mudança de posição subjetiva (Bleichmar, 1984). Neogênese que propõe não apenas recuperar o que já existe, mas uma tentativa de gerar outras condições de simbolização, ligações simbólicas diante de um vazio representacional para abrir novas possibilidades na produção do novo que está por vir.

Algumas considerações de Freud (1914) ganham valor: embora não tenha desenvolvido conceitualmente os transtornos psicossomáticos, ele usa o termo “ligação” para designar uma operação que tende a unir as representações entre si, limitando o livre fluxo das excitações; integrá-las na psique e estabelecer entre elas conexões associativas é um processo necessário para que ocorra uma mudança psíquica.

A partir do estudo dos antecedentes teóricos e científicos sobre a problemática a ser analisada, definimos o objetivo geral da pesquisa e os objetivos específicos, de acordo com as dimensões de análise que diferenciamos como relevantes para alcançar o objetivo geral. O objetivo geral foi: Identificar indicadores de mudança no processo de elaboração psíquica em casos clínicos com transtorno psicossomático. No que diz respeito aos objetivos específicos, diferenciamos os seguintes: a) detectar modos de apego precoce no trabalho de elaboração psíquica, b) descrever o processamento dos lutos não elaborados no tratamento psicanalítico no caso com transtorno psicossomático, c) reconhecer marcos na construção da historicização da doença psicossomática no processo de sua elaboração psíquica, d) identificar a passagem do ato ao acontecimento psíquico no processo de mudança subjetiva, e) explorar as intervenções psicanalíticas que favoreceram as mudanças subjetivas.

Operacionalizamos as variáveis de análise de acordo com determinados referentes teóricos: Modo de Apego Precoce (Bowly, 2009), Processamento de Lutos não elaborados (Fischbein, 2014; Zukerfeld s/d), Construção da Historicização da Doença Psicossomática (Fischbein, 2014; Aulagnier, 1984; Freud, 1914), Ato e Acontecimento Psíquico no processo de mudança subjetiva (Fischbein, 2014), Intervenções Psicanalíticas que favoreceram as mudanças subjetivas (Killimbo, 2015).

Desenho metodológico

O desenho da pesquisa foi não experimental, do tipo exploratório-descriptivo, com metodologia qualitativa. Analisamos um caso clínico com transtorno psicossomático, que foi escolhido pela sua patologia orgânica e pelo processo analítico com seu terapeuta. Consideramos que este material poderia responder às nossas perguntas de pesquisa, ao objetivo geral e aos objetivos específicos. Trata-se de um homem argentino, residente na área metropolitana de Buenos Aires, de 58 anos de idade. Tivemos acesso a um registro detalhado do material clínico do caso selecionado, fornecido pela analista do paciente, a quem também entrevistamos para obter informações adicionais, de acordo com um guia de entrevista elaborado para os fins da pesquisa.

Realizamos um processo iterativo e recorrente (conforme recomendado por Hernández Sampieri e outros; 2016) e utilizamos o método interpretativo hermenêutico, com um raciocínio do tipo abdução (Soto Cárdenas, 2018).

Analisamos o relato do caso e a entrevista com sua terapeuta, detendo-nos em cada uma das variáveis do estudo. Elaboramos uma tabela com quatro colunas: na primeira, colocamos os “fragmentos” que selecionamos como relevantes; na segunda coluna, incluímos as “observações da terapeuta”; na terceira, as “observações da equipe de pesquisa”; e na quarta coluna, incluímos esclarecimentos que surgiram durante a análise do caso. Estudamos cada variável e identificamos subcategorias. Esse processo foi realizado distribuindo as pesquisadoras em três grupos. Dessa forma, fizemos uma análise interjuízes, comparando entre os grupos as coincidências e também as discrepâncias, o que nos levou a aprofundar a análise até resolvê-las e avançar.

A seguir, apresentamos uma tabela com cada variável (denominadas com letras maiúsculas A, B, C, D e E) e as subcategorias que diferenciamos nelas (que listamos dentro de cada variável).

Tabela 1: Variáveis e subcategorias na análise do caso clínico.

