

ENSAIOS PISCANALÍTICOS

VOLUME 1.

Antologia de publicações da
Revista Vida e Psicanálise (2022–2026).



AUTORES:

João Pedro Roriz, Felipe Valerius, Newton Alfredo Siqueira Júnior,
Vitor Rodrigues Correia, Leci Catarina Capaverde, Ana Larsen,
Alice Minelli, Ana Catarina Carvalho Libarino Rocha
e Fernanda de Gusmão Guimarães.

ORGANIZAÇÃO:

João Pedro Roriz.

ENSAIOS PISCANALÍTICOS, VOLUME 1.

*Antologia de publicações da Revista Vida e
Psicanálise (2022–2026).*

Autores:

João Pedro Roriz, Felipe Valerius, Newton Alfredo Siqueira Júnior, Vitor Rodrigues Correia, Leci Catarina Capaverde, Ana Larsen, Alice Minelli, Ana Catarina Carvalho Libarino Rocha e Fernanda de Gusmão Guimarães.

Organização e revisão:

João Pedro Roriz.

Direção:

Cândida Cunha (CRP 07/38195).

Realização:

Arte em Voga é um selo editorial do Instituto Vida e Psicanálise (Roriz Serviços de psicologia e psicanálise. CNPJ 55.461.557/0001-11. Endereço: Av Cel Orestes Lucas, 3650, segundo andar. Capela de Santana – RS. CEP 95745000).

Todos os direitos reservados a seus respectivos autores que possuem total responsabilidade sobre os textos publicados, isentando o Instituto Vida e Psicanálise de qualquer ônus judicial ou econômico.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Ensaio psicanalítico [livro eletrônico] :
volume 1 : antologia de publicações da
Revista Vida e Psicanálise (2022-2026) /
organização João Pedro Roriz. -- Capela de
Santana, RS : Ed. dos Autores, 2026. --
(Ensaio psicanalítico ; 1)
PDF

ISBN 978-65-02-07296-7

1. Antologia 2. Ensaio psicanalítico
3. Psicologia 4. Psicanálise 5. Publicações
6. Revista Vida e Psicanálise I. Roriz, João Pedro.
II. Série.

26-355409.0

CDD-150.195

Índices para catálogo sistemático:

1. Ensaio psicanalítico 150.195

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964



O Instituto de Psicologia e Psicanálise está localizado em Capela de Santana – RS, dirigido por João Pedro Roriz (ANTPC 502) e Cândida Cunha (CRP 07/38195), realiza, entre outras atividades:

- Terapia individual e em grupo.
- Supervisão e mentoria para terapeutas.
- Grupo de estudos em Psicanálise.
- Plataforma de cursos online em www.institutovidaepsicanalise.com.br
- Associação de psicanalistas em www.vidaepsicanalise.com.
- Revista de publicações de artigos acadêmicos, jornalísticos e sociais em Psicanálise.
- Publicações através do selo Arte em Voga.
- Produções culturais e curadoria em palestras através do selo Arte em Voga.
- Atividades socioculturais em escolas e prefeituras.

Contato: 21 998885570 | jproriz@gmail.com.

SUMÁRIO

PREFÁCIO	6
A PELE COMO FRONTEIRA SIMBÓLICA	10
QUANDO O CORPO ESCONDE O FALO	17
MALDIÇÃO OU SINTOMA PSICOSSOMÁTICO?	21
INTERPRETAÇÃO PSICANALÍTICA DE UM DESENHO FEITO PELO TERAPEUTA DURANTE A ESCUTA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA	32
TRAUMAS E SUAS CONSEQUÊNCIAS A PARTIR DE FREUD, FERENCZI E LACAN	43
POPULARIZAÇÃO OU BANALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL?	56
LINGUAGEM E EXPRESSÃO SIMBÓLICA DA CRIANÇA	72
NARCISISMO PRIMÁRIO E SUAS REPERCUSSÕES SUBJETIVAS	83
O <i>BORDERLINE</i> NA CLÍNICA PSICANALÍTICA	93
A MÃE IDEALIZADA E A MÃE REAL: FANTASIA, FRUSTRAÇÃO E TRABALHO PSÍQUICO	98
OS LIMITES DO CORPO COMO REFÚGIO DA ALMA	103
SOBRE O ORGANIZADOR:	110
SOBRE OS AUTORES:	110

PREFÁCIO

A presente obra reúne uma seleção de textos publicados na Revista *Vida e Psicanálise*, no site www.vidaepsicanalise.com/revista, entre os anos de 2022 e 2026, configurando-se como uma antologia que expressa, de maneira representativa, o percurso intelectual, clínico e cultural desenvolvido no âmbito do Instituto Vida e Psicanálise.

Trata-se de um recorte editorial que compila e organiza, sob a forma de livro, um campo de reflexão ensaística que se construiu ao longo do tempo a partir de uma orientação teórica clara e de um compromisso com a difusão qualificada do pensamento psicanalítico.

A revista nasce com o propósito de interpretar o mundo contemporâneo a partir de uma tradição freudiana-lacaniana. Ao longo dos anos, consolidou-se como um espaço de produção intelectual que articula clínica, cultura, linguagem e fenômenos sociais, oferecendo leituras que se situam entre o rigor conceitual e a acessibilidade discursiva.

Esta antologia, portanto, não deve ser lida apenas como uma coletânea de textos, mas como a materialização de um projeto editorial que compreende a psicanálise como uma forma de cultura e como um campo legítimo de interpretação do sujeito em seu tempo histórico. Também é espaço de debate e de reflexão sobre temas importantes à luz da teoria psicanalítica, sempre apresentada de forma livre por seus autores, com

cuidado técnico, mas sem as amarras comuns das pesquisas metodológicas universitárias.

Os textos aqui reunidos atravessam diferentes dimensões da experiência humana, oferecendo reflexões sobre trauma, narcisismo, infância e maternidade e compondo um mosaico de temas que refletem a complexidade do sujeito contemporâneo. Ao mesmo tempo, há um esforço constante de diálogo com questões sociais mais amplas, como a popularização da saúde mental, os efeitos culturais da contemporaneidade e as transformações nos modos de subjetivação.

A organização dos capítulos evidencia um duplo movimento: de um lado, a manutenção de um eixo teórico consistente, ancorado em Freud, Ferenczi e Lacan; de outro, a abertura para questões emergentes que exigem leitura atualizada e sensível. Esse equilíbrio entre tradição e contemporaneidade constitui uma das marcas centrais da Revista *Vida e Psicanálise* e, conseqüentemente, desta antologia.

Outro aspecto relevante diz respeito à natureza dos textos. Diferentemente de produções estritamente acadêmicas, muitos dos artigos aqui presentes foram originalmente publicados em formato ensaístico e/ou jornalístico, o que implica uma escrita que, sem abrir mão do rigor, busca alcançar um público mais amplo. Psicanalistas, estudantes, profissionais da saúde mental, educadores e leitores interessados encontram, ao longo da obra, textos que transitam entre o ensaio clínico, a análise cultural e a reflexão teórica.

A presença de múltiplos autores reforça o caráter coletivo do projeto. A revista, e agora esta antologia, não se limita à voz institucional, mas incorpora contribuições de associados, colaboradores e pesquisadores que compartilham o compromisso com a ética, o rigor e a responsabilidade na produção do saber. Essa pluralidade se fortalece ao demonstrar que uma orientação comum pode sustentar diferentes perspectivas e estilos de escrita.

É importante destacar que os textos foram preservados em sua essência, respeitando o contexto original de publicação. No entanto, sua reunião em formato de livro permite uma leitura mais contínua e aprofundada, possibilitando ao leitor perceber conexões temáticas e conceituais que, na dinâmica fragmentada da publicação digital, poderiam passar despercebidas.

Esta obra também cumpre uma função de registro histórico. Ao reunir produções de um período específico (2022–2026), documenta um momento particular da psicanálise no Brasil, marcado por desafios clínicos, transformações sociais e intensificação dos debates sobre saúde mental. Nesse sentido, a antologia não apenas apresenta ideias, mas também testemunha um tempo.

Por fim, *Ensaio Psicanalítico, Volume 1* reafirma uma posição: a psicanálise não se restringe ao *setting* clínico. Ela se estende à cultura, à linguagem e às formas de organização da vida social. Ao interpretar fenômenos contemporâneos sob essa lente, a obra convida o leitor a reconhecer que o sujeito do

inconsciente está presente em todas as dimensões da experiência humana.

A leitura que se segue não oferece respostas definitivas, mas propõe caminhos de interpretação. E é justamente nessa abertura — entre o saber estabelecido e a pergunta que insiste — que a psicanálise encontra sua vitalidade.

João Pedro Roriz

Organizador e autor

A PELE COMO FRONTEIRA SIMBÓLICA

Por João Pedro Roriz

Uma reportagem publicada pelo jornal argentino *La Nación* em 14 de fevereiro de 2026 e repercutida no mesmo dia por veículos brasileiros como *O Globo* e *Época* trouxe à luz um fenômeno clínico pouco conhecido, mas profundamente perturbador: a chamada infestação delirante, também conhecida na literatura médica como *parasitose delirante* ou *síndrome de Ekbom*.

A matéria acompanha o caso de Pat Hannon, uma mulher que relata acordar durante a noite com uma sensação intensa de picadas nas pernas. Convencida de que estava sendo atacada por insetos invisíveis, ela lava roupas de cama, contrata serviços de controle de pragas e considera a dedetização completa da casa. Apesar de convicta da presença dos parasitas, nenhum exame ou observação médica encontra qualquer evidência de infestação.

Esse tipo de experiência não é isolado. Segundo especialistas entrevistados na reportagem, há um número crescente de pessoas que procuram entomologistas — pesquisadores de insetos — convencidas de que possuem parasitas sob a pele. Em muitos desses casos, o que se encontra é uma condição psiquiátrica rara caracterizada por uma crença inabalável de infestação, mesmo na ausência de qualquer evidência objetiva.

Mas a questão é mais complexa do que parece. A infestação delirante costuma surgir em um território médico ambíguo. Alguns pacientes apresentam sensações físicas reais, como coceira, formigamento ou ardor na pele. Essas sensações podem estar associadas a alergias, neuropatias, doenças autoimunes, distúrbios hormonais ou efeitos colaterais de medicamentos.

Em outros casos, entretanto, a literatura médica aponta para um quadro mais próximo da psicose delirante. O paciente passa a interpretar sensações corporais comuns como sinais inequívocos de infestação por insetos.

Na reportagem do *La Nación*, a entomologista Gale Ridge, da Estação Experimental Agrícola de Connecticut, afirma que tem observado um aumento desses casos em períodos de instabilidade social.

Segundo ela, picos foram observados após a crise financeira de 2008, a pandemia de Covid-19 ou em situações de anomia ocasionadas por conflitos armados. Esses dados sugerem que fatores emocionais e sociais podem atuar como gatilhos importantes para o desencadeamento do quadro. É nesse ponto que o diálogo entre medicina e psicanálise começa a se tornar relevante. A medicina já reconhece há décadas que o corpo humano não funciona de maneira isolada da vida psíquica. A chamada medicina psicossomática estuda justamente os mecanismos pelos quais emoções intensas, traumas ou estados prolongados de ansiedade podem influenciar o funcionamento fisiológico.

A sensação de formigamento ou coceira na pele, por exemplo, pode estar associada a alterações neurológicas, processos inflamatórios ou reações do sistema nervoso autônomo. No entanto, a forma como o sujeito interpreta essas sensações corporais também desempenha papel fundamental. A psicanálise parte justamente dessa premissa: o corpo não é apenas biológico; ele também é um corpo vivido, simbolizado e interpretado pelo sujeito.

Assim, uma sensação cutânea pode se tornar o núcleo de uma narrativa psíquica que organiza a experiência da pessoa. Em determinados contextos de sofrimento psíquico, essa narrativa pode assumir a forma de uma convicção delirante. Sigmund Freud investigou fenômenos semelhantes em vários momentos de sua obra. Nos primeiros estudos sobre histeria, desenvolvidos com Josef Breuer no final do século XIX, observou pacientes que apresentavam sintomas corporais sem causa orgânica identificável. Paralisias, dores, anestésias e outras manifestações físicas surgiam como expressão simbólica de conflitos psíquicos reprimidos.

Em *Estudos sobre a Histeria* (FREUD; BREUER [1895] 2020), Freud propõe que determinados sintomas corporais funcionam como uma conversão de conflitos psíquicos em manifestações físicas. Mais tarde, em textos como *Neurose e Psicose* (FREUD, 1924), Freud discute o fenômeno do delírio como uma tentativa de reorganização da realidade psíquica quando o sujeito se vê confrontado com experiências

internas intoleráveis. Embora a infestação delirante não seja idêntica aos casos estudados por Freud, há um ponto em comum importante: a tentativa do psiquismo de dar sentido a sensações ou conflitos que não encontram explicação imediata.

A psicanálise não substitui a medicina nem pretende explicar sozinha uma condição clínica complexa como a infestação delirante. No entanto, ela pode oferecer ferramentas importantes para compreender a dimensão subjetiva da experiência.

Entre as questões que podem ser investigadas em análise estão:

- quais eventos emocionais precederam o surgimento dos sintomas;
- quais fantasias ou significados o paciente atribui às sensações corporais;
- que conflitos ou traumas podem estar associados ao momento em que o quadro se iniciou.

A clínica psicanalítica trabalha com a hipótese de que o sofrimento corporal também pode carregar significados inconscientes. Isso não significa que toda doença tenha origem psicológica — ideia frequentemente simplificada em discursos populares sobre psicossomática. Significa, antes, que a forma como o sujeito vive sua doença está profundamente ligada à sua história emocional e simbólica.

Em casos como o descrito na reportagem, a atuação do psicanalista exige cautela e articulação com outros profissionais da saúde. Alguns princípios fundamentais da escuta psicanalítica incluem:

1. Escuta sem julgamento. Pacientes com convicções delirantes frequentemente relatam experiências de descrédito ou humilhação no contato com profissionais de saúde. A escuta analítica busca acolher o sofrimento sem reforçar a crença delirante.
2. Exploração da narrativa do sintoma. Em vez de confrontar diretamente a crença do paciente, o analista pode investigar quando os sintomas começaram, em que contextos surgem e que associações aparecem na fala do sujeito.
3. Trabalho com ansiedade e trauma. Se o quadro estiver associado a eventos traumáticos ou estados intensos de estresse, a análise pode ajudar a elaborar esses conteúdos.
4. Articulação interdisciplinar. A psicanálise não substitui tratamentos médicos ou psiquiátricos. Em muitos casos, a abordagem mais eficaz envolve colaboração entre dermatologistas, neurologistas, psiquiatras e psicoterapeutas.

A reportagem do *La Nación* também levanta uma questão mais ampla: até que ponto o conhecimento

médico atual consegue explicar todas as formas de sofrimento humano? A história da medicina mostra que muitas doenças consideradas “inexplicáveis” em determinado momento acabam sendo compreendidas décadas depois. Outras permanecem parcialmente obscuras. É nesse território de incerteza que medicina, psicologia e filosofia frequentemente se encontram.

A psicanálise, ao investigar a dimensão inconsciente da experiência humana, propõe que o corpo não pode ser entendido apenas como um organismo biológico. Ele também é atravessado por desejos, fantasias e conflitos que nem sempre chegam à consciência. No caso da infestação delirante, a pergunta permanece aberta: trata-se apenas de um distúrbio psiquiátrico, de uma reação fisiológica mal compreendida ou de um fenômeno que envolve simultaneamente corpo, mente e contexto social? Talvez a resposta esteja justamente na colaboração entre diferentes áreas do conhecimento.

Enquanto isso, histórias como a de Pat Hannon lembram que, diante da incerteza médica, escutar o sofrimento humano com seriedade, acolhimento e continência continua sendo o primeiro passo para qualquer forma de cuidado.

Referência

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BREUER, Josef; FREUD, Sigmund. *Estudos sobre a histeria* (1895). Rio de Janeiro: Imago, 2016.

FREUD, Sigmund. *Neurose e psicose* (1924). In: _____. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 2010.

FREUD, Sigmund. *O inconsciente* (1915). In: _____. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 2010.

FREUD, Sigmund. *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905). In: _____. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 2010.

LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

LACAN, Jacques. *A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud* (1957). In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

MCDUGALL, Joyce. *Teatros do corpo*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

NETTLETON, Sarah. *The sociology of health and illness*. 3. ed. Cambridge: Polity Press, 2013.

RIDGE, Gale; KOO, John; GREEN, Jody et al. *Delusional infestation: clinical presentation, diagnosis and management*. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2024.

QUANDO O CORPO ESCONDE O FALO

Por Felipe Valerius

Observa-se, com frequência crescente, a trajetória de homens que, após atravessarem experiências intensas de sofrimento psíquico, passam a abandonar progressivamente aspectos centrais de suas vidas — família, trabalho, projetos e ideais — encontrando no álcool uma forma imediata de alívio. Diante da dificuldade de elaborar emocionalmente tais experiências, esses sujeitos recorrem à bebida como tentativa de amortecer a dor que caracteriza períodos depressivos prolongados.

Segundo Arthur Guerra (2025), a dependência alcoólica ainda apresenta forte recorte de gênero, com uma proporção estimada de quatro a cinco homens para cada mulher dependente. Trata-se, portanto, de um fenômeno que incide de maneira particular sobre a masculinidade contemporânea, sobretudo quando associado a vivências de fracasso, perda de referências e desorganização subjetiva.

Com o passar do tempo, os excessos deixam marcas no corpo. O sujeito, atravessado por pensamentos distorcidos sobre si mesmo e sobre sua trajetória, passa a apresentar manifestações corporais visíveis desse modo de vida. A chamada “barriga de cerveja”, nesse contexto, ultrapassa sua dimensão metabólica e assume valor simbólico relevante. O aumento do abdômen pode dificultar a visualização do órgão genital, interferir na experiência sexual e afetar a percepção que o sujeito tem de sua própria imagem corporal.

No entanto, a questão não se reduz ao campo anatômico. Na psicanálise, o falo não se confunde com o órgão biológico, mas refere-se a um significante que organiza a relação do sujeito com o desejo, a falta e o lugar que ocupa no campo do Outro. Quando o corpo passa a se interpor entre o sujeito e a percepção de sua sexualidade, não se trata apenas de uma barreira física, mas de uma alteração na forma como o sujeito se posiciona diante de sua própria condição desejante.

Quando o sofrimento psíquico não encontra vias de elaboração simbólica, o corpo pode assumir a função de inscrição desse impasse. Iludido pelos efeitos imediatos da bebida, o sujeito se afasta progressivamente de suas referências simbólicas, permitindo que o mal-estar se traduza em manifestações corporais. Entre o olhar e o próprio corpo, algo se interpõe. Surge, então, a questão: o que está sendo encoberto não é apenas o órgão, mas a relação do sujeito com sua própria falta.

O álcool, nesse cenário, apresenta-se como um objeto de satisfação de fácil acesso, socialmente tolerado e pouco exigente em termos de mediação simbólica. Seu efeito imediato atua sobre o sistema nervoso central, favorecendo sensações de relaxamento e desinibição, ao mesmo tempo em que pode reforçar uma dinâmica de repetição que aprisiona o sujeito em um circuito de satisfação sem elaboração.

Não é raro que, nesse contexto, ocorram alterações na libido e inseguranças relacionadas ao desempenho sexual. Do ponto de vista médico, como aponta Jairo

Bouer (2022), o pênis não sofre redução de tamanho em função do ganho de peso. O que ocorre é a deposição de gordura na região abdominal e suprapúbica, que pode encobrir parcialmente o órgão, alterando a percepção visual do sujeito.

Ainda assim, a experiência subjetiva persiste: “o pênis diminuiu”. Essa percepção, ainda que não corresponda à realidade anatômica, possui relevância clínica. O que está em jogo não é apenas a medida do órgão, mas a forma como o sujeito se percebe em relação à sua própria potência, ao desejo e à possibilidade de ocupar um lugar simbólico reconhecido.

À medida que essa percepção de perda se intensifica, o sujeito pode recorrer a formas regressivas de satisfação, privilegiando modalidades de prazer imediato que dispensam elaboração psíquica mais complexa. O consumo de álcool, nesse sentido, não apenas anestesia o sofrimento, mas sustenta uma lógica que distancia o sujeito de seu desejo, reforçando o afastamento de posições simbólicas mais estruturantes.

Forma-se, assim, um circuito em que corpo, gozo e sofrimento se entrelaçam. O que se apresenta inicialmente como uma solução passa a operar como um mecanismo de manutenção do impasse. O corpo, longe de ser apenas um suporte biológico, revela-se como lugar de inscrição de conflitos que não encontraram vias de simbolização.

A partir dessa perspectiva, a escuta clínica deve considerar não apenas os efeitos fisiológicos do álcool,

mas, sobretudo, o modo como o sujeito se relaciona com seu corpo, com o desejo e com as marcas simbólicas de sua história. O que se encontra encoberto, nesse caso, não é apenas o visível, mas aquilo que, no sujeito, resiste à palavra.

Referência

BOUER, Jairo. *Sexualidade masculina: mitos e verdades*. São Paulo: Academia do Livro, 2022.

FREUD, Sigmund. *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. In: *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

FREUD, Sigmund. *O eu e o id*. In: *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

GUERRA, Arthur. *Álcool e saúde mental no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Manole, 2025.

LACAN, Jacques. *A significação do falo*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 20: Mais, ainda*. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

MALDIÇÃO OU SINTOMA PSICOSSOMÁTICO?

Newton Alfredo Siqueira Júnior

A sociedade atual valoriza de forma crescente conceitos como *autonomia e liberdade individual*, mas pouco se questiona se as decisões humanas são totalmente conscientes ou regidas por forças psíquicas ocultas.

A psicanálise, desde Freud e Breuer ([1895] 2020), aponta que muitos atos comportamentais — inclusive aqueles que provocam sofrimento — têm origem em desejos, afetos e conteúdos não elaborados conscientemente, operando de forma disfarçada, repetitiva e inconsciente.

Nesse sentido, este texto propõe uma reflexão: quem, afinal, está no comando da sua vida? Acredita-se compreender as próprias atitudes, reações e intenções; acredita-se ter controle. Mas será mesmo? Se essa pergunta provoca inquietação, é um bom sinal. É justamente aqui que começa nosso diálogo.

Exemplos cotidianos revelam esse dilema:

- A pessoa afirma que não quer mais se relacionar com ex-parceiro(a), mas escolhe sujeito semelhante.
- Promete que não vai mais se sabotar, mas perde o horário do trabalho novamente.

- Declara buscar paz, mas se envolve em mais um conflito.

Esses eventos recorrentes são frequentemente atribuídos à má sorte, a maldições ou a punições do destino. Do ponto de vista psicanalítico, contudo, podem ser compreendidos como expressões de uma dinâmica inconsciente que se atualiza na repetição. Trata-se de modos pelos quais o sujeito, sem plena consciência, reencena conflitos, afetos e impasses que não encontraram vias de elaboração simbólica. Em determinadas situações clínicas, tais manifestações podem assumir a forma de atuações, nas quais algo do inconsciente se inscreve no campo da ação, não como comunicação direta, mas como tentativa de dar destino a conteúdos que resistem à simbolização.

O inconsciente não se expressa de maneira elaborada ou evidente. Ele se manifesta por meio de repetições, deslocamentos e encenações, frequentemente em torno daquilo que permanece não simbolizado. Trata-se de um funcionamento que não visa ao equilíbrio, mas à repetição de marcas psíquicas que insistem em retornar, mesmo quando produzem sofrimento.

Os sintomas não se restringem à mente. O corpo também participa desse processo: pode apresentar tensão muscular, dores recorrentes, alterações digestivas, respiração encurtada e fadiga persistente (BREUER; FREUD, [1895] 2020).

Se há manifestação corporal, é porque algo do sujeito se inscreve nesse nível. O corpo pode funcionar como

lugar de expressão de conflitos que não foram elaborados simbolicamente. Cada tensão crônica pode corresponder a uma defesa psíquica persistente; cada dor recorrente pode remeter a experiências que não encontraram via de elaboração.

Na Fisioterapia e na Educação Física, observa-se com frequência o impacto dessas manifestações. Há pacientes que não apresentam melhora significativa, mesmo após seguirem protocolos físicos adequados. Nesses casos, a limitação não se reduz ao plano biomecânico, podendo estar relacionada a fatores psíquicos que atravessam o corpo e sua funcionalidade (ROZEIRA et al., 2025).

Exemplo clínico: um sujeito apresenta rigidez corporal que não melhora com alongamento ou exercícios físicos. Essa rigidez pode refletir não apenas tensões físicas, mas também dificuldades de adaptação a mudanças, resistências subjetivas ou modos fixos de se posicionar nas relações.

A terapia psicanalítica promove a investigação desses conteúdos que o sujeito tende a evitar ou não reconhecer. Tais conteúdos podem estar relacionados a conflitos afetivos, experiências traumáticas e formas de defesa construídas ao longo da vida, especialmente na infância.

Nesse processo, o sujeito passa a distinguir sua realidade psíquica — atravessada por fantasias — da realidade objetiva. A análise contribui para a elaboração de conflitos, ambivalências e repetições,

oferecendo um espaço de escuta no qual conteúdos recalçados podem emergir e ser simbolizados.

A psicanálise não visa consertar o sujeito, mas possibilitar que ele se implique em sua própria história. Seu propósito é tornar visíveis os mecanismos inconscientes que sustentam o sofrimento e permitir novas formas de relação com o desejo e com a própria experiência.

Esse percurso não é simples — mas é possível. A escuta analítica constitui uma forma ética de cuidado, que permite ao sujeito deixar de responder automaticamente às repetições inconscientes e passar a reconhecer os sentidos implicados em seus sintomas. Compreender o sintoma como formação de sentido — e não como maldição — é um passo fundamental para modificar a relação com o sofrimento e abrir novas possibilidades de elaboração.

Referência

BREUER, Josef. FREUD, Sigmund. *Estudos sobre histeria*. Rio de Janeiro: Companhia das letras, 2020.

ROZEIRA, Carlos Henrique Barbosa et al. *Feridas Visíveis e Invisíveis: Práticas de Cuidado para o Corpo e a Alma*. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 7, n. 6, p. 64-89, 2025.

PSICOSE NA CONTEMPORANEIDADE: UM ENSAIO ANALÍTICO

Por Vitor Rodrigues Correia

Introdução

A reflexão proposta neste ensaio dirige-se à psicose na contemporaneidade, buscando compreender suas permanências estruturais e suas inflexões no mundo pós-moderno. Trata-se de um esforço que articula elementos clínicos, referências psicanalíticas e interrogações filosóficas acerca da relação do sujeito com a realidade.

A psicanálise, ao se debruçar sobre a psicose, não busca simplesmente classificar sintomas, mas apreender a lógica singular pela qual cada sujeito sustenta sua realidade. Nesse sentido, não há universalização possível: cada caso constitui uma estrutura própria, exigindo uma escuta que privilegie a singularidade.

A questão central que orienta este trabalho é: como o sujeito psicótico organiza sua relação com o real, com o Outro e consigo mesmo? A partir disso, emergem outras interrogações — o papel da família, o diálogo com outros campos do saber e os limites da própria clínica.

1. Pressupostos básicos

A compreensão da psicose exige distinguir níveis e modos de funcionamento psíquico. Zimmerman (1999)

propõe uma diferenciação entre psicoses propriamente ditas, estados psicóticos e condições psicóticas, o que permite pensar a psicose não apenas como diagnóstico fechado, mas como um campo de variações estruturais.

Na psicose clínica, há um comprometimento significativo da relação com a realidade. Já nos estados psicóticos, observam-se organizações limítrofes — como certos quadros limítrofes — em que a adaptação ao real ainda se mantém parcialmente. Por fim, a condição psicótica refere-se àquilo que Bion denomina “parte psicótica da personalidade”, presente, em alguma medida, em todos os sujeitos.

Entretanto, é necessário um ajuste teórico: embora haja interseções entre estruturas, a psicanálise — sobretudo em sua vertente lacaniana — sustenta que neurose, psicose e perversão são estruturas distintas, e não simples variações quantitativas de um mesmo continuum. A ideia de mistura estrutural deve ser compreendida com cautela, sob pena de dissolver diferenças fundamentais.

A psicose não implica uma perda total da realidade, mas uma relação específica com ela. O sujeito pode conservar lembranças e organizar narrativas sobre seus fenômenos, ainda que estas sejam atravessadas por delírios ou alucinações.

Nesse ponto, a noção freudiana de determinismo psíquico permanece fundamental: nada na vida psíquica é casual. Cada produção do sujeito —

inclusive o delírio — possui uma lógica própria, ainda que opaca à consciência.

Do ponto de vista clínico, isso exige prudência. A confrontação direta das convicções delirantes pode desorganizar o sujeito. A escuta deve operar não como negação do delírio, mas como tentativa de situá-lo em sua função psíquica.

As alucinações, por sua vez, atravessam os cinco sentidos e revelam a complexidade da percepção humana. Elas evidenciam uma questão filosófica antiga: o mundo existe independentemente de nós ou é constituído pela percepção?

A resposta psicanalítica não resolve o dilema, mas o desloca: o que importa é como o sujeito constitui sua realidade. O real não é apenas dado; ele é mediado pela linguagem, pela memória e pela história singular.

No campo psiquiátrico, o *DSM-5* descreve a psicose a partir de domínios como delírios, alucinações e pensamento desorganizado. Embora útil como classificação, tal modelo não esgota a complexidade do fenômeno. A psicanálise, ao contrário, privilegia o sujeito em sua relação com o sofrimento.

Por fim, ressalta-se a importância do trabalho interdisciplinar. A articulação entre psicanálise, psiquiatria e outras abordagens não deve ser vista como rivalidade, mas como complementaridade, sobretudo diante da complexidade dos quadros psicóticos.

2. O papel da família na contemporaneidade

A família ocupa um lugar central na experiência da psicose. Frequentemente, ela funciona como um dispositivo de contenção, tentando preservar a integridade do sujeito diante de seus episódios.

Na contemporaneidade, observa-se uma mudança significativa: as famílias tendem a ser mais acolhedoras do que em períodos históricos anteriores, marcados por exclusão e institucionalização. Reformas psiquiátricas e avanços legais contribuíram para esse deslocamento, permitindo maior reconhecimento da dignidade do sujeito psicótico.

Entretanto, esse acolhimento não elimina o desgaste. A convivência com a psicose impõe tensões constantes, exigindo da família uma capacidade de sustentação muitas vezes além de seus recursos.

Assim, o trabalho clínico não pode ignorar esse contexto. A família não deve ser reduzida a causa ou problema, mas compreendida como parte da rede que sustenta — ou fragiliza — o sujeito.

3. Desenvolvimentos teóricos

Na perspectiva lacaniana, a psicose distingue-se pela forclusão do Nome-do-Pai, isto é, pela não inscrição simbólica de um significante fundamental que organiza a realidade psíquica. Diferentemente da neurose (marcada pelo recalque) e da perversão (pela denegação), na psicose há uma rejeição estrutural desse

significante, o que compromete a mediação simbólica da experiência.

Essa falha estrutural coloca o sujeito diante de um real não simbolizado, que pode retornar sob a forma de delírios e alucinações.

A ideia de “fuga da realidade”, embora sugestiva, deve ser tratada com cuidado. Não se trata de uma escolha ou de um mecanismo voluntário, mas de uma forma de organização psíquica diante de impasses estruturais.

A infância, nesse contexto, possui relevância etiológica, mas não deve ser tomada de maneira determinista simplificada. A psicanálise reconhece a importância das experiências precoces, mas evita reduzi-las a causas lineares da psicose.

Do ponto de vista filosófico, a questão da realidade retorna com força. Kant, por exemplo, já indicava que o mundo é sempre mediado pelas estruturas da percepção e da razão. A psicanálise radicaliza essa posição ao introduzir o inconsciente como instância que participa dessa mediação.

Assim, a psicose pode ser compreendida como uma ruptura na articulação entre percepção, linguagem e simbolização. Trata-se de um desajuste profundo entre o sujeito e o campo do Outro, que repercute na forma como o mundo é experimentado.

