

CLÍNICA PSICANALÍTICA

Modificações Corporais — Estética e (Re)Construção da Identidade no Processo Psicanalítico^{1,2}

Orlando von Doellinger³

1

Artigo recebido em 24 de Outubro de 2019 e aceite para publicação em 16 de Fevereiro de 2020.

2

Comunicação apresentada nas X Jornadas Internas do Instituto de Psicanálise, realizadas em Lisboa, no dia 19 de Outubro de 2019.

3

Médico psiquiatra. Director do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa. Psicanalista. Membro titular da Sociedade Portuguesa de Psicanálise (SPP) e da Associação Internacional de Psicanálise (IPA). Presidente do IFTP. *E-mail:* ovondoellinger@gmail.com

RESUMO

Das habituais rotinas quotidianas às complexas intervenções estéticas e/ou reconstrutivas, as modificações corporais estão presentes na clínica psicanalítica, tomando, também aí, diferentes formas e significados. Assim, e tomando em conta o conceito de unidade somatopsíquica, mais do que estabelecer iníquas delimitações entre a normalidade e o patológico, apresentamos, neste artigo, três breves vinhetas clínicas onde as modificações corporais que ocorreram durante o processo terapêutico foram nele integradas e contribuíram para a (re)significação da identidade dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE

Corpo
Identidade
Psicanálise
Modificações corporais

Vem de longe a concepção do ser humano como uma dualidade de substância, e ainda que teoricamente ultrapassada, a dicotomia corpo-mente mantém-se fortemente enraizada no pensamento e na prática de alguns psicanalistas. Desde Freud, contudo, que as teorias psicanalíticas elaboram, mais ou menos explicitamente, em torno da unidade somatopsíquica.

Para o fundador da psicanálise, «O Eu é, antes de mais um Eu corporal» (Freud, S., 1996 [1923]), e toda a sua teoria do desenvolvimento psicosssexual (Freud, S., 1996 [1905]) evidencia a relevância do corpo na construção da identidade. De alguns autores posteriores, podemos salientar os trabalhos de Mahler (1982 [1967]) sobre a importância da noção de fronteira e da constatação de que o bebé vai tomando gradual consciência

da sua individualidade a partir do seu próprio corpo; as noções de imagem corporal e de esquema corporal desenvolvidas por Schilder (1999 [1950]), Pankow (1975) e Dolto (1986); ou os conceitos de «segunda pele» (Bick, E., 1991 [1967]) e de «Eu pele» (Anzieu, D., 1974). Variadíssimos e significativos autores foram, portanto, ao longo dos anos, remetendo para essa noção de unidade somatopsíquica. Mas de todos aqueles que o fizeram, salientaria, contudo, os trabalhos de Winnicott (2000 [1949]) e a sua noção de «psicossoma». Para este autor, os aspetos psíquicos e somáticos do ser em crescimento estão inextricavelmente envolvidos num processo de mútuo inter-relacionamento, posto que, num estágio de desenvolvimento onde já esteja alcançada a delimitação interior/exterior, o corpo

vivo será vivenciado pelo indivíduo como o núcleo do seu Eu.

Mas se assim é, se não podemos senão abandonar o dualismo cartesiano, o trabalho psicanalítico não pode ser apenas intra e intersíquico, porque isso seria anular a existência do corpo. Dos corpos, melhor dizendo: do corpo do analisando e do corpo do analista. Pois é através do corpo que passam todos os processos cognitivos, mas também as sensações e a sua integração, bem como a experiência das emoções. Ou seja, é através do corpo que existimos e nos relacionamos com o outro (e que o outro conosco se relaciona).

Daí que seja de relevar o interesse (e o esforço) que se tem vindo a evidenciar, na literatura psicanalítica, na exposição de casos clínicos onde são abordadas as questões da integração do soma e da psique numa unidade somatopsíquica (Lombardi, R., 2003; Vartzopoulos, I. & Beratis, S., 2012; Hartung, T. & Steinbrecher, M., 2018).

Se as transformações corporais da puberdade e da adolescência, profundamente intrincadas com as crises de identidade características desta fase (Erikson, E., 1987 [1968]), estão já abundantemente estudadas, o mesmo não se pode dizer das transformações corporais (mais ou menos drásticas) que vão ocorrendo ao longo do ciclo de vida e da sua relação com o sentimento de identidade, em permanente construção.