VARIÁVEIS				
A. APEGO	B. LUTOS	C. HISTORIZAÇÃO	D. ATO ACONTECIMENTO	E. INTERVENÇÕES
1. Vínculo com a mãe	1. Por causa da morte do pai	1. Lembranças compartilhadas e comunicadas (relato não elaborado)	Ato / Sintomas físicos	1. Alívio do sofrimento
2. Vínculo com o/a parceiro/a	2. Por causa do seu estado saudável	2. Simbolizações geradas na transferência (relato subjetivado)	2. Falhas na simbolização	2. Consolidar o vínculo terapêutico
3. Dinâmica Psíquica	3. Pelo trabalho		3. Incipiente simbolização	3. Verbalizar as emoções
4. Processo analítico	4. Por causa da separação do casal		4. Introdução de recursos do ego	4. Propiciar recursos do ego
	5. Dinâmica psíquica			5. Mostrar transições e mudanças
	6. Processo analítico			6. Propiciar a reflexão e a introspecção

Fonte: elaboração própria.

Análise dos indicadores de mudança subjetiva

Entendemos que existem alguns indivíduos que têm uma maior predisposição para evacuar as tensões psíquicas e emocionais através de manifestações somáticas, sendo o corpo o único cenário possível para evacuar as cargas que não puderam ser processadas simbolicamente. As principais características são:

1. Vulnerabilidade somática, ou seja, fixação em um modo dissociado da psique que se expressa em pobreza fantástica, tendência à descarga e limitação dos recursos defensivos. Essa vulnerabilidade provém de um déficit na constituição da psique devido à fragilidade dos laços de sustentação filiais primários.
2. Pensamentos operacionais. Refere-se a um tipo de funcionamento mental pragmático, hiper-realista, descritivo e sem fantasia.
3. Alexitimia. Dificuldade em identificar, reconhecer, compreender e expressar as próprias emoções.
4. Dificuldade na simbolização, impedindo a transformação das experiências traumáticas em palavras e representações psíquicas.
5. Funcionamento narcisista fronteiriço, muitas vezes com modalidades mistas: neuróticas e narcisistas (Killimbo, 2005).

Nosso paciente foi encaminhado para tratamento psicológico pela psiquiatra que o atendeu após um episódio violento com sua parceira. Iniciou a terapia com raiva e dor física e emocional. Apresentava o seguinte quadro clínico: melanoma no pé, metástase em evolução, doenças cardíacas pré-existentes e uma doença genética (Charcot-Marie-Tooth)¹ que também afetava sua mãe.

O processo terapêutico foi realizado na sua residência e, em algumas ocasiões, em sanatórios onde foi hospitalizado, com uma frequência de duas vezes por semana, que foi mantida durante dois anos até o desfecho fatal.

O caso nos comoveu porque o paciente, no final de sua vida, conseguiu se conectar com aspectos mais vitais de sua existência a partir da elaboração psíquica. Esse processo terapêutico lhe permitiu simbolizar o que antes era pura descarga impulsiva, favorecendo assim um processo de mudança subjetiva.

Isso pôde ser visualizado em diferentes manifestações do nosso paciente, que conseguiu expressar seus afetos, recuperar vínculos e colocar em palavras algo de seu sofrimento, o que facilitou o contato com seu entorno.

No espaço terapêutico, conseguiu se conectar com sua história, seus sentimentos e também repensar um futuro. Isso foi possibilitado por um enquadramento flexível em um espaço de apoio e validação subjetiva coconstruído com a terapeuta.

A análise do material permitiu visualizar as variáveis propostas no nosso projeto de pesquisa e relacioná-las com a história do paciente, o processo de sua doença e o tratamento psicanalítico desenvolvido.

Detectamos mudanças nos **modos de apego**.²

1 Grupo de transtornos hereditários que causam lesões nos nervos.

2 Definimos apego como a incidência dos vínculos primários, afetivos materno-filiais, na constituição subjetiva e seu alcance na manifestação psicossomática. Da mesma forma, consideramos diferentes tipos de apego seguindo as contribuições de Bowlby: seguro, evitativo, ansioso-ambivalente e desorganizado. O apego ansioso-ambivalente implica um comportamento ambivalente em relação ao cuidador, buscando atenção, mas, ao mesmo tempo, resistindo a ela (os cuidadores costumam ser inconsistentes em suas respostas, e a criança sente incerteza, pois não sabe se sua figura de apego estará acessível e empática quando precisar).