Conclusão

A psicose, na contemporaneidade, exige uma abordagem que articule múltiplas dimensões: clínica, familiar, social e epistemológica. Não se trata apenas de um fenômeno patológico, mas de uma forma singular de relação com a realidade.

A escuta psicanalítica, ao privilegiar o sujeito, permite compreender o sentido dos fenômenos psicóticos sem reduzi-los a meras disfunções. Ao mesmo tempo, o diálogo com a psiquiatria e outras áreas mostra-se indispensável, sobretudo nos casos que demandam suporte medicamentoso.

Por fim, este ensaio propõe um deslocamento: sair da oposição estéril entre ciência e psicanálise para reconhecer a complexidade do humano. A psicose, nesse sentido, não é apenas um objeto de estudo, mas um convite à reflexão sobre os limites da razão, da linguagem e da própria realidade.

Referências

LACAN, Jaques. O Seminário, livro 3; *As psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ZIMERMAN, David E. *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica — uma abordagem didática.* Porto Alegre: Artmed, 1999.

INTERPRETAÇÃO PSICANALÍTICA DE UM DESENHO FEITO PELO TERAPEUTA DURANTE A ESCUTA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA

Por João Pedro Roriz

Introdução

Durante o processo analítico, é relativamente comum que o psicanalista, em determinados momentos da escuta, se permita rabiscar, escrever ou desenhar sobre o papel. Essa prática, longe de representar distração ou desatenção, pode funcionar como um recurso simbólico de elaboração. Desenhar durante a atenção flutuante também é uma maneira de sustentar a posição analítica, pois ajuda a descarregar no papel as ansiedades enquanto lida com a intensidade dos afetos evocados, com a suspensão do julgamento e com a tensão que emerge do silêncio (BION, 1991).

É um ato motor que serve como canal de relaxamento e de produção sobre todo o conteúdo recebido. É como o mais-de-gozar lacaniano, o ladrão da caixa d'água que parece, a partir do processo de contratransferência, aliviar o excesso e eliminar elementos recebidos e não totalmente processados (IZCOVICH, 2019).

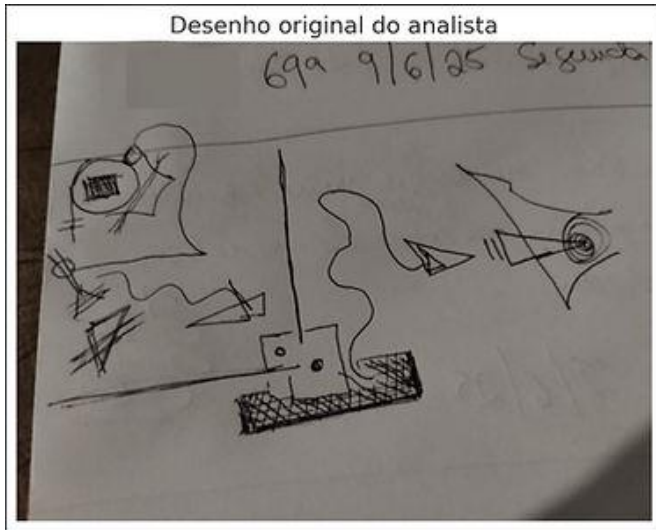
O gesto gráfico também pode auxiliar na organização interna do próprio analista — funciona como contorno provisório para tudo que não foi simbolizado através da fala do paciente e que ainda foge da associação feita pelo analista. Desenhar permite uma forma de manifestação não verbal que, posteriormente, pode ser

interrogada como produto da transferência e da posição do analista — algo do real que não pode ganhar uma moldura, mas que pode funcionar como aparelho sísmico e representar, a partir de linhas e pontos, compassos e ruídos as placas tectônicas que se movem no centro do planeta (FERRO, 2018; GREEN, 1982).

O ato silencioso de desenhar, quando realizado muitas vezes, pode ser analisado e interpretado e se tornar instrumento de compreensão do ritmo e da intensidade dos discursos, além de produzir alegorias próprias dos sonhos. Desenhar durante a sessão oportuniza ação subjetiva, denota presença e certa capacidade de recepção. Contribui ainda como instrumento de contenção, para que o analista não cometa excessos nas chamadas análises diretas — quando ele revela suas impressões sobre o cliente. Dessa forma, o desenho se constitui como gesto clínico discreto, mas profundamente implicado na ética da escuta psicanalítica (CARVALHO FILHO; BORIS, 2022).

1 – A escolha de um desenho e seu contexto analítico

Para este estudo de caso, foi escolhido um desenho comum, sem qualquer intenção estética ou mesmo qualquer interesse artístico. Ao contrário: filho do pensamento livre, sem atendimento a convenções. Algo que não seria compartilhado com ninguém, apenas ao próprio analista. Importa esclarecer que o paciente em questão aceitou a publicação deste estudo de caso em situação de anonimato.



O desenho apresenta:

- Indicação subjetiva de intensidade, pois sugere aumento de algum volume, que pode ser da voz ou do aumento da frequência cardíaca. Representa ápices e declínios das emoções.
- Volume: quantidade de informações, reverberações delas em diversos pontos do mapa mental do sujeito.
- Extensões: alcance do sintoma, implicações, comorbidades.
- Rompimentos: castrações, aniquilações, censuras, desligamentos, mudanças de assunto.

- Distensões: o que estica, o que aumenta de tamanho, o que diminui, o que é elástico, o que é alcançável e inalcançável.
- Curvas: o perfeito, o lúdico, o belo, o continente, o que envolve.
- Retas: o que fura, o que determina, o fálico, o que atravessa, o que se destina.
- Pontuações: o que fecha ciclos, o que rasteja, o que é reticente, o que se perde pelo caminho, o que chora, o que se comove, o que morre, o que parte, o que faz parir, o que nasce.

O desenho em destaque é parte de grande coleção, mantida pelo analista. A partir dessa representação pictórica, é possível reconhecer algumas formas geométricas, pontos, setas e traços. Aparentemente, sem qualquer intenção de formar imagens conhecidas, o terapeuta sugere cisões, divisões, planos, pontos e linhas cartesianas, espaços de fuga, falos, buracos, interiores e exteriores, penetrações, ações, contatos e até personagens ligados a linhas e estruturas.

É difícil expor os sentimentos que cada traço revela em separado, pois são frutos de momentos distintos da fala do cliente. Mas em conjunto, é possível reconhecer elementos próprios da análise clínica psicanalítica como ações fálicas, castrações, sexualidade, romance, fases psicosssexuais, marcas psíquicas, angústias, perversões, condensações, deslocamentos, censuras, execuções, desejos e ânsias.

Essa sessão psicanalítica foi realizada em junho de 2025 com a analisanda “X”, uma mulher de 60 anos, que inspirou o terapeuta a conduzir o gesto gráfico a partir do fluxo de sua fala. Antes de abordar a relação do desenho do analista com a fala, é preciso contextualizar a sessão terapêutica em questão.

“X” relatou a descoberta de uma característica que passou a nomear como sua “raridade”: a capacidade singular de cuidar do Outro. Essa habilidade, no entanto, não se configurava apenas como um dom altruísta, mas como um mecanismo de evitação — uma forma de desviar-se das próprias angústias e dos conteúdos psíquicos dolorosos. O cuidado dispensado ao Outro funcionaria, portanto, como estratégia de defesa frente ao sofrimento subjetivo. Esse sofrimento remonta às experiências precoces com a figura materna, mulher marcada pelo medo da solidão e do abandono. “X” vivenciou, portanto, evidente processo de parentalização com a figura materna, o que gerou catexia, culpa e escravização de sua ética do cuidado. A mãe, movida por desespero, chegou a amaldiçoar o casamento e a gravidez de “X” na juventude, pois esses eventos a distanciariam da família de origem. Tal gesto materno não apenas reafirmou fantasmas de castração simbólica na paciente, como parece ter produzido efeitos na constituição do desejo e na maneira como lida com vínculos afetivos (HOUZEL, 2004).

Ao longo do trabalho analítico, o psicanalista buscou tematizar a ambiguidade dessa “raridade” — tanto como potência quanto como armadilha. Foi discutido o

excesso de disponibilidade afetiva e o processo analítico demonstrou que tal atitude pode se configurar em uma forma de dependência emocional, na qual o sujeito se submete ao desejo do Outro em troca de pretensão reconhecimento ou segurança. O debate se aprofundou quando o par analítico entendeu que essa dinâmica de enredo submisso não é isenta de ambivalência, pois a dependência emocional é também usada como contraditória modalidade de controle — seja no resguardo narcísico do próprio Eu, seja no aprisionamento do Outro à lógica da dívida e da culpa. A frase simbólica nunca verbalizada, mas proferida de diferentes maneiras é: “se eu fizer o que me pede, em algum momento poderei pedir algo em troca” (LACAN, 1992c).

Diante da complexidade transferencial envolvida e da potência simbólica do que era verbalizado, foi produzido o desenho que acompanha este artigo. A proposta aqui é interrogar se, a partir dos traços, pontos e círculos expressos graficamente, seria possível elaborar uma leitura simbólica capaz de articular o discurso da analisanda com o inconsciente em ato do analista. Trata-se, portanto, de uma tentativa de escutar a interpretação praticada pelo inconsciente do analista, nos interstícios entre palavra, silêncio e forma.

2 – Análise do desenho

Desenho feito pelo analista durante uma sessão psicanalítica de "X"

O desenho apresentado pelo analista enquanto escutava sua paciente, “X”, pode funcionar como uma condensação gráfica do processo transferencial e das significações pulsantes no discurso. Ao considerar as formas, os pontos, os círculos, os vetores e os enquadres, é possível interpretar a composição inconsciente onde o simbólico, o imaginário e o real se cruzam. Essa é normalmente uma análise feita a partir de um desenho produzido pelo paciente, através das chamadas análises das provas projetivas, mas aqui, surpreendentemente, está elaborada pelo analista.

Na parte superior esquerda do desenho, há uma figura ovalada que envolve um círculo interno com uma trama quadriculada. Este círculo pode ser interpretado como algo a ser protegido e que resiste à simbolização, revestido por camadas de proteção. Esta proteção, que se projeta ao redor, lembra a figura da mãe descrita por “X”: envolvente, sofrida, angustiada pela solidão, mas também invasiva e amedrontadora. O traço que cerca esse ponto parece um útero simbólico que aprisiona mais do que acolhe.

No centro do desenho, uma composição retangular com olhos e boca forma uma espécie de "rosto-cubo", frio, geométrico, em uma base gradeada. Dali parte uma linha que sobe, se curva e lança uma seta para a direita. O olhar mecanizado e a base geométrica lembram um sujeito dividido e sustentado numa lógica externa ao afeto. A seta, como vetor, remete ao desejo. Ali, a seta parece perder-se numa fumaça sinuosa — o desejo escapa, se curva, é redirecionado. É como se o

desejo de “X”, ao tentar se constituir como mulher e mãe, fosse sabotado pela culpa imposta pelo Outro materno, a quem permaneceu amarrada como cuidadora compulsória.

À direita do desenho, é possível observar um conjunto mais agressivo de formas triangulares e circulares, como um alvo perfurado por linhas. Parece manifestar-se a dinâmica da demanda do Outro: aquilo que invade, exige, consome. A circularidade é interrompida por linhas retas, indicando a impossibilidade de plenitude no laço. O suposto cuidado que “X” oferece ao Outro pode então ser lido, lacanianamente, como estratégia de gozo — não só para obter amor ou reconhecimento, mas como tentativa de controlar o desejo do Outro, de se manter necessária e, assim, não ser abandonada. É a economia libidinal na forma de dependência emocional disfarçada de benevolência.

Os pontos, dispersos ao longo da composição, podem ser interpretados como pontos de capitonê: nós simbólicos que estabilizam, temporariamente, a fala de “X”, mas também a paralisam. Em vez de atravessar seus pontos de tensão, ela gira em torno deles. A “raridade” de “X”, portanto, não é apenas uma qualidade a ser celebrada, mas também uma estrutura: ela é rara porque se constituiu como exceção no campo do Outro, mantendo-se necessária — mas nunca livre (LACAN, 1992e).

Este desenho, fruto do gesto espontâneo do analista, revela o quanto a escuta é também atravessada pelo inconsciente do próprio terapeuta. A imagem não é

apenas uma ilustração, mas um ato, uma escrita. Ao transformar o que escuta em traço, o analista responde ao apelo do Outro, mas também sustenta uma posição de desejo (LACAN, 1992e). Desse modo, o desenho faz um convite à pergunta: “o que é que o meu cuidado sustenta?” E mais: “de que maneira minha raridade se transforma em prisão?”.

Assim, sob ponto de vista lacaniano, o desenho não se resume à estética, mas é significante em ato, rastro de uma escuta que deseja tocar o real, sem apagá-lo.

Conclusão

O desenho realizado pelo analista enquanto escutava “X” permite enxergar, de forma simbólica, o entrelaçamento entre escuta clínica, transferência e construção subjetiva. Nele, é possível observar representações visuais que expressam tanto o discurso da paciente quanto os efeitos do que foi dito no corpo do analista, através do gesto de desenhar. As formas circulares, os traços e os vetores ajudam a compreender como o sofrimento de “X”, originado em sua relação com a mãe, ainda influencia sua maneira de se relacionar com o mundo e com o Outro.

A leitura lacaniana do desenho aponta que o ato de cuidar — tão presente na vida da paciente — pode funcionar tanto como virtude quanto como prisão. Cuidar do outro, neste caso, é também uma forma de evitar o enfrentamento de dores internas. Ao mesmo tempo, manter-se necessária ao Outro pode ser um

modo de impedir o sofrimento do abandono. Isso revela que, por trás do altruísmo, existe uma lógica emocional complexa, marcada por desejo, culpa e necessidade de reconhecimento.

Por fim, o desenho do analista revela-se não como ilustração, mas como linguagem em ato: uma maneira de transformar escuta em símbolo, de elaborar o que se escuta sem precisar dizê-lo. Ele se torna, assim, um espelho sensível e não verbal do processo terapêutico — uma peça que pode ajudar a analisanda a se perguntar sobre o sentido profundo de seu próprio gesto de cuidar e, quem sabe, redesenhar sua forma de se relacionar com o Outro e consigo mesma.

Referências

BION, W. R. (1962). *Aprendendo com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

FERRO, Antonino. *A psicanálise como Literatura e Terapia*. Rio de Janeiro: Imago, 2018.

CARVALHO FILHO, Dácio Pinheiro; BORIS, Georges. *Entre desenhos e sessões de terapia, a experiência de um Gestalt-terapeuta desenhista*. IGT na Rede, v. 19, n. 37, p. 122-135, 2022.

GREEN, André. *O discurso vivo: a conceituação psicanalítica do afeto*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.

HOUZEL, D. *As implicações da parentalidade*. In: Solis-Ponton, L. (Org.). Ser pai, ser mãe. Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

IZCOVICH, Luiz. *Perversão e Psicanálise*. Porto Alegre: Aller, 2019.

LACAN, Jacques. O seminário, livro 17: *O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992a.

_____. O Seminário, livro 01: *Os Escritos Técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992b.

_____. O Seminário, livro 04: *A relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992c.

_____. O Seminário, Livro 5: *Formações do Inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992d.

_____. O Seminário, Livro 11: *Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992e.

TRAUMAS E SUAS CONSEQUÊNCIAS A PARTIR DE FREUD, FERENCZI E LACAN

Por Leci Catarina Capaverde

Introdução

Este trabalho tem por objetivo analisar as contribuições de Sigmund Freud, Sándor Ferenczi e Jacques Lacan sobre o trauma em psicanálise, bem como apresentar as principais características de cada abordagem teórica. Nas fases de construção teórica freudiana, as conceituações sobre trauma sofreram mudanças, desde a neurose até a última teoria de angústia postulada por Freud em 1926. Em Ferenczi, há dois enfoques: no primeiro, os traumas são estruturantes e necessários; no segundo, os traumas colocam em risco a identificação do sujeito, isto quer dizer que o trauma depende de uma falha na relação entre o sujeito e o Outro. Para Ferenczi, o trauma é resultado da ação de um Outro sobre o sujeito traumatizado. Já em Lacan, o trauma é visto como a entrada do sujeito no mundo simbólico, ou seja, um elemento constitutivo da subjetividade. Assim, o presente trabalho se constrói a partir do destaque das ideias fundamentais de cada um desses teóricos.