De igual modo, só muito recentemente a psicanálise passou a atentar às alterações corporais voluntárias, estéticas e/ou reconstrutivas, que estão cada vez mais presentes na prática clínica, onde tomam diferentes formas e significados.

Como lembra Alessandra Lemma (2010a), uma das autoras que mais se tem dedicado a este tema, nem todas as modificações corporais são patológicas. Até porque todos nós, em maior ou menor grau, procedemos a modificações corporais, mesmo nas mais básicas rotinas diárias — os diferentes cortes de cabelo e de barba; a depilação; a maquilhagem; a ortodontia; a colocação ou não de brincos; a coloração dos cabelos; etc.

Dessas rotinas, para outras alterações menos frequentes — como os *piercings*, as cirurgias estéticas, as tatuagens ou a escarificação, por exemplo —, decorre a dificuldade de delimitar uma fronteira entre o «normal» e o «patológico», que, na nossa opinião, deverá ser individualmente compreendido no sofrimento envolvido e no significado da modificação corporal, também no decurso dos processos analíticos e na relação estabelecida nesses mesmos processos.

Lemma (2010b), não negando a existência de outras, identifica três fantasias inconscientes básicas (não mutuamente exclusivas) na origem das modificações corporais patológicas: 1) a «fantasia de autoconstrução» (*self-made phantasy*), em que

o indivíduo age o desejo de apropriação do corpo materno e da criatividade que lhe é intrínseca, para assim ultrapassar a dependência do objeto de desejo (e nesta fantasia, como parece razoavelmente óbvio, pode ocorrer uma mobilização da inveja, caso o sentimento de insuficiência da mãe tenha sido projetado no corpo do bebé); 2) a «fantasia do par ideal» (*perfect match phantasy*), associada a problemas relacionados com a idealização, em que as ações de modificação/embelezamento corporal visam a obtenção de uma estreita ligação entre o *self* e o objeto, num olhar de mútua admiração; 3) a «fantasia de reivindicação do corpo» (*reclaiming phantasy*), na qual estão em causa os limites corporais — as modificações corporais, neste caso, têm como função resgatar o *self* da presença de um «estranho» —, e é vivenciada como tendo invadido o corpo, com vista à sua expulsão.

Ainda que concordando com estas fantasias básicas, propomos, até em linha com o que a mesma autora advoga, que na prática psicanalítica, e no processo transferencial-contratransferencial, as modificações corporais possam ser abordadas de diferentes modos e ter diversos e individualizados significados — não esquecendo de que as decisões de proceder a alterações corporais podem ter origem em núcleos psicóticos da mente e que vários estudos apontam para uma mais elevada prevalência de psicopatologia (nomeadamente de quadros depressivos e de perturbações dismórficas corporais) nos indivíduos que procuram cirurgias estéticas comparativamente com aqueles que sofrem outro tipo de intervenções cirúrgicas ou na população geral (Sarwer *et al.*, 2004; Crerand *et al.*, 2007; Paula *et al.*, 2016; Higgins, S. & Wysong, A., 2018).

Para tal, proponho apresentar três breves vinhetas clínicas que exemplificam algumas dessas diferentes formas e significações.

O primeiro caso, já anteriormente abordado (von Doellinger, O., 2017), é o de Ana (nome fictício), uma jovem de quase 30 anos, pequena e franzina, parecendo muito mais nova, que, apesar do vestuário tipicamente feminino, apresentava, quando nos procurou, um corpo andrógino, como o de uma adolescente ainda a aguardar as transformações corporais definitivas.

O pai, figura ausente durante toda a sua infância, era afetivamente idealizado, mas efetivamente distante e destituído de poder. A mãe, uma mulher profissionalmente empreendedora, foi descrita como intrusiva e desvalorizadora. Com sintomas de anorexia e bulimia desde o início da adolescência, Ana apresentava já um longo percurso de psicoterapias de diferentes orientações teóricas marcado por sucessivos insucessos e por algumas graves violações do *setting* por parte de alguns dos terapeutas. Em termos «relacionais»,

podemos afirmar que Ana se colocava na posição de objeto (e não como sujeito), descrevendo vários relacionamentos pretensamente amorosos com indivíduos comprometidos, essencialmente baseados no sexo (sexo que não era experienciado por Ana como prazenteiro).