O vínculo precoce com a mãe foi caracterizado por uma modalidade intrusiva, avassaladora e exigente, gerando nele um modo de apego ansioso-ambivalente. Percebemos que o paciente repetia esse tipo de apego com seu entorno. Com a última parceira, estabeleceu um vínculo de submissão, cedendo seus espaços, seu tempo e seu dinheiro. Ao longo do tratamento, foi se diferenciando, ocupando seus próprios espaços. A analista apostou na construção de novos recursos para que pudesse se conectar com sua vida, seus cuidados, seu corpo, sua doença e seus relacionamentos.

A partir do vínculo transferencial, no trabalho terapêutico foi desenvolvendo um apego mais seguro com sua parceira, passando da submissão e indiscriminação para um vínculo de confiança e autonomia.

Da mesma forma, no processo analítico, o paciente começou a integrar mente e corpo, reconhecendo e colocando em palavras seus afetos, conseguindo se conectar com seus medos em relação à sua doença e à proximidade da morte.

No que diz respeito à **historicização**³, reconhecemos marcos importantes. Identificamos que um deles foi o evento externo disruptivo da demissão do emprego. Essa experiência traumática se converteu em um fato que o aparelho psíquico não conseguiu enfrentar. Irrompeu de forma abrupta e desorganizadora no psiquismo. Esse excesso de estímulo externo, sem ligação simbólica nem possibilidade de elaboração, não se inscreveu psicologicamente e foi descarregado no corpo.

Identificamos a **passagem do ato para o acontecimento psíquico**⁴ no processo de mudança subjetiva, explorando as intervenções psicanalíticas que o favoreceram. Nessa linha, percebemos que o paciente passou de viver com um corpo que sofria, de listar sintomas da doença, sem representação mental ou simbolização (“ato”), para um corpo simbolizado, um corpo falado, representado como resultado de um processo de construção e historicização no âmbito da transferência.

Paralelamente, as falhas na simbolização também foram visualizadas na projeção de sua própria impulsividade ou agressividade no mundo externo. No decorrer do tratamento, observamos indicadores de simbolização quando recuperou a calma, diminuiu sua agressividade e gerou melhores intercâmbios com seu entorno.

Por outro lado, descrevemos o **processamento dos lutos não elaborados**. O paciente sofreu várias perdas (pela morte do pai, pelo seu estado de saúde, pelo trabalho, pela separação do casal) e não conseguiu elaborar essas perdas. Isso provocou uma sensação de vazio ou buraco na psique, como um luto branco, sem afeto nem articulação simbólica. Diante do luto, ao não conseguir ligar as cargas — que ficam livres —, o inconsciente recorre a uma forma de defesa psíquica muito precoce e primitiva, na qual o sujeito evacua por canais biológicos os aumentos de tensão não processados nem suportados pelo psiquismo (Fishbein, 2014, Zukerfeld, s/d, por meio da expressão vulnerabilidade somática).

3 “Historiar” pressupõe poder se repositonar em torno de novas formas de interpretar um tempo passado. A história é escrita, construída a partir das inscrições do passado, mas é o trabalho compartilhado entre paciente e analista e o que acontece nessa ligação transferencial contratransferencial que gera novas simbolizações. Historizar pressupõe, como condição para seu desdobramento, a inscrição de uma distância irreduzível e estruturante entre o tempo passado e um tempo presente ou futuro antecipado. A historicização simbolizante é produzida pela conjugação da memória compartilhada e comunicada.

4 Fischbein (2019) define o “ato” como aquilo que se situa fora do campo representacional (a doença em si), enquanto o “acontecimento” é o resultado de um processo de construção e historicização no âmbito da transferência. A trama representacional é o que constitui o acontecimento, entendido como um evento que marca o devir do sujeito.