A palavra “trauma” tem origem grega e significa “ferida”. O trauma psicológico é um tipo de sequela que pode prevalecer por um longo período após alguém viver uma experiência negativa ou angustiante em que os pensamentos e sentimentos são afetados e o comportamento da pessoa traumatizada passa por

modificações, sendo visível a exaustão, a paranoia, a irritação, os medos, entre outros.

As primeiras definições de trauma surgem na metade do século XIX, no contexto da Revolução Industrial, referindo-se aos traumatismos sofridos pelos trabalhadores nas estradas de ferro e nos acidentes de trabalho. Trauma fazia alusão ao traumatismo, ao trauma físico no corpo orgânico, no contexto das urgências de tratamento nos hospitais, relacionado à clínica de ortopedia.

Freud começa suas pesquisas a partir da clínica da histeria, em que a causa da doença não é um traumatismo no sentido de um dano físico, mas um afeto do susto que provocou o trauma. Posteriormente, descreve o trauma no contexto da guerra, desenvolvendo o conceito de neurose traumática e de guerra.

Trauma também pode ser uma resposta emocional às experiências perturbadoras que afastam a sensação de segurança. Muitos eventos que resultam no trauma são imprevisíveis, repentinos e incluem ameaças à vida, acontecimentos fora do controle da pessoa. Eventos disruptivos podem causar trauma e podem ter efeitos diferentes, dependendo de quem os tenha vivenciado, sendo que as pessoas com a saúde mental mais fragilizada podem apresentar reações piores ao trauma.

Os chamados casos-limites, muito estudados por Ferenczi e frequentes na clínica atual, nos trazem

diferentes concepções sobre o desenvolvimento psíquico e sobre a natureza do trauma.

O trauma pode ser compreendido como um excesso de excitação que não encontra vias de simbolização, frequentemente desencadeado por um evento disruptivo que ultrapassa a capacidade de elaboração do sujeito. Nessas condições, o aparelho psíquico pode recorrer ao recalque, embora nem sempre consiga integrar plenamente a experiência. Assim, o traumático tende a não se inscrever como aprendizado, mas a retornar sob a forma de repetição — seja na reedição de situações semelhantes, seja em movimentos de evitação e retraimento frente aos seus efeitos.

Aparece na obra de Freud em suas elaborações sobre as neuroses. Na obra de Lacan, este conceito é retomado para além da etiologia das neuroses, articulado ao real: trauma como impossibilidade, incompreensão, incapacidade do sujeito de articular alguma experiência. O trauma é um conceito fundamental na obra de Freud e Lacan, e pode ser considerado como um elemento que funda o sujeito.

Considerando que o trauma funda o sujeito como dependente da linguagem, é possível dizer que não haveria trauma sem a entrada na linguagem. O termo trauma aparece na obra de Freud, desde os textos pré-psicanalíticos, referindo-se ao que ele nomeou como afetos estrangulados, isto é, conteúdos inconscientes que produzem angústia e mal-estar no sujeito neurótico, através dos sintomas.

Na concepção de Ferenczi, o trauma relacional pode produzir clivagens e dissociações no sujeito. Foi o primeiro a questionar os limites da palavra e da eficácia da interpretação com aqueles pacientes que regridem ao infantil, que são “sensíveis à benevolência materna”. Ele deu ênfase no manejo do *setting* em lugar de interpretação, articulando de forma explícita o *setting* analítico e os cuidados ambientais primitivos.

Em psicanálise, o conceito de trauma está mais no sujeito que no acontecimento em si, assim, só pode ser localizado a *posteriori*, retroativamente. Por isso, faz-se importante enfatizar que o trauma não se localiza no evento que supõe traumático, mas na forma como o acontecimento afeta o sujeito, deixando uma espécie de ferida que pode romper a interação desse indivíduo com a sociedade, conseqüentemente, levando-o a um desajuste nas formas de fazer e de compreender os fatos. O conceito de trauma em psicanálise mostra-se importante para a constituição do sujeito. A compreensão em Lacan sobre o trauma volta-se tanto para o excesso como para o “buraco”.

O presente trabalho tem o objetivo de investigar os danos emocionais causados pelos traumas na formação e na vida do sujeito, ou melhor, o que o trauma pode causar na constituição e na vida do sujeito?

Revisão de literatura

O presente artigo investiga de que forma o entendimento do trauma como conceito psicanalítico

pode influenciar nas diferentes reações dos indivíduos a eventos traumáticos, como traumas infantis, violências, tragédias ou catástrofes ambientais, tanto individuais, como no coletivo.

O recalque é o mecanismo de defesa do ego mais utilizado pelo neurótico. Nesse processo, os desejos que o ego considera inconvenientes para a vida social são afastados da consciência e permanecem na instância inconsciente ou retornam à consciência na forma de sintoma ou outras representações simbólicas.

Os estudos de Sigmund Freud sobre as neuroses, principalmente o caso Emma, levaram à compreensão do trauma em dois tempos, mas, somente com o segundo tempo que, retroativamente, a primeira cena ou o primeiro tempo ganha o efeito traumático. Emma, uma jovem que não conseguia entrar sozinha em lojas após um episódio que ocorreu quando tinha 12 anos, no qual percebeu que os vendedores de uma loja riam dela, o que fez com que ela corresse do local. Em análise, Emma oportunizou duas possibilidades de interpretação: ou eles riam de seu vestido ou estavam interessados sexualmente nela. Qualquer uma dessas possibilidades lhe causava muito horror. Com a evolução de suas elaborações através do tratamento analítico, ela pode descobrir que esta foi a segunda cena e que a primeira havia sido recalçada. A cena primária aconteceu aos oito anos quando o padeiro apalpou seu corpo, quando ela ainda não tinha capacidade para interpretar tal acontecimento. Outra descoberta que Emma conseguiu fazer, durante seu

tratamento, foi que na segunda cena, o interesse sexual era seu, por um dos vendedores e a recusa de tal desejo fez com que ela revivesse a experiência traumática da primeira cena como uma espécie de punição (FREUD, [1895] 1996).

A partir dessa constatação de Freud, é possível compreender que a estrutura do trauma é composta por duas cenas: uma primeira cena infantil, que não é percebida no momento em que acontece, e uma segunda cena, diferente da primeira, que pode ocorrer a qualquer instante da vida do sujeito e que tem o efeito de se enlaçar aos afetos da primeira cena. É possível que, por trás da primeira cena traumática, oculte-se a lembrança de uma segunda cena que satisfaça melhor e cuja reprodução faça maior efeito terapêutico, de maneira que a cena descoberta em primeiro lugar tenha apenas a importância de um elo de ligação na cadeia de associações (Freud, [1895] 1996, p. 193). O traumático passa, na segunda tópica freudiana, a ser associado às dinâmicas da pulsão de morte e da angústia automática, aquela que faz continuamente uma demanda de trabalho psíquico, mais especificamente de ligação, como primeira medida de contenção anterior à instauração do princípio do prazer. Quando essa ligação não acontece, há efeito negativo como danos narcísicos. Ademais:

“Um trauma na infância pode ser imediatamente seguido por um desencadeamento neurótico, uma neurose infantil, com uma abundância de esforços de defesa, e acompanhada pela formação

de sintomas. Essa neurose pode durar um tempo considerável e provocar perturbações acentuadas, mas pode também seguir um curso latente e não ser notada” (FREUD, [1934- 1938] 1975, p.96)

Segundo Freud, no que concerne às características comuns dos fenômenos neuróticos, os efeitos do trauma são de dois tipos, positivos e negativos. Os efeitos positivos do trauma decorrem da fixação e da compulsão à repetição, enquanto uma tentativa de colocar o trauma em funcionamento mais uma vez. Eles podem se integrar ao eu com a condição de que sua origem histórica permaneça esquecida. Por outro lado, os efeitos negativos do trauma pretendem fins diferentes, nem recordando, nem repetindo o trauma esquecido. São reações defensivas tais como as evitações que podem se intensificar em inibições e fobias.

Para Lacan ([1955-1956] 1988), é a partir do reconhecimento da linguagem da criança pelos pais, que essa criança se reconhece como sujeito, capaz de construir sua singularidade na sua interação com o Outro e com a cultura. Segundo Lacan, o trauma não se reduz a um acontecimento pontual, mas se articula à constituição do sujeito no campo da linguagem, marcada pela dependência ao significante e pela incidência do real, isto é, por aquilo que escapa à simbolização.

“Não é trauma, simplesmente, aquilo que fez irrupção num momento e abriu uma fenda em algum lugar, numa estrutura que se imagina total, já que é para isso que serviu para alguns a noção de narcisismo. O trauma é que alguns acontecimentos venham se situar num certo lugar na estrutura. E, ocupando-o assumem aí o valor significante que a ele está ligado num determinado sujeito. Eis o que faz o valor traumático de um acontecimento” (LACAN, [1961] 1992).

Na obra de Lacan, o trauma é entendido como aquilo em torno do qual o sujeito se constitui, não sendo um mero acidente que ocorre na vida desse indivíduo.

Ferenczi refere-se ao trauma ligando-o aos principais pressupostos da neurose freudiana. Ele foi além, a partir das descobertas que derivam do trabalho no campo transferencial, em que enfatiza a importância de levar em conta o lugar do psicanalista na cena de análise. Associando a teoria da clínica à cena traumática, valorizou a alteridade na constituição do trauma, como resultado de uma ação de outra pessoa sobre o traumatizado, essa ação podendo vir da análise. O mito do trauma ferencziano pode ser resumido assim: a criança, após ter sido violentada por um adulto, procura outro adulto em quem confia para contar o acontecido e esse segundo adulto a desmente. Ferenczi afirma a capacidade de adaptação das crianças muito pequenas ao trauma, ressaltando a confusão traumática como consequência da reação ambiental, mais propriamente dos adultos em quem a criança confia. Segundo ele:

“A solidão traumática, a interdição e a vontade de interdizer do pai, a surdez e a cegueira da mãe, é isso o que torna a agressão traumática, isto é, própria para fissurar o psiquismo. O ser que fica só deve ajudar-se a si mesmo e, para esse efeito, clivar-se naquele que ajuda e naquele que é ajudado.” (FERENCZI, 1932/1990, p. 240).

Em contraponto, também, em seu Diário Clínico, Ferenczi (1932/1990) destaca o papel do objeto, do Outro significativo, na manutenção da harmonia psíquica. Ferenczi, assim como Winnicott prioriza em suas teorias um olhar sobre a relação objetal. Para ambos, já existe uma subjetividade da vida intrauterina, experiência de onipotência em alto grau. Ao final deste trabalho será enfatizado que o estudo sobre os caminhos do trauma em Freud, Ferenczi e Lacan não pretende esgotar a riqueza de seus pensamentos, mas abrir novas vias de acesso à transformação das teorias e das práticas psicanalíticas, o manejo da transferência no processo de análise, nos casos de neuroses traumáticas e nas intervenções necessárias durante a terapia.

Considerações finais

Este trabalho partiu de uma análise das perspectivas dos psicanalistas Sigmund Freud, Sándor Ferenczi e Jacques Lacan sobre o trauma, para compreender o conceito de trauma em psicanálise e fazer uma avaliação de sua realidade na clínica psicanalítica.

Desde o final do século XIX, Freud situou a noção de trauma no campo psíquico, através de três significados: o de uma efração (ruptura), o de um choque violento e o de consequências sobre o conjunto da organização. Ofereceu dois modelos de pensar o trauma, sem que um excluísse o Outro: um modelo quantitativo (considerava que o aparelho psíquico possuísse uma barreira contra os estímulos que determinassem uma quantidade excessiva de excitação, vindos do exterior, barreira que pudesse ser rompida por esses estímulos); o modelo temporal (definia o trauma em função da ausência de preparação para o acontecimento traumático). O deslocamento da quantidade de estímulos para a temporalidade do acontecimento prioriza a importância do período de latência entre aquilo que marca o corpo e aquilo que atinge o psiquismo. Essas duas definições de trauma (quantitativa e temporal), resguardam duas interpretações: uma associada à teoria do recalque e ao retorno do recalado (primeira tópica freudiana); outra relacionada aos acidentes traumáticos, aos sobreviventes de guerras e às catástrofes naturais ou aquelas produzidas pela ação humana.

Os modelos de trauma criados por Freud não se substituem, mas representam teorias sobre o mesmo problema. As suas elaborações seguem dois parâmetros: um que se refere ao traumatismo como um agente de desligamento pulsional e outro referente às sequelas causadas pelo traumatismo como fontes pulsionais secundárias.

O trauma deve ser compreendido na relação entre os processos psíquicos e os eventos internos e externos.

Essa virada teórica teve o trauma como seu móvel sendo que foram os sintomas que levaram Freud a fazer a maior revisão na teoria psicanalítica desde as suas origens.

Em Ferenczi, os estudos nos trazem o conhecimento de uma concepção do trauma em momentos precoces da constituição psíquica, antes da ação do recalque. O traumático é entendido como o lugar do irrepresentável, em que o trauma não coincide com o recalcado e com a fantasia, mas com a relação entre o traumático e o pulsional. Na clínica psicanalítica, esse pensamento remete às questões sobre as propostas dos modelos de tratamento, pois o trauma é compreendido como algo fora do modelo do recalque e fora do campo da representação.

O trauma é a via pela qual o real se inscreve na vida de cada pessoa. Lacan aborda no Seminário 13 que o trauma é o choque, a fratura, o caroço, a pedra no caminho.

De acordo com este estudo, o trauma explica não apenas o movimento repetitivo encontrado na história do indivíduo, mas também na história coletiva.

Portanto, o trauma é aquilo que vai de encontro ao real, causando um furo que confunde a compreensão do sujeito sobre si mesmo e sua subjetividade, não conseguindo simbolizar por meio da linguagem. Algumas pessoas possuem recursos psíquicos para

lidar com as dificuldades, mas, na maioria, o trauma atravessa a vida do sujeito de forma descontrolada, causando intenso sofrimento. Com a terapia psicanalítica, ele consegue elaborar seu trauma com mais facilidade, identificando as vivências que passou e as dores que sofreu, pois o *setting* psicanalítico é um ambiente seguro e acolhedor, onde o analisando encontra privacidade para a expressão livre de suas angústias e de seus anseios.

Referências:

BERTA, Sandra Leticia. *Escrever o trauma: de Freud a Lacan*. São Paulo: Annablume, 2015.

CASTILHO, Antônio Luíz Pereira de. *Revisitando o primeiro modelo freudiano do trauma: sua composição, crise e horizonte de persistência na teoria psicanalítica*. (Rio J.), Rio de Janeiro, v.16, n.2, Dec.2013.

FERENCZI, S. *Diário Clínico*. São Paulo: Martins Fontes. 1932;

_____. *Reflexões sobre o Trauma*. Obras Completas, vol. IV (pp.109-118). São Paulo. Martins Fontes.

FREUD, Sigmund. *Moisés e o monoteísmo*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. *Conferência XVIII: Fixação em Traumas – o inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. P. 379-392.

LACAN, Jacques. O seminário, livro XIII. *O Objeto da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

ZIMMERMAN, David E. *Fundamentos Psicanalíticos: Teoria, técnica e clínica*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

POPULARIZAÇÃO OU BANALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL?

Ana Larsen

O serviço de saúde mental no Brasil não é acessível para grande parte da população brasileira. Todavia, a demanda por serviços de bem-estar mental, emocional e psíquico aumenta consideravelmente a cada ano. A grande questão é: os serviços oferecidos popularizam ou banalizam a necessária oferta de terapia no mercado atual?

De acordo com a pesquisa Panorama da Saúde Mental, apenas 5% dos brasileiros fazem terapia (1) e essa atividade está centrada entre pessoas com renda mais alta e maior escolaridade, sendo grande parte desse contingente formada por mulheres. O Instituto Cactus apontou que 80% dos homens nunca fizeram terapia (2). Apesar desse demonstrativo, uma pesquisa da SulAmérica, em parceria com o Instituto FSB Pesquisa, apontou que a saúde mental é a principal preocupação da população (3); no entanto, apenas 10% das pessoas ouvidas naquela enquete informaram que fazem terapia.