Poucas semanas após o início, Ana narra o primeiro sonho em análise: «Estava em casa de um casal que não conhecia; o homem não podia mostrar afeto por mim, pois a mulher sentia uns ciúmes imensos... ele ia sair de casa e eu senti que também teria de sair, pois se ficasse ia ser maltratada por ela; mas tive de ficar... e tentar agradar à mulher... todas as minhas relações refletem sempre esta necessidade de agradar, de deixar de ser quem sou... sei que este sonho é muito a minha mãe e o meu pai, que saiu para o estrangeiro... mas sou eu nas relações todas...»

Dissemos-lhe que também ali, na relação analítica, receava que não gostássemos dela por aquilo que ela era, ao que Ana replicou com o rol de relações amorosas que foi tendo desde a adolescência, concluindo: «e eu sempre a dar tudo e a nada receber».

Ao mesmo tempo que sentimos que a queixa era extensível, na transferência, ao «nada receber» do analista, decidimos não interpretar, uma vez que nos parecia que as interpretações seriam, provavelmente, vivenciadas como uma repetição de relações de poder e submissão, de intrusão facilmente sexualizada, indutoras de uma maior pressão para nos agradar. Por baixo de uma estrutura aparentemente neurótica, eram evidentes as falhas pré-genitais que impediram a construção de uma identidade mais coesa. Ana apresentava uma marcada confusão identitária, aparentemente também relacionada com a confusão de papéis com que vivenciou as figuras paternas, tendo, por isso, construído falsos *selves*, na tentativa de se sentir gostada, mas que não resultavam senão numa sensação de vazio.

Os primeiros três anos de análise assim decorreram, com as nossas intervenções reduzidas ao indispensável para manter o *setting* como o espaço suficientemente protetor onde Ana pudesse sentir-se aceite, ao mesmo tempo que se encontrava identitariamente. Os sintomas bulímicos desapareceram rapidamente. A sensação de vazio, de confusão de identidade, passou a imperar. Um processo doloroso que Ana aparentemente tentava mitigar pela sedução, não só tentando ser a paciente exemplar, como também através do corpo: não raras vezes iniciava as sessões dizendo que tinha acabado de chegar da cabeleireira ou da esteticista, descrevendo minuciosamente os cuidados corporais (os cremes e as massagens) que comprava antes de vir para as sessões.

Mantendo a mesma postura de contenção, não interpretando sistematicamente na transferência

todos estes movimentos, foi com surpresa que, numa sessão após umas férias, Ana anunciou que tinha colocado implantes mamários.

Pensámos nas tentativas de sedução e de repetição na transferência, nas relações sexualizadas anteriores, ao mesmo tempo que não deixámos de colocar a hipótese, interiormente, da possibilidade de este movimento refletir uma tentativa de Ana possuir a mãe; de possuir, invejosamente, o seio materno que não teve. Mas um outro pensamento nos ocorreu: este parecia um processo inverso ao da anorexia da sua puberdade e adolescência. Se, na altura, poderíamos pensar que a anorexia era uma forma de a Ana não se tornar «mulher», não se tornar em algo semelhante à sua mãe, aqui poderíamos estar perante a necessidade de passar a vivenciar-se como mulher, num corpo sexualizado e *genderizado*. Possibilidade que se concretizaria perante a não repetição de padrões de abusos e intrusões por parte de um terapeuta homem, mas com o qual as transferências tinham sido, até então, aquelas habitualmente apelidadas de «maternas» (de resto, nos homens com que se relacionava durante muito tempo, eram as características maltratantes e abusivas da relação com a sua mãe que eram buscadas).

Disse-nos que já pensava na cirurgia há anos, mas que ia adiando; que nunca teve «mamas que se vissem»; que «tinha um corpo de um rapazinho».

Enquanto falava, fomos pensando no viés normativo que também nos assolou: a ideia de que Ana se deveria aceitar como era; e de que intervenções estéticas de modificação corporal seriam, por sistema, tentativas de mudar aquilo que deve ser aceite. Mas, neste caso, não estaria Ana simplesmente a descobrir a sua feminilidade e a lidar melhor com o seu corpo e a sua sexualidade? A aceitar um corpo feminino, a feminilidade que recusou na puberdade através da anorexia? Não estaria, dessa forma, a ser ela mesma, ainda que para isso tivesse de ter recorrido a uma cirurgia? E os cuidados corporais (as massagens, as cabeleireiras e as esteticistas) não seriam uma procura de cuidados corporais que complementassem o processo na descoberta de uma identidade, no sentido que dá a outros cuidados corporais (os maternos) Winnicott (2000 [1945])?