Essa vulnerabilidade somática é caracterizada pela cristalização de um modo de funcionamento psíquico, com quantidades de excitação de caráter traumático que ultrapassam as barreiras antiestímulo mal constituídas a partir do vínculo primário deficiente, por excesso ou por omissão.

Em um primeiro momento, observamos um paciente com sensação de abandono, solidão e incompreensão, preso em um tempo passado.

As intervenções do analista permitiram ao paciente ver, sentir e elaborar as perdas. Ele pôde sonhar, chorar, simbolizar, colocar em palavras as emoções que o dominavam e redirecionar a investidura dos objetos perdidos. Isso explicaria uma certa elaboração dos lutos evidenciados em um corpo que foi observado e discutido no processo terapêutico. O vínculo com o terapeuta promoveu uma mudança subjetiva no paciente, que se viu envolvido na percepção de seus limites e de sua própria vulnerabilidade. A morte o surpreendeu “mais vivo do que nunca”.

No tratamento de pacientes com doenças terminais, priorizamos a aceitação, a elaboração psíquica da situação limite dentro de um espaço humanizador para elaborar a angústia diante da morte, colocando em palavras os medos, fantasias e afetos. Da mesma forma, oferecemos a possibilidade de fazer uma revisão da vida, elaborando lutos passados e ressignificando experiências. Fechar assuntos pendentes, revisar vínculos, abrindo a porta para possíveis aproximações. Partindo de um apoio emocional diante da solidão que esses pacientes costumam sentir, aliviando seu sofrimento e culpa, valorizando as conquistas e os crescimentos significativos em suas vidas.

Discussão⁵

A partir da nossa pesquisa, confirmamos que as categorias propostas: modos de apego precoce, processamento de lutos não elaborados, construção da historicização, ato e acontecimento psíquico, assumem relevância para a análise da evolução de um tratamento em pacientes com transtornos psicossomáticos.

O estudo do nosso material permitiu visualizar as variáveis propostas em nosso projeto de pesquisa e relacioná-las com a história do nosso paciente e o processo de sua doença até seu desfecho.

Entendemos que a posição que o analista ocupa em um tratamento com pacientes psicossomáticos requer um enquadramento flexível que leve em conta as possibilidades do paciente. Destacamos, nesse sentido, a participação e a escuta da família próxima e dos vínculos significativos, ampliando a rede de acompanhamento e apoio.

Da mesma forma, consideramos fundamental a articulação em dispositivos interdisciplinares para o trabalho com pacientes que necessitam da atenção de uma diversidade de profissionais tratantes (psiquiatras, médicos clínicos, cirurgiões, enfermeiros, cuidadores, etc.). Apesar da especificidade de cada abordagem, é necessário trabalhar em conjunto, proporcionando ao paciente um acompanhamento humanizado e integral.

5O processo de pesquisa desenvolvido permitiu ratificar a importância do trabalho em colaboração e da troca em equipe. O desenvolvimento coletivo foi produto do trabalho de um grupo de pessoas que se aproximaram em função de inquietações compartilhadas sobre a psicossomática. Com o aval da diretoria de Pesquisas da FLAPPSIP e o assessoramento da metodóloga Cecília Ross, trabalhamos neste projeto que durou pouco mais de dois anos. Tivemos reuniões presenciais e virtuais que nos enriqueceram em nível pessoal e profissional, favorecendo a formação de uma equipe de trabalho sólida. É importante destacar que, no decorrer da tarefa, foi muito importante detectar o caso clínico que facilitou nosso trabalho. Este foi fornecido por uma das nossas integrantes, a quem agradecemos muito especialmente.

Isso nos leva a pensar que ao tradicional tripé: formação, supervisão, análise pessoal, seria conveniente agregar um quarto pilar: o trabalho interdisciplinar que destacamos. Sabemos da complexidade de gerar esses dispositivos nos sistemas de saúde, especialmente em momentos de crise socioeconômica, mas consideramos que é imprescindível resgatar a subjetividade das pessoas, com especial atenção à sua qualidade de vida.