É possível que a saúde mental tenha se tornado um nicho comercial e a sua popularização esteja banalizada? Essa banalização tornaria as práticas menos sérias, menos eficientes e mais próximas à metodologias que envolvem fantasias e promessas de alcance de bem-estar de forma fácil e rápida. O Brasil ocupa o segundo lugar no ranking de depressão na

América (4), logo esse tipo de banalização poderá tornar o quadro ainda mais delicado.

Com o advento das redes sociais, a sociedade se torna cada vez mais esmagada por urgências. Assim, aumentam as demandas por bem-estar por meio de frases curtas e autoajuda, bem como de terapias baseadas em referências místicas. Há ainda a espetacularização e rotulação de pessoas sem investigações clínicas mais aprofundadas.

Para a psicóloga Valéria Barbieri, da USP, há aspectos positivos e negativos na popularização dos conceitos médicos e psicológicos: se, por um lado, esse processo reforça a necessidade do debate, por outro, pode esvaziar seus significados.

“A banalização dos transtornos mentais é uma forma de apropriação pela população do conhecimento produzido a respeito deles. Ao mesmo tempo em que o acesso à informação sobre o tema é positivo, corre-se o “risco de esvaziar o significado do diagnóstico dos transtornos” (5).

Para a psicóloga citada acima, a pior forma de banalização da saúde mental ainda reside no autodiagnóstico e nas falsas referências acerca da saúde mental encontradas na internet. Nesse sentido, torna-se imperativo discutir a superficialidade das redes sociais e as *fake news*. As falsas amizades nas redes sociais e o consumismo tamponam a falta e causam saciedade momentânea e por isso podem

funcionar como substitutos para o acompanhamento terapêutico. É observada também a sedimentação de preconceitos em torno de diversos transtornos emocionais e psíquicos que são reforçados pela fuga da solidão. Nesse sentido, a presença nas redes sociais se torna estratégia para estar bem diante do Outro.

Em termos psicanalíticos, importa salientar que em análise, o sujeito escuta o que diz e conta com o ato analítico do terapeuta. Durante o processo, inicia-se um olhar sobre si e a exploração dos desejos que são estruturados pela falta. Nesse processo, o próprio paciente é capaz de observar suas vulnerabilidades e necessidades. Elas surgem a partir da fala e apontam para comportamentos, dores e alegrias – frutos das representações originadas pelas pulsões inconscientes.

É fundamental que o acesso à psicanálise e a diversos tratamentos voltados à saúde emocional e psíquica seja mais abrangente, mas é ainda mais fundamental que se trabalhe uma cultura de responsabilidade e bem-estar coletivo. E esse processo começa na formação do psicanalista e no fomento de uma ética dentro das associações e institutos que educam esse profissional.

O amor e a ética precisam caminhar conjuntamente, de modo a amparar o analisando nas suas percepções sobre si. A psicanálise não é feita de jargões ou de conversas vazias - é uma terapia centrada no simbólico, que oportuniza a associação de ideias e interpretação analítica dos desejos inconscientes, muitos dos quais deslocados na formação dos sonhos e dos sintomas.

O papel do psicanalista é de extrema responsabilidade na relação transferencial com o paciente, para a elucidação sobre o desejo, sobre suas representações frente às necessidades práticas e sociais do sujeito. Assim, para contribuir para a qualidade da saúde emocional, é preciso desenvolver a escuta responsável e aplicar os conhecimentos psicanalíticos com afeto ao fazer terapêutico e profundo cuidado ético com o cliente.

Referências:

- (1) ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Citado em <https://amb.org.br/apenas-5-dos-brasileiros-fazem-terapia-mas-1-a-cada-6-usam-medicamentos-mostra-pesquisa-inedita-sobre-saude-mental/>. Último acesso em 4/08/2023.
- (2) Citado em IESB Centro Universitário em 10/04/2024. <http://jornalismo.iesb.br>.
- (3) INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA USP. Citado em <https://www.ip.usp.br/site/noticia/>. Último acesso em 23/12/21.
- (4) CATRACA LIVRE. Citado em catracalivre.com.br. Último acesso em Catraca Livre, 05/08/2023.
- (5) UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - JORNAL DA USP. Citado em <https://jornal.usp.br/>. Último acesso em 12/02/2021.

A PRODUÇÃO DE ARTESANATO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE MENTAL

Por Alice Minelli

O artesanato, enquanto prática cotidiana, ultrapassa o campo do mero passatempo e se insere como uma atividade que mobiliza aspectos importantes da vida psíquica. Ao trabalhar com as próprias mãos, o sujeito não apenas produz objetos, mas também se envolve em processos de criação, organização e simbolização que podem favorecer o equilíbrio emocional, a expressão de afetos e a construção de sentido.

Nesse contexto, em 2010, a Universidade de São Paulo (USP) divulgou resultados do programa *São Paulo Ageing & Health Study*, indicando que a realização frequente de atividades manuais está associada a uma menor incidência de demência em idosos. Segundo a pesquisa, indivíduos que se mantêm ativos apresentam menor risco de desenvolver quadros demenciais, reforçando a importância de práticas cotidianas que estimulem a atividade cognitiva e o engajamento com o ambiente (1).

A demência é um declínio geral das habilidades mentais, incluindo a memória, o raciocínio e a linguagem. Tal patologia pode interferir na vida cotidiana e nos relacionamentos. A doença de Alzheimer e a demência vascular são as principais formas de demência em idosos, representando cerca de 80% a 90% dos casos.

Fazer um trabalho com as próprias mãos pode produzir estados subjetivos semelhantes aos observados em práticas meditativas. Gera sentimentos de recompensa, além de favorecer a inclusão social, a geração de renda e o protagonismo. Também promove um olhar sobre a própria produção e sobre a capacidade que o sujeito possui em transformar matéria-prima em objeto final.

Relato

Certa vez, fui convidada para realizar oficinas de trabalhos manuais para grupos de mulheres atendidas pelo serviço do CRAS - Centro de Referência em Assistência Social, da cidade onde moro, Jaguariúna/SP. Foram 4 anos em que vivi, a cada encontro, uma experiência única. Testemunhei mudanças significativas na autoestima das minhas alunas, maior interatividade social, percepção de melhora em sintomas de origem depressiva e ansiosa

As oficinas aconteciam duas vezes por semana. Eram dois grupos de 12 mulheres cada um, com duração de 3 horas. O momento não era somente de recreação e aprendizado, mas também de exercício do autocuidado, de construção da identidade, pois o sujeito se reconhece no objeto que produz, o que ajuda a desenvolver o amor próprio e um novo olhar sobre o *self*.

O grupo era formado por mulheres de baixa renda, em situação de vulnerabilidade social e de diferentes idades. Batizei o projeto de "Interação Social e

Fortalecimento de Vínculos". Dei ao grupo o nome de "Costurando vidas e sonhos".



Na foto acima, uma peça feita pela aluna Miriam, falecida no início de 2024. Miriam procurou as oficinas de artesanato, por orientação médica, pois estava em tratamento paliativo de um câncer em fase terminal. A finalidade era melhorar sua condição mental e emocional no enfrentamento da doença. Sua perseverança, serenidade e alegria eram contagiantes.

Peças produzidas pelo grupo:

- Criação de bijuterias;
- Costura criativa e bordado;
- Marchetaria;
- Trabalhos com retalhos de tecidos;
- Confecção de bonecas;

- Pintura em tela ou tecido;
- Crochê e tricô;
- Origami.

Geralmente, as pessoas gostam de fazer trabalhos manuais para preencher o tempo, presentear pessoas queridas ou decorar suas casas. Em épocas em que é tradição trocar presentes, nada é mais satisfatório do que presentear com algo feito pelas próprias mãos. Mas a maioria das pessoas desconhece os benefícios mais amplos dos trabalhos manuais.

Para as crianças, as atividades manuais contribuem para o desenvolvimento integral educativo, já que promovem a imaginação e criatividade, além de melhorar as aptidões físicas e emocionais ao coordenar a mente, a visão e mãos para se expressar.

Para os adultos e idosos, as atividades se tornam alternativas de passatempo que se incorporam à rotina. Assim, exercita-se a concentração, afasta-se dos problemas do dia a dia, estimula o desenvolvimento pessoal, a criatividade, a psicomotricidade, além de reduzir o estresse.

Benefícios

O envolvimento em atividades manuais, como o artesanato e a produção manual, desempenha um papel essencial no desenvolvimento e na manutenção das capacidades cognitivas e emocionais dos indivíduos. O

uso das mãos para criar, moldar e construir algo não apenas permite que as pessoas expressem criatividade, mas também oferece inúmeros benefícios mentais, físicos e emocionais, conforme demonstrado por diversos estudos e práticas no campo da saúde mental e neurociência. Abaixo, abordaremos cada uma das dimensões positivas promovidas pelo artesanato e pela produção manual.

1. Impulsionam o Desenvolvimento Cognitivo

- A prática de atividades manuais, como trabalhos em madeira, bordado ou modelagem de argila, exige o uso constante do raciocínio, da memória e da resolução de problemas, que são fundamentais para o desenvolvimento cognitivo. O processo de planejamento, execução e ajuste das criações proporciona um exercício mental rico, que desafia o cérebro e estimula o crescimento de novas conexões neurais, promovendo a plasticidade cerebral. Estudos indicam que atividades cognitivamente estimulantes como essas podem reduzir os riscos de declínio cognitivo e demência, mesmo em populações de baixa escolaridade, mostrando que a mente ativa é uma mente protegida.

2. Relaxam e Tranquilizam

- A natureza rítmica e repetitiva do artesanato, como no tricô e no crochê, tem efeitos semelhantes aos da meditação, ajudando a

acalmar a mente e diminuir a ansiedade. Quando as mãos estão em movimento, a atenção se volta para a atividade presente, que está associada à redução do estresse. A criação manual é uma atividade de *mindfulness*, que permite ao praticante se concentrar no presente e, assim, experimentar uma sensação de relaxamento profundo e de tranquilidade, ajudando na redução da tensão mental.

3. Melhoram a Capacidade de Concentrar a Atenção e os Pensamentos

- Os trabalhos manuais exigem concentração e foco, pois envolvem precisão e atenção aos detalhes. Essas atividades ajudam a exercitar a capacidade de manter o foco em uma tarefa por períodos mais longos, o que é especialmente importante em uma sociedade repleta de distrações. Estudos mostram que a prática frequente de atividades como bordado ou pintura melhora a capacidade de concentração e beneficia a clareza mental, o que pode repercutir em outras áreas da vida, como o trabalho e as relações interpessoais.

4. Promovem a Constância e a Perseverança

- Completar uma peça artesanal pode levar horas, dias ou até semanas, dependendo da complexidade. Esse processo incentiva a perseverança e ensina a lidar com erros e dificuldades, promovendo resiliência e

determinação. Pessoas que praticam artesanato desenvolvem habilidades de resolução de problemas e de paciência, pois precisam de constância para alcançar o resultado desejado. Essas habilidades são transferíveis para outros aspectos da vida, onde a capacidade de seguir adiante diante de desafios se torna crucial.

5. Melhoram a Coordenação entre Sentidos como olho–mão, percepção espacial e coordenação motora

- As atividades manuais requerem uma interação constante entre o cérebro e o corpo, especialmente na coordenação olho-mão. Trabalhar com pequenos objetos ou criar detalhes minuciosos estimula as capacidades motoras finas e a percepção espacial. Com o tempo, essa prática melhora a coordenação motora, promovendo maior precisão e controle. Essa habilidade é especialmente benéfica para idosos, pois mantém a destreza e ajuda a prevenir a perda de funções motoras, facilitando a independência por mais tempo.

6. Estimulam a criatividade

- O artesanato oferece um meio para expressar a criatividade e imaginar novas formas de construir, decorar ou modificar um objeto. A criação manual estimula o lado criativo do cérebro, promovendo o pensamento original e a inovação. Esse desenvolvimento da criatividade tem efeitos positivos que se

expandem para outras áreas, como a resolução de problemas de maneira inovadora e a capacidade de ver alternativas. Pessoas criativas tendem a lidar melhor com as dificuldades e a adaptar-se com mais facilidade a situações novas.

7. Aliviam a tensão

- O ato de fazer algo com as mãos permite a liberação de tensão acumulada no corpo e na mente. Como o artesanato exige foco e atenção, ele desvia a mente de preocupações e pensamentos ansiosos. Estudos mostram que a tensão diminui à medida que o cérebro libera neurotransmissores de bem-estar durante essas atividades, o que torna o artesanato um método eficaz para o alívio de tensão.

8. Liberam dopamina, causando sensação de bem-estar e prazer

- Durante o processo de criação, o cérebro libera dopamina, conhecida como o “hormônio do prazer”. Este neurotransmissor está associado à sensação de bem-estar e ao prazer, proporcionando uma satisfação que fortalece a autoconfiança e incentiva a continuidade da prática. A criação manual é um processo recompensador que ajuda a atenuar sentimentos de tristeza e a contribuir para um estado emocional mais positivo.

9. Melhoram o autoconceito e a autoestima

- Completar uma peça artesanal é uma experiência gratificante que promove o senso de realização e orgulho, fortalecendo a autoestima. O ato de criar algo único e pessoal ajuda a fortalecer o autoconceito e a percepção de competência. Quando uma pessoa vê o resultado concreto de seu trabalho, ela experimenta um senso de autovalorização, o que é especialmente importante em idosos e pessoas com baixa autoestima.

10. Diminuem sintomas de tristeza e de depressão

- A prática de atividades manuais tem mostrado eficácia na diminuição dos sintomas de tristeza e de depressão. A sensação de propósito que o artesanato oferece permite ao indivíduo focar em algo positivo, quebrando ciclos de pensamento negativo. A criação manual ocupa a mente com uma tarefa produtiva e prazerosa, o que tem um impacto significativo na melhora do humor e na redução dos sintomas depressivos.

11. Prevenção de doenças degenerativas

- A prática constante de atividades cognitivamente estimulantes, como o artesanato, é uma estratégia importante para a prevenção de doenças neurodegenerativas, como o Alzheimer. O envolvimento em atividades que estimulam o cérebro ajuda a manter as funções cognitivas em um nível

elevado, retardando o declínio cognitivo. De acordo com pesquisas, a prática de atividades cognitivas e manuais reduz o risco de demência, pois mantém o cérebro ativo e saudável.

12. Promovem melhorias na memória

- O envolvimento em atividades manuais exige a memorização de etapas, técnicas e processos. Essa prática fortalece a memória de curto e longo prazo, uma vez que o cérebro é estimulado a recordar e aplicar informações durante o processo de criação. O aumento da plasticidade cerebral proporcionado por essa prática ajuda na formação de novas memórias e na preservação das já adquiridas, especialmente em idosos.

O artesanato e a produção manual são atividades ricas e profundamente benéficas que, além de contribuírem para o desenvolvimento cognitivo e emocional, promovem bem-estar e qualidade de vida. Por meio dessas atividades, é possível não só prevenir problemas de saúde mental e física, mas também construir uma mente resiliente e criativa, fortalecendo a autoestima e oferecendo uma sensação de propósito e realização. Essas práticas são, portanto, essenciais para a promoção de um envelhecimento saudável e ativo.

Abaixo, quatro livros de referência que abordam os benefícios do artesanato, das atividades manuais e da

arte para o desenvolvimento cognitivo, emocional e para a saúde mental:

1. *O Cérebro e a Felicidade: A Ciência do Bem-Estar* - Rick Hanson e Richard Mendius. O livro explora como atividades repetitivas e prazerosas, como o artesanato, ativam áreas do cérebro responsáveis pelo bem-estar, mostrando a importância de práticas que estimulam a liberação de dopamina e reduzem o estresse.
2. *Craftfulness: Mend Yourself by Making Things* - Rosemary Davidson e Arzu Tahsin. Os autores discutem como o ato de criar e trabalhar com as mãos promove a saúde mental e reduz o estresse, além de melhorar a concentração e fomentar a autoestima, oferecendo uma perspectiva moderna sobre os benefícios do artesanato para a saúde psicológica.
3. *A Arte como Terapia* - Alain de Botton e John Armstrong. Este livro propõe que a prática artística e o envolvimento em atividades criativas têm um papel terapêutico, ajudando as pessoas a lidar com emoções e promovendo o autoconhecimento e a serenidade, fatores essenciais para o bem-estar.
4. *Mindfulness and the Art of Drawing: A Creative Path to Awareness* - Wendy Ann Greenhalgh. A autora explora como atividades manuais, especialmente o desenho, podem ser

práticas de *mindfulness* que trazem benefícios significativos para a saúde mental, estimulando o relaxamento, o foco e a resiliência emocional.