Retomámos a total atenção quando a ouvimos dizer: «Durante [os primeiros] meses, acreditei que não olhava para mim... quando me ia buscar à sala de espera não olhava para mim...» Respondemos que talvez não olhássemos para ela da forma que estava habituada a ser olhada; que víamos uma Ana que ela ainda não conhecia ou reconhecia; e que, por isso, talvez estivesse a falar de como não se via nem se aceitava. Após uns minutos de silêncio, disse: «Só agora fiz a cirurgia por me sentir capaz de ser mais feminina, mais mulher. Acho que agora

estou de bem com o meu corpo. Só a fiz porque estava de bem com o meu corpo de mulher... Parece paradoxal, mas é assim que o sinto. E acho que foi este trabalho que aqui fazemos que me permitiu fazer tal coisa... Agora consigo olhar-me no espelho e ver-me... e gostar de me ver...»

A modificação corporal que tradicionalmente poderia ser vista como um ato exclusivamente patológico, de não-aceitação do corpo próprio, foi então, a nosso parecer, neste caso específico, um ato de crescimento e amadurecimento, de abandono das suas posturas de passividade masoquista, passando Ana a incorporar atributos «masculinos» (de assertividade e atividade) numa identidade mais «feminina».

A segunda vinheta reporta-se a uma mulher, Clara (nome fictício), já perto dos 50 anos, cujo pedido inicial foi «ganhar coragem para se separar do marido». Nascida numa recôndita localidade do Nordeste do país, era a mais velha de uma fratria de quase dez, que, sucessivamente, e desde cedo, iam sendo enviados para estudar «na cidade», depois de terem ficado aos cuidados dos avós maternos (que trabalhavam no campo). Tendo sido Clara a primeira a vir para «a cidade», ficou uns anos (dos 7 aos 12 anos) a viver num quarto, em casa de desconhecidos. A partir dos seus 12 anos, os pais arrendaram uma casa onde iam ficando todos os irmãos e «os mais velhos iam tomando conta dos mais novos».

A sua história de vida, marcada por intensos sentimentos de abandono e por uma fragilidade narcísica, contrastava com o seu excelente percurso profissional e as funções de responsabilidade que exercia há anos. Os seus longos cabelos louros, a maquilhagem cuidada e a roupa que sempre realçava as naturais curvas do seu corpo feminino contrastavam, também, com uma pose hirta e distante.

As primeiras sessões de análise foram dedicadas a contar-nos a sua história precoce, onde não aparecia qualquer figura vivenciada como securizante ou de identificação; como se a sua identidade se tivesse construído a partir do completo vazio e exclusivamente por si mesma (se tal fosse possível). Ao descrever as relações com os irmãos e com os colegas de escola, não existia qualquer afetividade ou emoção. Na faculdade, engravidou de um colega que por ela estava apaixonado, mas do qual dizia: «nunca estive apaixonada». Passou a viver sozinha, recusando casar-se, apesar de esse ser o desejo do pai da criança, bem como dos familiares (que chegaram a recusar aumentar a mesada que recebia — «cheguei a passar fome, para conseguir comprar o essencial para o bebé»).

Frequentou as aulas até ao final da gravidez, retomando-as pouco depois do parto, deixando o

bebé com uma ama. Só no final do curso aceitou casar-se, e apenas «para satisfazer a família».

Todas as situações que iam sendo descritas eram-no desafetadamente. Éramos nós que íamos ficando angustiados com o que ela e o bebé tinham passado; e eis quando lhe dissemos que nos contava uma história de vida terrível, onde parecia ter estado só o tempo todo. Ao que Clara respondeu muito calmamente: «E não estamos todos? Como se costuma dizer, nascemos sós e morreremos sós... daí que não perceba porque me mantenho com este homem [o marido]; nunca o amei...»

Com o avançar do processo, vamos percebendo que o marido foi uma figura importante, quer na gravidez, quer na proteção e nos cuidados iniciais do filho de ambos, o que era sistematicamente desvalorizado por Clara.