Além do exposto, sabemos que o analista faz parte do dispositivo do trabalho terapêutico, pelo que precisa elaborar o impacto contratransferencial, abstendo-se de qualquer atuação, considerando que a neutralidade é impossível.

O analista, como semblante vivo, acompanha e contém. Propicia a recuperação da atividade e da dinâmica do desejo para não sermos capturados pela doença através do discurso médico.

Surgiram questões sobre as intervenções do analista em casos em que se trabalha com pacientes psicossomáticos; acima de tudo, nos interpelou a questão sobre o papel da terapia psicanalítica no acompanhamento de pacientes com doenças físicas terminais.

A psicanálise foca especificamente na subjetividade do paciente, buscando dar sentido à sua doença e à sua finitude; não é um corpo que deixa de sofrer, mas sua própria subjetividade que luta para encontrar um lugar simbólico. Liberar o paciente da morte física para que possa atravessar a doença sem se culpar pelo que não fez e pelo que não teve tempo de fazer, validando suas emoções, sem julgá-las, dando espaço, na medida do possível, para ordenar as questões pessoais e familiares antes do desfecho final.

Destacamos que a análise se torna possível quando existe a demanda de um sujeito que sofre.

Onde há uma linguagem e um vínculo terapêutico que sustenta, abre-se a possibilidade de promover um novo posicionamento subjetivo e o alívio do sofrimento.

Referências bibliográficas

- AULAGNIER, P. (1984). El aprendiz de historiador y el maestro brujo. Buenos Aires: Amorrortu, 1986.
- BION, W. (1962). Aprendiendo de la experiencia. Buenos Aires: Editorial Paidós 1962
- Bleichmar, S. (1984). Los orígenes del sujeto psíquico. Buenos Aires: Editorial Amorrortu
- BOWLBY, J. (2009). Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. 1º edición. Buenos Aires: Paidós.
- FISCHBEIN, J.E. (2014). Patología del Duelo y somatización. LII Symposium. XLII Congreso, APA
- FREUD, S. (1914). Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica de psicoanálisis II). Em Obras completas, tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu ediciones.
- HERNÁNDEZ SAMPIERI, R; FERNÁNDEZ COLLADO, C.; BAPTISTA & LUCIO, M. del P. (2016). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill/ Interamericana Editores
- HECHT, E. (2019). Cardiopatías. Un enfoque psicoanalítico. Em Storti, L. (comp.) (2019). La psicósomática contemporánea psicoanalítica. Teoría-clínica-técnica. Buenos Aires: Letra Viva.
- HORNSTEIN, L. (2006). Las depresiones. Buenos Aires: Paidós.
- KILLIMBO, B. (2005). Una defensa de la afirmación en relación con los estados afectivos no mentalizados. En Maladesky, A.; López, M. B.; López Ozores, Z. (comp.), Psicósomática: aportes teórico-clínicos en el Siglo XXI., (pp. 169-186). Buenos Aires, Editorial Lugar,
- LIBERMAN, D.; GRASSANO DE PICCOLO, E.; NEBORAK DE DIMANT, S.; PISTINER DE CORTIÑAS, L.; & ROITMAN DE WOSCOBOINIK, P. (1993). Del cuerpo al símbolo: Sobreadaptación y enfermedad psicósomática. Chile: Editorial Ananké
- MARTY, P. (1995). La psicósomática del adulto. Buenos Aires: Amorrortu
- PUJOL, A (2021) Ante el dolor y la muerte: la transferencia en un tratamiento psicoanalítico con un paciente grave. Trabajo final integrador de Especialización en Psicoanálisis con Orientación Clínica en Adultos. AEAPG -UNLAM, Buenos Aires.
- ULNIK, J. (2019). Percepción, marca y representación: tres puntos cardinales para orientar una teoría y una práctica psicósomáticas. VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXX, N° 145, Mayo-Junio, pp. 195-203.
- ZUKERFELD, R. (s/f). Vulnerabilidad somática. Revista Psicoanálisis: ayer y hoy, n° 3. Material de la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados. Storti L. (Comp) (2019) La psicósomática contemporánea Psicoanalítica Teoría-clínica Técnica. Buenos Aires: Letra Viva.