Essas obras oferecem diferentes abordagens teóricas e práticas sobre os benefícios das atividades manuais, com base em pesquisas e práticas que mostram sua importância para o desenvolvimento e a manutenção das funções cognitivas e emocionais.

Referências:

- (1) SÃO PAULO (Estado). Pesquisa da USP mostra que maior atividade pode prevenir demência em idosos. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/ultimas-noticias/pesquisa-da-usp-mostra-que-maior-atividade-pode-prevenir-demencia-em-idosos/>. Acesso em: 3 maio 2026.

LINGUAGEM E EXPRESSÃO SIMBÓLICA DA CRIANÇA

Por Ana Catarina Carvalho Libarino Rocha

A linguagem é um sistema de símbolos culturais internalizados, utilizada com o fim último de comunicação social. Da mesma forma como acontece com o pensamento e a inteligência, seu desenvolvimento passa por etapas até que finalmente a criança chegue a utilizar frases e palavras.

Segundo Dominique Maingueneau (*apud* ELANE, 2007), “a aquisição da linguagem tenta explicar entre outras coisas o fato de as crianças, por volta dos 3 anos, serem capazes de fazer o uso produtivo de suas línguas”. Quando a criança nasce, não entende o que lhe é dito. Aos poucos, começa a atribuir um sentido à escuta. Da mesma forma, acontece com a produção da linguagem falada, que evolui.

Sarmento e Pinto (1997) postulam que ouvir as crianças é buscar uma possibilidade de compreender a sociedade, porque esta não é formada apenas por adultos, para os quais se valoriza a expressão de suas ideias, mas também pelas crianças e pelos sentidos atribuídos por elas à realidade.

A linguagem usada pelas crianças é diferente daquela utilizada pelos adultos, na qual a palavra e o enunciado articulado predominam. Na comunicação ao seu redor, a criança utiliza a linguagem corporal, a linguagem gutural e a linguagem gráfica através de palavras, desenhos e rabiscos. Essa fala não é necessariamente

compreensível para quem não compartilha de seu universo de significados, o que solicita novas formas de abordagem e de recursos com esses indivíduos.

A comunicação com a criança pode ser interpretada na clínica psicanalítica, desde que se observe, em um primeiro momento, a relação entre a realidade dela e sua representação-coisa; e, em um segundo momento, a relação entre a representação-coisa e a representação-palavra, que é a forma como a criança exprime seus objetos simbólicos (FALCÃO, 2016).

Interpretação de desenhos à luz da psicanálise

No contexto terapêutico, o desenho infantil é analisado a partir de uma perspectiva histórico-cultural em psicologia, em que tanto o processo de desenho quanto o produto final são considerados relevantes.

A teoria de Lev Vigotsky contribui para a compreensão do desenho, pois destaca que a figuração reflete o conhecimento da criança e sua realidade conceituada, formada pelo significado da palavra. Assim, a ênfase não está no resultado em si, mas na interpretação que o autor faz do processo de desenho e na compreensão da realidade por meio da imagem produzida (FERREIRA e MORO, 2001).

Ao observar as atividades das crianças, é notável que elas frequentemente desfrutam de desenhar. Os desenhos funcionam como um meio privilegiado de

expressão de suas ideias, vontades, emoções e percepções da realidade (GOBBI e LEITE, 2005).

Embora o desenho pareça pertencer ao universo infantil e ser algo típico de crianças, é possível encontrar nas produções pictóricas das crianças um mundo fantástico ou imaginário, que pode ser interpretado como uma expressão da realidade da criança.

Ao interpretar um desenho, é importante, portanto, considerar diversos aspectos como linguagem, imaginação, percepção, memória, emoção e significação. Todos esses processos psicológicos estão interligados e não podem ser examinados de maneira isolada. Além disso, é preciso levar em conta que o desenvolvimento desses processos pode variar de acordo com as condições sociais, culturais e históricas, bem como os lugares sociais que cada indivíduo ocupa na sociedade. Esses fatores influenciam ativamente a maneira como o desenho é compreendido e criado pelas crianças.

Anna Freud

A criança não tem consciência de suas questões psicológicas, nem acha que tem um “problema” para resolver. Normalmente são seus pais que estão preocupados ou angustiados diante das dificuldades apresentadas pelas crianças. Neste sentido, falta à criança o elemento fundamental para a entrada de um paciente em análise, que é o mal-estar em relação a seu

sintoma e a necessidade de tratamento. Para suprir essa falta de percepção do sujeito sobre si mesmo, Anna Freud propõe um período de preparação, de entrevistas preliminares, para produzir artificialmente uma demanda de análise, ou seja, conscientizar a criança de seu sofrimento e da necessidade de ser ajudada.

Em 6 de junho de 1927, Freud escreve a Ernest Jones que Anna Freud está certa quando sugere que o superego da criança ainda se encontra sob a influência dos pais. Em outra carta a Jones, datada de 23 de setembro de 1927, critica Melanie Klein por privilegiar apenas a imagem inconsciente que a criança tem dos pais — baseada em suas fantasias e componentes pulsionais, em detrimento da importância dos pais da realidade (COSTA, 2007).

Para continuar o legado de Abraham, Melanie Klein desenvolveu sua prática clínica com crianças a partir da convicção de que a teoria psicanalítica poderia ser empregada nesse público sem grandes modificações, desde que mantida a essência do processo. Dessa forma, ao analisar os pequenos pacientes, ela não só conseguiu reafirmar as deduções freudianas em relação à infância, obtidas a partir das análises com adultos, como também obteve novas descobertas que contribuíram significativamente para a expansão dos estudos psicanalíticos nesse âmbito (COSTA, 2007).

Melanie Klein

Melanie Klein descobriu que a criança relaciona-se muito fortemente com seus objetos de afeto em sua primeiríssima infância, mesmo que seu aparelho psíquico ainda não esteja completamente integrado com seu fisiologismo. O bebê se relaciona com a mãe, ou melhor, com a parte da mãe na qual tem interesse no momento — o seio. Percebe-o como um objeto bom ou ideal se estiver num estado de contentamento; ou como um objeto perigoso e persecutório, se estiver se sentindo frustrado e/ou com raiva (COSTA, 2007).

Melanie Klein afirma que o complexo de Édipo se manifesta nos estágios iniciais da vida, mais precisamente no primeiro ano. É importante que a criança passe pela posição esquizo-paranóide e alcance a posição depressiva para que possa compreender as suas emoções e projetar nelas suas ideias e fantasias. A partir das experiências positivas com a mãe, a criança irá desfazer as projeções que criaram uma imagem dividida da mãe, como uma figura malvada e ideal ao mesmo tempo (COSTA, 2007).

Donald Winnicott

Ao longo de sua obra, Winnicott vai destacar a influência do meio ambiente no desenvolvimento psíquico infantil. O ambiente é sinônimo de cuidados maternos, ou seja, é a mãe, ou algum substituto desta, que irá favorecer ou dificultar o desenrolar desse processo. É por intermédio de seus cuidados e da capacidade que a mãe tem de se adaptar às

necessidades do bebê que ele passa a conhecer o mundo. A expressão “mãe suficientemente boa” foi cunhada por ele para designar exatamente essa função. (COSTA, 2007, P.48).

Winnicott acreditava que o ambiente materno era essencial para o desenvolvimento emocional saudável do bebê. Segundo ele, a mãe deve ser sensível às necessidades do filho, atendendo-as de maneira adequada e proporcionando um ambiente emocionalmente seguro. Isso permitiria que a criança desenvolvesse a confiança básica no mundo e em si mesma, bem como a capacidade de tolerar a frustração e de se relacionar com o Outro de forma saudável (WINNICOTT, 1988).

Porém, se a mãe não é capaz de suprir as necessidades emocionais da criança, ela pode desenvolver distúrbios graves, como a psicose. Na visão de Winnicott, a psicose é uma forma de defesa utilizada pelo indivíduo que não é capaz de lidar com a realidade de forma saudável. Essa dificuldade pode estar relacionada a uma falha na ligação com a mãe, que não proporcionou um ambiente emocionalmente adequado para a criança (WINNICOTT, 1988).

Essa ênfase na dependência do sujeito em relação ao ambiente e na importância dos cuidados maternos gerou críticas por parte de outros psicanalistas. Alguns argumentavam que Winnicott negligenciava a importância das relações interiores e que seu foco nos cuidados maternos poderia levar a um julgamento injusto das mães, responsabilizando-as pelos distúrbios

psicológicos dos filhos. No entanto, a teoria de Winnicott teve uma grande influência na psicanálise e em outras áreas da psicologia. Seu foco na importância do ambiente emocional para o desenvolvimento humano levou a uma maior atenção aos cuidados infantis e à compreensão das interações entre o indivíduo e o ambiente (COSTA, 2007).

Dolto e Lacan

Para Françoise Dolto (1984), a especificidade do ser humano como ser linguageiro significava que tudo é linguagem, comunicação. A fala, que é especificamente humana, constitui uma das expressões da linguagem.

Jacques Lacan (1973), por sua vez, diferencia as duas funções nitidamente e não lhes confere o mesmo status, pois, segundo ele, a função de comunicação, cujo princípio é a intersubjetividade, é secundária diante de outra função da língua que é a evocação. Vejamos como Lacan aborda essa questão: todos os seres humanos comunicam-se pela linguagem, no entanto ela não se reduz à comunicação. Para exemplificar essa diferença, Lacan nos diz que a sua cadela Justine pode dirigir-se a ele, porém falta-lhe a linguagem, assim como acontece com todos os nossos animais domésticos.

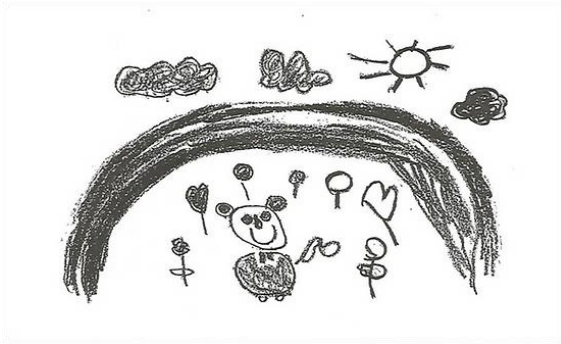
Para Lacan, o uso da linguagem está diretamente ligado à constituição do sujeito. Não se trata apenas de comunicar, mas de estar inserido no campo do significante. Essa questão pode ser compreendida a

partir da tríade lacaniana do Real, do Simbólico e do Imaginário (RSI). Diferentemente do ser humano, o animal encontra-se predominantemente no registro do imaginário, orientado por padrões instintivos relativamente estáveis, sem a incidência do inconsciente estruturado como linguagem. No ser humano, por outro lado, a entrada no simbólico introduz uma falta estrutural — um furo no campo do saber — que impede qualquer completude e marca a experiência subjetiva de maneira definitiva (COSTA, 2007).

Essa formulação indica que o sujeito humano é marcado por uma falta originária, diferentemente do animal, que não se organiza da mesma maneira no campo da linguagem. Por isso, Lacan utiliza o termo *parlêtre*, associando a fala à própria condição do ser falante.

Caso clínico

No livro “Como interpretar os desenhos das crianças”, de Nicole Bédard (2021), há uma visão psicanalítica sobre a interpretação de desenhos infantis. Veja um exemplo:



Este desenho, de acordo com a criança atendida pela autora, é um camundongo que perde os seus globos, mas eles não vão muito longe pois o arco-íris está ali para frear o seu voo. Neste desenho, segundo a Bédard (2021), é possível perceber que o elemento principal é o arco-íris, que é um simbolismo que sugere desejo de proteção. Neste caso, o arco-íris não só limita o trajeto dos globos como também limita a influência do sol e das nuvens.

A autora percebe que a criança em questão acredita que não tem controle da realidade e que algo lhe escapa, mas que está segura, pois tem algo ou alguém (provavelmente seus cuidadores adultos) que estão sempre dispostos a organizar suas necessidades e demandas conforme seus gostos e desejos.

A autora ressalta que o desenho demonstra que há certo elemento de acomodação da criança com a situação atual, o que reflete certa falta de iniciativa de alguém que já tem tudo o que precisa. Porém, a autora esclarece que quando se analisa um arco-íris, é preciso ter

prudência, pois dependendo do histórico da criança, pode significar que ela está em busca de uma segurança que não possui.

Referências

BÉDARD, Nicole. *Como interpretar os desenhos das crianças*. São Paulo: Isis, 2021.

COSTA, Terezinha. *Psicanálise com crianças*. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

DOLTO, Françoise. *L'image inconsciente du corps*. Paris:Seuil, 1984.

ELANE, C.; OLIVEIRA, J. S.; ROCHA, M. L. *Como as crianças adquirem e desenvolvem a linguagem*. 2007. Disponível em: www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?codigo=TL0075. Acesso em: 25 set. 2023.

FALCÃO, Luciane. Psicanálise com crianças: questões atuais e considerações sobre o processo de alta. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 168-183, set. 2016.

FERREIRA, Valéria Silva; MORO, Maria Lucia Faria. *Desenho e escrita no período inicial da alfabetização*. *Psicologia da Educação*, n. 13, 2001.

GOBBI, M.; LEITE, M. I. *O desenho da criança pequena: distintas abordagens na produção acadêmica*

em diálogo com a educação. 2009. Disponível em: <http://www.ced.ufsc.br/~nee0a6/LEITE.pdf>. Último acesso em 25 de set de 2023.

LACAN, J. Seminário 1: *Os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

SARMENTO, Manuel Jacinto; PINTO, Manuel. *As crianças e a infância: definindo conceitos, delimitando o campo*. 1997.

WINNICOTT, D. *Deprivação e Delinquência*. São Paulo: Ubu, 2023.

NARCISISMO PRIMÁRIO E SUAS REPERCUSSÕES SUBJETIVAS

Por Fernanda de Gusmão Guimarães

Introdução

O presente estudo de caso tem por objetivo identificar repercussões subjetivas ligadas ao narcisismo e aos investimentos idealizados realizados pelos cuidadores, demonstrando de que forma tais elementos afetam o sujeito e atravessam a qualidade das relações sociais estabelecidas.

A paciente, aqui chamada de Ala, tinha 18 anos na época dos atendimentos. É natural do Pará e vivia com renda pouco superior a dois salários mínimos. Ao longo das sessões, observou-se sofrimento psíquico associado à dificuldade de corresponder às expectativas familiares, especialmente no que diz respeito à sua orientação sexual.

A metodologia do estudo de caso caracteriza-se como qualitativa e descritiva, voltada à compreensão e à interpretação dos fatores identificados, atribuindo sentido aos dados clínicos coletados. Trata-se, portanto, de uma abordagem exploratória e não quantitativa, uma vez que trabalha com elementos subjetivos e com a singularidade do caso clínico analisado (RODRIGUES, 2007).

Ala procurou atendimento em razão do conflito existente entre sua orientação sexual, os dogmas religiosos de sua família e as expectativas impostas por seus cuidadores. Relata que, tanto na infância quanto

no momento atual, seu ambiente familiar foi marcado por conflitos físicos e verbais entre os pais, bem como por agressões dirigidas a ela. Esses conflitos tornaram-se mais intensos quando sua sexualidade passou a não corresponder ao ideal esperado pela família.

O conceito de narcisismo, inicialmente ligado ao mito de Narciso e ao amor voltado para si próprio, passou por reformulações importantes na psicanálise. Freud compreende o narcisismo como elemento constitutivo do desenvolvimento psíquico, relacionado à constituição do eu, à autoestima, à autopreservação e à futura formação dos laços sociais (ARAÚJO, 2010). Nesse sentido, o caso de Ala permite pensar o sofrimento produzido quando o sujeito se vê dividido entre seu próprio desejo e a imagem idealizada sustentada pelos pais.