O mesmo se passava na relação transferencial: desvalorizava a análise e a necessidade de ajuda, temendo a dependência. Na última sessão antes de férias, entrou para a sala com vários sacos de roupa acabada de comprar. Quando associámos as compras (e o trazê-las para a sessão) à ausência que ia sentir e à necessidade de ter (em vez de ser) algo para preencher um vazio que antecipava, negou, mais uma vez, dizendo que era assim que fazia as compras: poucas vezes, mas muito de cada vez.

No regresso de férias, pareceu ainda mais distante, queixava-se de que a análise «não estava a funcionar» e que não via nela qualquer utilidade. Ao mesmo tempo que não faltava a uma única sessão (o que, sabíamos, exigia esforços complexos na gestão da sua agenda e viagens longas e frequentes), ia sistematicamente «ameaçando» terminar com o processo.

O que fomos sentindo, contudo, é que à medida que a relação terapêutica se ia estabelecendo, de malgrado e com as suas resistências, Clara ia entrando em contacto com afetos depressivos que temia não conseguir suportar. Nas sessões antes das férias do segundo ano de análise, a depressão era evidente, ainda que sistematicamente negada. Foi então que, na primeira sessão após estas segundas férias, em que trazia uma camisola justíssima com uma flor bordada em cada mama, nos informou da irreversibilidade da sua decisão de terminar a análise, bem como da recente cirurgia de colocação de implantes mamários. Interpretámos-lhe as decisões como fugas à depressão e à relação, numa repetição do recurso ao isolamento afetivo e ao afastamento do outro, por medo da dependência.

Assim, neste caso, parece-nos que, de facto, a alteração corporal se enquadrou na fantasia de autoconstrução proposta por Lemma (2010b). Ao colocar os implantes mamários, Clara agiu o desejo de apropriação do corpo materno e da criatividade que lhe é intrínseca, para assim ultrapassar a dependência do objeto de desejo, numa construção simultaneamente onnipotente e invejosa (também

do seu analista), mas que poderá ter permitido realçar um equilíbrio perante aquilo que poderá ter sido sentido como uma ameaça de desintegração do *self* (Lemma, A., 2010b).

Finalmente, numa terceira vinheta, apresentamos um jovem, Ângelo (nome fictício), que aos 27 anos era já um quadro importante numa empresa de consultoria. Era um dos melhores alunos do seu curso, numa das melhores escolas do país na área em que se formou, e, simultaneamente, um cultor da «boa forma física», apresentando um corpo que parecia caber a custo nos fatos justos com que trabalhava (e com que vinha às sessões). Ademais do hiperdesenvolvimento muscular, era notória uma tensão muscular, que nos remeteu para a noção de couraça ou armadura muscular proposta por Reich (2001 [1933]). O motivo pelo qual pediu ajuda tinha que ver com a dificuldade em estabelecer relações amorosas duradouras («parece que a paixão só dura enquanto não tenho a certeza que elas gostam de mim... depois, deixo de me interessar»).

Depois de se apresentar como um rapaz «normal», com pais «normais» e uma infância «normal», foi passando as sessões dos primeiros meses do processo psicanalítico a falar das suas conquistas profissionais e musculares. As nossas tentativas de fomentar a introspeção ou de colocar de lado a realidade externa, interpretando a sua dificuldade em se expor e entregar à relação terapêutica, eram seguidas de curtos silêncios antes de retomar o discurso habitual.

Com o aproximar das férias, o ambiente das sessões começou muito lenta e gradualmente a mudar. Os silêncios começaram a tomar espaço nas sessões, o seu corpo parecia menos tenso e mais verdadeiramente deitado no divã. Descreveu-nos, então, pela primeira vez, os abusos sexuais de que foi vítima por parte de um familiar, seis anos mais velho, que passava as férias com a sua família: «Já ultrapassei isso... cheguei a pensar que poderia ser homossexual... das primeiras vezes, tentei que nada acontecesse... mas não queria acordar os meus pais... depois já sabia como era...»

Quando apontámos para o facto de não ter sido suficientemente protegido pelos pais (que dormiam no quarto ao lado), responsabilizou-se por não lhes ter contado por saber o quanto eles gostavam e admiravam o seu familiar.