Nos atendimentos, percebe-se que Ala busca, de modo intenso, conquistar o amor dos cuidadores, mesmo que, em muitos momentos, isso implique silenciar aspectos importantes de si. O conflito parece se organizar em torno da distância entre aquilo que ela é, aquilo que deseja ser e aquilo que sente que os pais esperam dela.

Metodologia

O estudo foi realizado a partir dos serviços ofertados pelo Ambulatório de Especialidades Médicas e Saúde Mental do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia, durante o Estágio Obrigatório II, na ênfase clínica dos alunos de Psicologia do 9º e 10º semestres,

sob supervisão teórica e prática. A paciente foi selecionada após triagem preliminar e encaminhada para processo psicoterápico semanal. Ao todo, foram realizadas 14 sessões de 50 minutos, no decorrer dos semestres letivos de 2022.

A análise dos processos subjetivos foi feita a partir das transcrições dos atendimentos, articuladas aos pressupostos teóricos e metodológicos da psicanálise. Buscou-se relacionar os conteúdos apresentados pela paciente com manifestações do inconsciente, mecanismos de defesa e aspectos de sua realidade psíquica, sempre considerando a supervisão clínica do caso.

A idade, a profissão, alguns dados biográficos e características que pudessem permitir o reconhecimento da paciente foram omitidos ou alterados para preservação de seu anonimato. Também foi solicitada autorização por escrito para transcrição e discussão dos atendimentos, com garantia de sigilo. Nas citações diretas, o nome real da paciente foi substituído pelo descritor “ALA”.

Resultados e discussões

Na psicanálise, as representações psíquicas não são meras cópias da realidade externa, mas formas pelas quais o sujeito registra, organiza e significa suas experiências. Durante os atendimentos, percebe-se que Ala constrói representações ligadas ao sofrimento vivido na relação com os pais. Quando afirma “não sei

lidar com isso” (sic), o termo “isso” parece condensar afetos difíceis de nomear, relacionados à rejeição, à culpa e ao medo de perder o amor familiar.

Em diversos momentos, esses afetos aparecem de modo intenso. Após falar sobre seus conflitos, Ala por vezes se debruça sobre o sofá, como se o corpo expressasse o cansaço causado pela elaboração daquele sofrimento. Esse movimento pode ser entendido como descarga afetiva, sem que se confunda tal descarga com uma resolução definitiva do conflito.

A principal queixa apresentada por Ala refere-se à relação conflituosa com os pais diante de sua orientação sexual. O sofrimento narcísico aparece quando a imagem que os cuidadores sustentam da filha não corresponde àquilo que ela reconhece em si mesma. O ideal parental, investido sobre Ala, entra em conflito com sua experiência subjetiva, produzindo sentimento de inadequação, culpa e tentativa de adaptação ao desejo do Outro.

Em seus relatos, é perceptível o quanto a relação com os pais é dolorosa. Em uma das falas, Ala afirma que é “muito bom quando seus pais estão longe de casa”, mas em seguida tenta justificar a frase, dizendo que não é totalmente ruim estar com eles. Acrescenta que, quando estão distantes, parecem uma família mais normal e acolhedora, por não serem hostis em relação à sua pessoa e sexualidade. Observa-se aí uma tentativa de organizar racionalmente um afeto ambivalente: o amor pelos pais e, ao mesmo tempo, o sofrimento causado por eles.

Outro ponto importante diz respeito à dificuldade do ego em tolerar certas experiências dolorosas. Ala relata que, durante alguns conflitos familiares, chegou a perder parcialmente a noção de espaço e tempo, além de apresentar exaustão mental, forte dor de cabeça e comportamento autodestrutivo ao término das discussões. Esses episódios indicam a intensidade do sofrimento psíquico e a necessidade de atenção clínica cuidadosa.

As relações de Ala com a namorada e com outros círculos sociais parecem igualmente atravessadas por padrões aprendidos na relação com os cuidadores. A paciente demonstra, em algumas situações, buscar no Outro uma aprovação que não encontra plenamente em casa. Assim, conflitos externos passam a repetir, em alguma medida, a tensão entre desejo próprio e expectativa alheia.

Há, contudo, uma mudança importante quando Ala consegue direcionar à mãe parte dos afetos antes silenciados. Em um almoço, revela sua orientação sexual para a mãe. Nesse momento, rompe parcialmente com o pacto de silêncio que mantinha seus sentimentos “jogados para debaixo do tapete”, como ela mesma descreve. Ao nomear o que sente e pensa, Ala desloca a angústia de um estado de acúmulo interno para uma posição mais ativa diante do Outro.

As explosões emocionais anteriormente descritas parecem decorrer do acúmulo de afetos não elaborados. Quando a paciente começa a comunicar seus limites, ocorre também um reposicionamento nas

demais relações. Ala fica menos tempo em silêncio para corresponder às expectativas de terceiros e começa a considerar seus próprios limites, necessidades e desejos.

Em outro momento, Ala relata que, após assumir sua orientação sexual para a família, voltou à igreja e não se sentiu “encaixada”. Ao ser questionada sobre esse sentimento, relatou sentir-se “estranha”, pois agora “as pessoas a veem de verdade”. Essa fala é significativa, pois indica o conflito entre ser vista como realmente se percebe e deixar de ocupar o lugar idealizado que antes tentava sustentar.

Apesar do sofrimento provocado pelas expectativas familiares, Ala demonstra reconhecer certa ambivalência nos objetos parentais. A mãe que acolhe em determinados momentos é também a mãe que produz dor por meio de comentários homofóbicos. Essa percepção indica que a paciente não reduz totalmente os pais a figuras boas ou más, mas tenta lidar com a complexidade afetiva desses vínculos.

A realidade psíquica de Ala, construída nas relações objetais estabelecidas desde a infância, parece influenciar suas formas atuais de vínculo. Na relação com a namorada, por exemplo, demonstra incômodo ao observar uma dinâmica familiar diferente daquela que conheceu. Isso sugere que os modelos de cuidado introjetados na infância continuam servindo como referência, ainda que produzam estranhamento diante de experiências distintas.

Todo sujeito utiliza mecanismos de defesa para proteger o eu de ameaças internas ou externas. Esses mecanismos são, em grande parte, inconscientes e fazem parte do funcionamento psíquico comum, embora seu uso intenso ou rígido possa indicar sofrimento importante. Nos relatos de Ala, observam-se algumas manifestações defensivas e formações do inconsciente.

O ato falho aparece quando a paciente, ao falar dos pais e da justificativa religiosa usada por eles, troca a palavra “Deus” por “amor” e afirma: “só fico tentando entender que Deus é esse, não quis dizer que amor é esse”. A troca revela a proximidade, em sua experiência subjetiva, entre amor, religião, exigência e sofrimento.

A regressão também pode ser observada em uma fala na qual Ala relata assistir a desenhos animados quando se sente mal, por serem lembranças da infância que lhe trazem sensação de conforto. Nesse caso, trata-se de um retorno a uma experiência anterior de amparo, utilizada como tentativa de aliviar o sofrimento atual.

Quanto à relação transferencial, percebe-se que o vínculo terapêutico permite à paciente expressar conflitos psíquicos importantes. Ao mesmo tempo, a presença de defesas revela que determinados conteúdos ainda aparecem com resistência, exigindo manejo clínico cuidadoso. A contratransferência, por sua vez, exige da terapeuta atenção constante às próprias ressonâncias afetivas diante dos relatos da paciente.

Considerações finais

Percebe-se que Ala apresenta sofrimento narcísico importante em função das relações prejudiciais com seus cuidadores, que se configuram como fonte ambivalente de acolhimento e dor. Em alguns momentos, os pais são reconhecidos como figuras afetivas; em outros, aparecem como agentes de ameaça, ofensa e agressão, especialmente quando utilizam o amor e a religião como justificativa para negar aspectos fundamentais da existência da filha.

A paciente parece sofrer intensamente com a sensação de não ser vista em sua realidade subjetiva. A distância entre a Ala idealizada pelos pais e a Ala que busca afirmar sua própria existência desencadeia angústia, impulsos de desistência, ideações e comportamentos autodestrutivos, exigindo continuidade do acompanhamento clínico.

Conclui-se que Ala necessita de maior tempo de psicoterapia para elaborar suas feridas narcísicas, fortalecer seus recursos subjetivos e construir formas menos dolorosas de relação consigo mesma e com o outro. Também se mostra necessário encaminhamento psiquiátrico, diante da presença de ideações e comportamentos autodestrutivos, bem como atenção ao laço familiar, com o intuito de evitar agravamento do sofrimento psíquico.

Referências

ARAÚJO, Maria das Graças. *Considerações sobre o narcisismo*. Estudos de psicanálise, n. 34, p. 79-82, 2010.

DE ALMEIDA, Wilson Castello. *Defesas do ego: leitura didática de seus mecanismos*. São Paulo: Ágora, 2021.

FREUD, Sigmund. (1914) *Sobre o narcisismo: uma introdução*. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 14.

KLEIN, Melanie. *A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states*. *International Journal of Psycho-Analysis*, v. 16, p. 145-174, 1935.

PERES, Rodrigo Sanches; CAROPRESO, Fátima; SIMANKE, Richard Theisen. A noção de representação em psicanálise: da metapsicologia à psicossomática. *Psicologia Clínica*, v. 27, n. 1, p. 161-174, 2015.

PONTALIS, Jean-Baptiste; LAPLANCHE, Jean. *Vocabulário da psicanálise*. Santos: Martins, 2001.

RODRIGUES, William Costa et al. *Metodologia científica*. Paracambi: Faetec/IST, 2007.

VIEIRA, Marcus André. *Da realidade ao real: Jacques Lacan e a realidade psíquica*. *Pulsional*, v. 16, n. 174, p. 56-60, 2003.

VOLPI, José Henrique. *Mecanismos de defesa*.
Curitiba: Centro Reichiano, 2008.

O *BORDERLINE* NA CLÍNICA PSICANALÍTICA

Leci Catarina Flores Nunes Capaverde

O transtorno de personalidade *borderline* é um dos transtornos de personalidade mais difundidos atualmente pela mídia e pela classe médica. Caracteriza-se por afetar mais mulheres do que homens, possuir caráter autodestrutivo e causar problemas sociais.

Um dos primeiros teóricos a sistematizar o termo “*borderline*” foi o psicanalista alemão Adolf Stern (1938), em sua obra *Terapia e Investigação Psicanalítica do Grupo das Neuroses Borderline* (tradução livre). O transtorno foi, posteriormente, descrito e conceitualizado pelo psiquiatra e psicanalista austríaco Otto F. Kernberg (1995).

A palavra *borderline* vem do inglês e significa “na fronteira”. Em algumas leituras teóricas, considera-se que o sujeito com funcionamento *borderline* situa-se em uma zona de fronteira entre diferentes organizações psíquicas. A parte psicótica da personalidade do sujeito pode promover alterações na percepção da realidade e o sujeito tende a estruturar a relação com o objeto de forma passional, marcada por intensa carga afetiva.

Até o momento, os estudos ainda não identificaram uma causa específica. As hipóteses sobre a origem do transtorno são estudadas por diversos campos de pesquisa e analisam fatores psicológicos, possíveis correlações neurobiológicas — como alterações na

regulação de neurotransmissores —, predisposição genética, fatores ambientais, neurológicos, familiares e sociais, bem como eventos traumáticos vividos na infância ou adolescência, como abandono, orfandade, morte de entes queridos, abuso psicológico ou sexual, negligência, terror psicológico, separação dos pais, entre outros.

As manifestações iniciais costumam emergir na adolescência e podem, em um primeiro momento, ser confundidas com as instabilidades próprias desse período do desenvolvimento. Oscilações de humor, impulsividade e intensificação dos afetos fazem parte, em certa medida, da experiência adolescente; no entanto, em alguns casos, tais expressões adquirem uma frequência e uma intensidade que ultrapassam o esperado, indicando um modo particular de funcionamento psíquico. Diferentemente de quadros como o transtorno bipolar — nos quais as variações tendem a se organizar em ciclos mais delimitados —, observa-se aqui uma instabilidade mais contínua, marcada por mudanças rápidas e reativas aos contextos relacionais.

Nos relacionamentos amorosos, o sujeito com funcionamento borderline tende a apresentar intensidade afetiva elevada. O medo do abandono o torna, em muitos casos, mais possessivo, sensível e reativo às relações. Quando esses comportamentos disfuncionais se tornam frequentes, podem produzir um padrão existencial que dificulta a adaptação ao ambiente social. Em determinadas situações, observa-

se tendência a respostas emocionais intensas, com dificuldades na regulação dos afetos, o que pode incluir episódios de fúria, descontrole, irritação, pânico, agressividade, automutilação ou comportamentos suicidas.

Esses sujeitos podem apresentar grande sensibilidade à rejeição e à frustração, com variações rápidas entre estados de euforia e tristeza. Também podem manifestar ansiedade e dificuldades de concentração. Em contextos mais críticos, comportamentos impulsivos e agressivos podem gerar sofrimento significativo tanto para o próprio sujeito quanto para aqueles com quem se relaciona. No entanto, tais manifestações devem ser compreendidas como expressões de um sofrimento psíquico marcado por angústia intensa, medo de abandono e dificuldades na simbolização dos afetos.

O tratamento pode ser realizado com o apoio de uma equipe multidisciplinar, geralmente coordenada por um psiquiatra. O psicanalista pode compor essa equipe e buscar associar-se à dimensão mais organizada do funcionamento psíquico do sujeito, favorecendo a elaboração de seus atos e a responsabilização por eles. Trata-se de um quadro em que os *acting outs* se apresentam fortemente vinculados à dinâmica pulsional e às dificuldades de simbolização, exigindo, muitas vezes, adaptações no manejo clínico.

Nesses casos, a técnica psicanalítica pode demandar maior atenção ao enquadre, ao manejo da transferência e às formas de intervenção. O trabalho clínico tende a

privilegiar a construção de possibilidades de simbolização, valendo-se da transferência — compreendida como atualização de relações inconscientes no vínculo analítico — como instrumento central do tratamento. Em determinados contextos institucionais, podem ser incorporados elementos de orientação e sustentação do sujeito, sem que isso substitua o trabalho interpretativo próprio da psicanálise.

Além da abordagem psicanalítica, o tratamento pode incluir o uso de medicamentos prescritos, como estabilizadores de humor, antidepressivos e antipsicóticos, que auxiliam na regulação dos sintomas.

De acordo com a classificação de Theodore Millon (1996), psicólogo estadunidense, existem quatro tipos de transtorno *borderline*: os desencorajados, que tendem ao isolamento; os petulantes, que apresentam comportamento passivo-agressivo; os impulsivos, que podem se mostrar irritáveis e reativos; e os autodestrutivos, que apresentam comportamentos depressivos, masoquistas e autopunitivos.

É importante reconhecer que, embora não se fale em cura no sentido tradicional, o tratamento pode promover melhora significativa na qualidade de vida do sujeito e em suas relações. Estudos indicam que, com o tempo e com acompanhamento adequado, muitos sintomas tendem a se atenuar, especialmente à medida que o sujeito desenvolve maiores recursos para lidar com seus afetos e conflitos.

Referências

GREEN, André. *O trabalho do negativo*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

KERNBERG, Otto F. *Transtornos graves da personalidade: estratégias psicoterapêuticas*. Porto Alegre: Artmed, 1995.

MILLON, Theodore. *Disorders of personality: DSM-IV and beyond*. 2. ed. New York: John Wiley & Sons, 1996.

STERN, Adolf. Psychoanalytic investigation of and therapy in the *borderline* group of neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, v. 7, p. 467–489, 1938.

A MÃE IDEALIZADA E A MÃE REAL: FANTASIA, FRUSTRAÇÃO E TRABALHO PSÍQUICO

Por João Pedro Roriz

A experiência da maternidade ocupa, na cultura e na vida psíquica, um lugar de extraordinária densidade simbólica. A figura da mãe aparece como fonte de cuidado, origem da linguagem, garantia de proteção e referência primeira de amor. Ao mesmo tempo, é também objeto de expectativas desmedidas, projeções idealizadas e exigências silenciosas que, muitas vezes, excedem a condição humana concreta. Entre a mãe idealizada e a mãe real instala-se um campo de tensão que atravessa a constituição do sujeito.