Nas (poucas) sessões que restavam antes de férias, foi-nos descrevendo o investimento nos estudos e no desenvolvimento de um corpo forte e definido, desde a adolescência, após os períodos de abuso. Como se, por um lado, tivesse de provar que era bom e suficientemente masculino e, por outro lado, desenvolvesse uma armadura protetora, dissemos-lhe. «Talvez por isso tenha andado sempre a tentar conquistar as raparigas... mas depois perco

o interesse», respondeu Ângelo. Acrescentámos que talvez receasse voltar a ser magoado ou abusado.

Na última sessão antes de férias, vem, pela primeira, vestido informalmente, de *jeans* e *t-shirt*. Era impossível não ver as tatuagens que apresentava em ambos os braços, de padrões geométricos (que, mais tarde, nos descreveu como «tribais», mas cujo primeiro impacto nos conduziu à imagem de labirintos). Após um longo período de silêncio, questionámos o quão difícil poderia ser a ausência das sessões após estas últimas, em que falámos de assuntos tão dolorosos. Ângelo mexeu-se no divã e retomou a postura tensa das primeiras sessões, como se, de imediato, recuperasse a hipertonia muscular que apresentava no início do tratamento.

Quando retomámos as sessões, Ângelo descreveu as suas férias, durante as quais fez (e fala disso pela primeira vez) mais uma tatuagem. Foi a partir daí que passámos a saber que tinha diversas tatuagens «tribais» nos braços («não abaixo dos cotovelos») e nas coxas. A primeira tinha sido realizada após o seu 18.º aniversário, e desde aí, e até há cerca de dois anos, foi fazendo mais, até quase já não existir espaço nos membros (dizia querer deixar livre os antebraços, bem como as pernas, para que não fosse muito notório no trabalho).

As tatuagens, sabemos, são uma forma de expressão para o próprio e para o outro (Namir, S., 2006) que, podendo representar formas de manifestações de conflito psíquico ou do seu silenciamento, são, sempre, modos de subjetivação (Moreira *et al.*, 2010). E, como qualquer imagem, são passíveis de diferentes leituras de expressão simbólica e metafórica.

Daí que, nessa altura, o tenhamos questionado sobre o facto de ter interrompido as tatuagens há dois anos e agora, precisamente na pausa de férias da análise, ter retomado essa prática. Se, num primeiro momento, Ângelo desvalorizou o facto e se limitou a um mero «apeteceu-me», ao longo das sessões seguintes foi possível abordar as duplas armaduras (a muscular e a tatuada) que nos parecia ter construído. Se a armadura muscular traduzia, essencialmente, uma defesa por fragilidade narcísica, o revestimento da pele com as labirínticas tatuagens reforçava essa primeira armadura e, simultaneamente, traduzia a tensão entre o desejo de fusão e o medo de ser invadido. Como na fantasia de reivindicação proposta por Lemma (2010b), as tatuagens, em Ângelo, traduziam a sua necessidade de expulsar um mau objeto interiorizado, tendo as angústias de invasão sido (re)espoletadas pela ausência do analista. Transmitimos-lhe, por isso, que víamos as tatuagens como manifestações das suas dificuldades em estabelecer relações; mais ainda, as imagens labirínticas foram interpretadas como as dificuldades que impunha a quem quisesse entrar

no seu mundo. No fundo, as tatuagens eram a imagem das dificuldades relacionais de Ângelo e só assim puderam ser interpretadas, a partir da relação terapêutica e da tatuagem como um acting out (Karacaoglan, U., 2012) ocorrido nas férias.

Em conclusão, o que pretendemos transmitir é que, tomando em conta o conceito de unidade somatopsíquica, não podemos, na prática psicanalítica, colocar de lado as questões relacionadas com o corpo nem vê-las à luz da clássica medicina psicossomática, uma vez que esta reproduz o dualismo cartesiano — perturbações somáticas que traduzem perturbações psíquicas.

Igualmente importante é conseguir integrar, no trabalho psicanalítico e na relação transferencial-contratransferencial que o caracteriza, as alterações corporais: as que sucedem natural ou acidentalmente, mas também as induzidas de forma voluntária. E, no caso destas últimas, mais do que buscar e estabelecer iníquas delimitações entre a normalidade e o patológico, aproveitar a contribuição dos seus múltiplos, mas individualizados, significados para a (re)construção da identidade dos pacientes. 🐾

ABSTRACT

From the typical daily routines to complex aesthetic and / or reconstructive interventions, body modifications, in their different forms and diverse meanings, are also present in psychoanalytic clinical work.

Taking into account the “somatopsychic unity” concept, rather than establishing iniquitous delimitations between “normality” and “pathology”, we present, in this paper, three brief clinical vignettes where body modifications that occurred during the therapeutic process were integrated in it contributing to the (re) significance of the patients’ identity.

KEYWORDS: body, identity, psychoanalysis, body modifications.

BIBLIOGRAFIA

- Anzieu, D. (1974). «Le moi-peau». *Nouvel Revue de Psychanalyse*, 9: 195–208.
- Bick, E. (1991 [1967]). «A experiência da pele em relações de objecto arcaicas». In E. B. Spillius (ed.), *Melanie Klein Hoje*, vol. 1. Rio de Janeiro: Imago, 194–198.
- von Doellinger, O. (2017). *Corpo e identidade – Perspetiva psicodinâmica da unidade somatopsíquica*. Lisboa: Lidel.
- Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona: Paidós.
- Crerand, C. E., Franklin, M. E. & Sarwer, D. B. (2006). «Body Dysmorphic Disorder and Cosmetic Surgery». *Plastic and Reconstructive Surgery*, 118(7): 167e–180e.
- Erikson, E. H. (1987 [1968]). *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Freud, S. (1996 [1905]). «Três ensaios sobre a teoria da sexualidade». In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 119–229.
- Freud, S. (1996 [1923]). «O ego e o id». In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 13–80.
- Hartung, T. & Steinbrecher, M. (2018). «From somatic pain to psychic pain: The body in the psychoanalytic field». *The International Journal of Psychoanalysis*, 99(1): 150–180.
- Higgins, S. & Wysong, A. (2018). «Cosmetic surgery and body dysmorphic disorder – An update». *International Journal of Women's Dermatology*, 4: 43–48.
- Karacaoglan, U. (2012). «Tattoo and taboo: On the meaning of tattoos in the analytic process». *The International Journal of Psychoanalysis*, 93: 5–28.
- Lemma, A. (2010a). «Under the skin: A psychoanalytic study of body modification». Londres/Nova Iorque: Routledge.
- Lemma, A. (2010b). «Copies without originals: The psychodynamics of cosmetic surgery». *The Psychoanalytic Quarterly*, LXXIX(1): 129–157.
- Lombardi, R. (2003). «Catalyzing the dialogue between the body and the mind». *The Psychoanalytic Quarterly*, 72(4): 1017–1041.
- Mahler, M. (1982 [1967]). «Sobre a simbiose humana e as vicissitudes da separação». In *O processo de separação-individuação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 66–81.
- Moreira, J. O., Teixeira, L. C. & Nicolau, R. F. (2010). «Inscrições corporais: tatuagens, piercings e escarificações à luz da psicanálise». *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 13(4): 585–598.
- Namir, S. (2006). «Embodiments and disembodiments: The relation of body modifications to two psychoanalytic treatments». *Psychoanalysis Culture & Society*, 11: 217–223.
- Pankow, G. (1975). *O homem e a sua psicose*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Paula, P. R., Freitas-Júnior, R., Prado, M., Neves, C., Arruda, F., Vargas, V. & Fernandes, F. (2016). «Transtornos depressivos em pacientes que buscam cirurgia plástica estética: uma visão ampla e actualizada». *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 31(2): 261–268.
- Reich, W. (2001 [1933]). *Análise de carácter*. São Paulo: Martins Fontes.
- Sarwer, D. B., Zenville, H. A., Bartlett, S. P., Chang, B., Low, D. W. & Whitaker, L. A. (2004). «Mental health histories and psychiatric medication usage among persons who sought cosmetic surgery». *Plastic and Reconstructive Surgery*, 114(7): 1927–1933.
- Schilder, P. (1999 [1950]). *A imagem do corpo – As energias construtivas da psique*. São Paulo: Martins Fontes.
- Vartzopoulos, I. & Beratis, S. (2012). «Bodily manifestations in the psychoanalytic process». *The Psychoanalytic Quarterly*, 8(3): 657–681.
- Winnicott, D. W. (2000 [1945]). «Desenvolvimento emocional primitivo». In *D. W. Winnicott, Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 218–232.
- Winnicott, D. W. (2000 [1949]). «A mente e a sua relação com o psicossoma». In *D. W. Winnicott, Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 332–346.