A mãe idealizada não é simplesmente a mãe empírica. Trata-se de uma construção psíquica. É o resultado de fantasias infantis, necessidades arcaicas de amparo e da tendência do psiquismo a produzir figuras totais e sem falhas. Nesse plano, a mãe é aquela que sabe, que acolhe incondicionalmente, que está sempre disponível e que antecipa as necessidades do filho antes mesmo que ele as formule. Essa imagem se sustenta menos na realidade objetiva e mais na função simbólica que a mãe ocupa no imaginário do sujeito.

Para que a mãe real possa ser aceita, é necessário que a mãe idealizada seja, em certo sentido, “morta” no plano psíquico. Essa morte não implica rejeição ou desamor; implica trabalho de simbolização. Trata-se de reconhecer que o outro materno é falho, limitado, atravessado por desejos próprios, frustrações e

conflitos. A passagem da idealização à aceitação da realidade constitui etapa decisiva do amadurecimento emocional.

Entretanto, esse movimento não é simples. A mãe real é, paradoxalmente, o ponto mais próximo que o sujeito tem da mãe ideal. É sobre ela que recaem as expectativas construídas ao longo do desenvolvimento. A frustração surge quando a mãe concreta não coincide com a figura imaginária. Essa discrepância pode gerar ressentimento, culpa ou sentimento de desamparo, sobretudo quando a idealização foi rigidamente mantida.

A resignificação dessa tensão passa pelo reconhecimento da fantasia que sustenta a mãe idealizada. Não se trata apenas de constatar que a mãe não corresponde ao ideal, mas de compreender que o próprio ideal foi uma criação psíquica. O sujeito produz o objeto idealizado como forma de organizar sua experiência emocional. Reconhecer essa produção implica assumir responsabilidade pela própria construção imaginária.

Esse reconhecimento abre espaço para um movimento duplo. Por um lado, permite aceitar a mãe real em sua humanidade. Por outro, possibilita compreender o quanto a própria mãe esteve submetida a idealizações — tanto as do filho quanto as próprias. A mãe também carrega um “*self* idealizado”, um modelo interno de quem deveria ser: suficientemente paciente, suficientemente amorosa, suficientemente presente.

Quando a realidade não corresponde a esse modelo, instala-se um sentimento de fracasso ou inadequação.

Muitas mulheres, nesse contexto, passam a vestir a fantasia da mãe ideal como se fosse uma exigência moral. Buscam encarnar a imagem perfeita: a mãe sempre disponível, emocionalmente equilibrada, profissionalmente produtiva e afetivamente irrepreensível. Essa busca tende a ser ingrata e extenuante. A tentativa de coincidir com o ideal frequentemente produz culpa e frustração, pois o ideal, por definição, é inatingível.

A cultura contemporânea intensifica esse processo ao difundir modelos idealizados de maternidade. Redes sociais e discursos normativos reforçam imagens de mães sempre felizes, realizadas e competentes. O contraste entre essas representações e a experiência concreta — marcada por ambivalências, cansaço e conflitos — pode ampliar o sofrimento psíquico. A idealização cultural se soma à idealização intrapsíquica, tornando ainda mais difícil a aceitação da realidade.

O trabalho psíquico necessário consiste em reconhecer a função estruturante da falta. A mãe real não é — e não pode ser — toda. Sua limitação é precisamente o que possibilita a constituição do sujeito como desejante. Ao experimentar frustrações, o filho é convocado a sair da fusão imaginária e a construir recursos próprios. A falha materna, longe de ser mero déficit, pode operar como condição de autonomia.

Da mesma forma, a mãe que reconhece sua impossibilidade de encarnar o ideal abre espaço para uma maternidade mais autêntica. Ao admitir limites, autoriza-se a existir como sujeito, e não apenas como função. Essa desidealização não elimina o vínculo afetivo; ao contrário, pode torná-lo mais verdadeiro, pois o amor deixa de depender da perfeição e passa a sustentar-se na alteridade.

A travessia entre a mãe idealizada e a mãe real envolve luto. Luto pela figura perfeita que nunca existiu e luto pela imagem de si mesma que a mãe talvez tenha alimentado. Esse processo pode ser doloroso, mas também libertador. Ao abandonar a exigência de idealidade, abre-se espaço para relações mais complexas e menos persecutórias.

Em última instância, a questão da mãe idealizada remete à capacidade do sujeito de lidar com a ambivalência. Amar alguém implica aceitar sua incompletude. A idealização tende a apagar a diferença; a maturidade psíquica a reintegra. O reconhecimento de que tanto o filho quanto a mãe são atravessados por fantasias, desejos e limites constitui passo decisivo para uma relação menos marcada por cobranças irrealistas.

A aceitação da mãe real não é renúncia ao afeto, mas deslocamento do registro imaginário para o simbólico. Ao compreender que o ideal foi uma criação própria, o sujeito pode preservar o valor afetivo da mãe sem exigir dela a perfeição. E ao perceber que também a mãe luta com seus próprios ideais, torna-se possível

instaurar uma relação mais humana, menos idealizada e mais ética.

Nesse percurso, o que se “mata” não é a mãe, mas a ilusão de totalidade. O que se preserva é a possibilidade de vínculo, agora sustentado não na fantasia de perfeição, mas na aceitação da condição humana compartilhada.

OS LIMITES DO CORPO COMO REFÚGIO DA ALMA

Por Leci Catarina Flores Nunes Capaverde

A origem da compreensão entre as dimensões do corpo e da alma está no pensamento socrático-platônico, no qual o corpo é considerado parte inferior do ser humano em relação à alma. Para Sócrates, o corpo é um meio pelo qual a alma se materializa, ao mesmo tempo em que a alma depende do corpo para se expressar.

No mundo platônico, o ser humano foi concebido de forma dual: uma parte é eterna e liga-se ao divino — a alma. Assim, o corpo, em Platão, é o sepulcro em que a alma está presa. É dever do filósofo libertar-se, na medida do possível, das limitações impostas pelo corpo, não se submetendo inteiramente às suas demandas.

A teoria de Sócrates/Platão parte do princípio da dualidade fundante do ser humano e o divide em duas partes: o corpo, que figura no mundo sensível, modifica-se e envelhece por ser perecível; e a alma, considerada imutável, pois não envelhece nem se modifica. Na metáfora platônica, a razão conduz e os impulsos sensíveis tensionam essa condução.

Na relação dualista entre corpo e alma, a alma assume primazia. O cuidado da alma é central na filosofia socrática. A cada parte da alma corresponde uma virtude: coragem, temperança e sabedoria. A coragem refere-se à defesa do que é justo; a temperança, ao

controle dos desejos; e a sabedoria, à capacidade de conhecer e discernir. Para Platão, a vida terrena envolve um investimento no corpo que deve ser orientado para o aprimoramento da alma.

Gazolla, ao tratar da alma em Platão, afirma que a tradição interpretativa muitas vezes acentuou excessivamente a dicotomia sensível-inteligível, o que pode aprisionar a leitura do filósofo em esquemas rígidos (GAZOLLA, 1993).

Quando a alma busca a verdade, dirige-se ao lógos, voltando-se para si mesma. Platão afirma que o filósofo deve distanciar-se do conhecimento puramente sensível e orientar-se à busca da sabedoria. Cabe, portanto, educar a alma e conduzi-la ao inteligível.

Para Aristóteles, corpo e alma não são substâncias separadas, mas constituem uma unidade, sendo a alma o ato do corpo. Essa compreensão rompe com o dualismo radical e propõe uma integração entre as dimensões do ser.

Nietzsche, por sua vez, contrapõe-se à tradição dualista ao considerar o corpo como fio condutor da experiência humana. Para ele, o corpo é um campo de forças em conflito, e não há separação radical entre corpo e alma. A crítica nietzschiana aponta para o equívoco de excluir o corpo da racionalidade.

Descartes propõe uma distinção entre mente e corpo, embora admita sua interação. A dificuldade de explicar como essas duas substâncias se relacionam permanece

como um dos pontos mais problemáticos de sua filosofia.

Desde antes de 1900, Freud concebia que corpo e psíquico se encontram em constante relação. Não se pode compreender o funcionamento psíquico sem considerar sua articulação com o corpo.

No ser humano, o corpo (soma) refere-se ao organismo material, enquanto a alma (anima) diz respeito à dimensão imaterial, ligada aos afetos, à consciência e ao caráter. A partir dessa articulação, torna-se possível compreender fenômenos como a somatização, nos quais conflitos psíquicos encontram expressão no corpo.

A histeria, descrita há milhares de anos, foi fundamental para o surgimento da psicanálise. Foi a partir da escuta das pacientes histéricas que Freud pôde desenvolver um novo modo de compreender o sofrimento humano. Ao invés de descartar os sintomas como sem causa orgânica, Freud passou a escutá-los como expressão de conflitos psíquicos.

Freud e Breuer, inicialmente, utilizaram o método catártico, por meio da hipnose, permitindo que as pacientes falassem sobre experiências traumáticas. Observou-se que a expressão dos afetos estava associada à melhora dos sintomas. Posteriormente, Freud abandona a hipnose e desenvolve o método da associação livre, permitindo ao paciente falar livremente, o que se torna base da técnica psicanalítica.

A psicanálise se expandiu da histeria para outras neuroses e quadros psicopatológicos. Foi a partir dessa clínica que Freud reconheceu a existência do inconsciente e a importância da escuta na relação terapêutica.

Ao formular a teoria da sexualidade, Freud propõe uma nova concepção de corpo: não apenas biológico, mas também atravessado pela linguagem, pela memória e pela representação. O corpo, na psicanálise, é um corpo marcado pelo desejo.

O conceito de pulsão é central para compreender essa articulação. A pulsão tem origem no corpo, mas se expressa no psiquismo, exigindo trabalho psíquico. Trata-se de uma força constante que não pode ser evitada, apenas transformada em seus destinos.

Freud descreve quatro destinos da pulsão: reversão ao oposto, retorno sobre si mesmo, recalque e sublimação. A sublimação, por exemplo, permite que a energia pulsional seja direcionada a atividades socialmente valorizadas, como a arte e o conhecimento.

A somatização pode ser compreendida como expressão corporal de conflitos psíquicos. Contudo, é importante ressaltar que nem toda doença decorre diretamente de fatores psíquicos, sendo necessário considerar a complexidade entre fatores biológicos, psicológicos e sociais.

O meio em que o sujeito vive também exerce influência significativa sobre sua saúde. Experiências ambientais podem atuar como desencadeadoras ou moduladoras

de sofrimento, mas não determinam de forma absoluta o adoecimento.

A psicanálise contribuiu para ampliar a compreensão dos fenômenos psicossomáticos, dialogando com a Medicina. Autores como Helen Dunbar e Franz Alexander desenvolveram a Medicina Psicossomática, integrando aspectos psíquicos e orgânicos no entendimento das doenças.

Para lidar com o sofrimento e prevenir quadros de somatização, é importante buscar equilíbrio emocional, apoio terapêutico, atividades físicas, lazer e descanso, além de maior flexibilidade diante das exigências da vida.

Considerações finais

As práticas psicanalíticas vêm se transformando ao longo do tempo para atender às diferentes estruturas clínicas. Ainda existem desafios na aplicação de suas propostas, mas também avanços importantes.

A continuidade dos estudos e da prática clínica qualificada é fundamental para oferecer melhor atendimento às pessoas, auxiliando-as a enfrentar seus conflitos emocionais. As terapias de grupo também podem contribuir, ao possibilitar trocas, acolhimento e construção coletiva.

É essencial lembrar que o foco central é o paciente, com seus medos, anseios e expectativas. O trabalho

terapêutico deve estar voltado à compreensão e à redução do sofrimento.

A avaliação contínua dos processos terapêuticos permite ajustes e aprimoramentos, contribuindo para melhores resultados. O desenvolvimento de grupos de estudo também favorece o crescimento da prática psicanalítica.

Referências

ARISTÓTELES. *Da Alma*. Porto Alegre: Vozes, 2020.

CHUSTER, A. *O Objetivo Psicanalítico: fundamentos de uma mudança de paradigma na psicanálise*. Porto Alegre: edição do autor, 2011.

DE CARVALHO, Jociel Batista. *A Relação Corpo e Alma: Uma análise a partir do pensamento de René Descartes*. Ed. Dialética. São Paulo. 2021.

DOEDERLEIN, João. *O livro dos Resignificados*. São Paulo: Paralela. 2017.

FREUD, Sigmund. *Estudos sobre Histeria*. (1893-1895). Vol. 2. 1ª Ed. Ed. Companhia das Letras. 2016.

MOREIRA, Adriana Belmont. *Corpo, saúde e medicina a partir da filosofia de Nietzsche*. São Paulo. 2006.

RANGEL, César. *O Dualismo corpo e alma na filosofia*. Platão, Aristóteles, Descartes e Kant. Follow. 2020.

ZIMERMAN, Davi E. *Fundamentos Psicanalíticos: teoria, técnica e clínica*. Porto Alegre: Artmed. 2004.

SOBRE O ORGANIZADOR:

João Pedro Roriz – Escritor, psicanalista e professor. Formado em Psicanálise e Terapia Familiar, Bacharel em Jornalismo, Licenciado em Filosofia e História, Pós graduado em Psicanálise Clínica Avançada, Sexologia, Psicopedagogia Clínica e Institucional, Docência do Curso Superior. Mestre em Psicologia pela Feevale – RS. Autor de 42 livros, professor e supervisor da Faculdade Cetep, diretor do Instituto Vida e Psicanálise. Contato: jproriz@gmail.com | www.joaopedrororiz.com.

SOBRE OS AUTORES:

Alice Minelli. Psicanalista Clínica, formada pelo Centro de Estudos de Terapia e Psicanálise – CETEP, especialista em Trauma e Tanatologia.

Ana Catarina Libarino Rocha é psicanalista e graduanda em Psicologia. Atua como professora em matéria socioemocional e desenvolve projetos voltados ao reconhecimento e manejo das emoções no ambiente escolar. Realiza atendimentos com adolescentes na escola, oferecendo escuta qualificada e acolhimento, com foco no desenvolvimento emocional e na construção de vínculos saudáveis. Contato (77)981264736.

Ana Larsen é psicanalista clínica, psicopedagoga e professora. Especializada na clínica da criança e do adolescente, além da clínica dos transtornos de ansiedade. Contatos: (22)997323244.

Felipe Valerius é psicanalista especializado em trauma e luto, também terapeuta de casais. Além do trabalho clínico, realiza palestras em escolas e instituições de ensino, construindo uma ponte entre saúde emocional e educação. Contato: felipe-valerius@hotmail.com.

Fernanda de Gusmão Guimarães é psicóloga clínica (CRP 10/09274) e psicanalista. Possui experiência com pacientes provenientes do SUS em contexto de vulnerabilidade social e atravessamentos econômicos e clínicos diversos. Dedicar-se ao tema da ansiedade, trauma e luto com enfoque na singularidade e nos processos inconscientes. Contato (91)989420405 e Instagram @nandaguimaraes.psi.

Leci Catarina Flores Nunes Capaverde é psicanalista clínica, formada em Psicanálise e Terapia Familiar pelo CETEP, Bacharel em Estudos Teóricos Psicanalíticos e Sociais pela UNINTER. Professora emérita da cidade de Capela de Santana, foi Secretária de Saúde Municipal de Capela de Santana, Associada a ANTPC e ao Instituto Vida e Psicanálise. Contato: lecienv@hotmail.com.br

Newton Alfredo Siqueira Júnior é formado em Psicanálise e Espiritualidade pelo Instituto Esfera, Psicanalista Clínico sob supervisão formando pelo CETEP, especializando em Psicologia Corporal e

Massagem Reichiana pelo Centro Reichiana e Volpi.
Contato: contato.newtonsiqueira@gmail.com.

Vítor Correia é Psicanalista Clínico, Sexólogo e Licenciado em Filosofia e Letras em Língua Portuguesa e Suas Literaturas. Pós graduado em Psicopedagogia Institucional e Clínica e Ensino de Filosofia no Ensino Médio. É professor, escritor e coordenador em várias instituições de ensino. Contato: vitorcorreia@hotmail.com.