SEVEN publicações acadêmicas

A psicossomática e a psicanálise freudiana: Articulações possíveis

https://doi.org/10.56238/medfocoexplconheci-016

Gesianni Amaral Gonçalves
Docente da Universidade do Estado de Minas Gerais/UEMG unidade Divinópolis, bolsista e Pesquisadora Produtividade da UEMG – PQ/UEMG. Psicanalista. Pós-doutora em Intervenções clínicas e sociais pela PUC Minas. Doutora em Estudos Psicanalíticos pela UFMG. Mestre em Psicologia pela PUC Minas. Especialista em Arte e Educação. Vice líder do grupo de pesquisa Plataforma de Estudo e Pesquisa da Subjetividade na Contemporaneidade/PESC.
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5905-3973

Alexandre Simões Ribeiro
Docente da Universidade do Estado de Minas Gerais/UEMG unidade Divinópolis. Psicanalista. Graduado em Psicologia/UFMG, Mestrado e Doutorado nas interfaces da Filosofia com a Psicanálise-FAFICH/UFMG. Líder do grupo de pesquisa Plataforma de Estudo e Pesquisa da Subjetividade na Contemporaneidade/PESC.
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1056-2053

RESUMO
Neste texto, busca-se por meio de uma revisão de literatura, contextualizar o termo psicossomática destacando a perspectiva da psicanálise. Para tanto, recorremos as concepções de Freud sobre a etiologia das neuroses, dando ênfase as neuroses atuais que indicam um modo de manifestação do mal-estar subjetivo que parece se instalar fora da dimensão do sentido que é articulado metaforicamente pelo sintoma neurótico. As neuroses atuais se apresentam como fenômenos somáticos que denunciam um tipo de precariedade simbólica recorrendo ao corpo como superfície de inscrição do sofrimento. Trata-se, ainda hoje, de um assunto complicado e delicado em termos de condução clínica, convocando à problematização dos limites de uma análise e à condução do tratamento. Pensar as neuroses atuais como um modo de manifestação do sofrimento psíquico fugidio à linguagem e à produção de saber, ou seja, que não se direciona ao Outro e não busca uma interpretação, mantem em nosso horizonte a subjetividade de uma época convidando ao estudo dos impasses e desafios da clínica psicanalítica contemporânea.

Palavras-chave: Psicossomática, Psicanálise, Neuroses Atuais.

1 INTRODUÇÃO

> Meu corpo apaga a lembrança que eu tinha de minha mente. Inocula-me seu patos me ataca, fere e condena por crimes não cometidos. O seu ardil mais diabólico está em fazer-se doente. (Carlos Drummond de Andrade).

Os estudos acerca das doenças cuja etiologia é dada pela influência do psíquico no corpo e por isso, recebem o nome de psicossomática, são vastos e diversificados. Podem ser abordados por perspectivas epistemológicas distintas, tais como a filosofia, a medicina, a sociologia, a psicologia e a psicanálise. Isto porque a discussão acerca da relação entre corpo e psiquismo sempre foi bastante debatida e a psicossomática se localiza no âmbito dessas reflexões, trazidas pela primeira vez por Anaxágoras (século V a.C.), ao propor a distinção entre soma e psique. Guir (2003) lembra que essa

dualidade se manteve através dos séculos, variando somente as concepções acerca dos modos de interação entre corpo e mente. Duas correntes sustentam essa relação: o *monismo* e o *dualismo*. A primeira posiciona o homem em um único princípio vital, uma vertente *idealista* que acredita que esse princípio seja constituído pela alma. A segunda, a vertente *materialista*, supõe que o corpo é a realidade desse princípio, sendo o psiquismo um epifenômeno do corpo (Ferraretto, 2010). Em sua obra *Peri psyches* (Sobre a alma), Aristóteles (por volta de 330 a.c) enuncia que a parte pensante da alma, que denomima espírito, não se mistura com o corpo, não é capaz de sentir ou sofrer, mas pode pensar (Dalgalarrondo, 2008).

O termo psicossomática foi criado pelo psiquiatra alemão Johann Christian August Heinroth (1773-1843) para demonstrar "a influência das paixões sexuais sobre a tuberculose, a epilepsia e o câncer" (Guir, 2003, p. 10). Assim temos que do campo da medicina algo diferente no adoecer do corpo foi se destacando, desde os primórdios desta ciência quando se pensava na interferência da alma no corpo, e adquirindo mais relevo em meados do século XIX, com Heinroth, considerado pioneiro em sustentar a importância dos afetos no adoecer humano.

Ao refletir acerca da relação entre sujeito e linguagem, Dias citado por Cerchiari (2000), critica o termo psicossomático, afirmando ser um termo gasto por ter entrado amplamente no domínio da psiquiatria e da medicina. Sugere que ao criar um lugar de investigação também o diluiu em outros espaços. Cardoso citado por Cerchiari (2000), afirma que o termo psicossomático pode reportar-se tanto a origem psicológica de determinadas doenças orgânicas, quanto às repercussões afetivas do estado de doença física no indivíduo e ainda confundir-se com simulação e hipocondria, tomando nesse caso um sentido negativo. Em uma acepção mais precisa, o termo circunscreve áreas específicas quando se refere à *medicina psicossomática*, às *doenças psicossomáticas* ou simplesmente à *psicossomática*.

Apesar do pioneirismo de Heinroth no uso do termo, Roudinesco & Plon (1998) localizam a psicossomática no âmbito da medicina, definindo que a medicina psicossomática, que concerne à relação direta entre o soma e a psique, nascera com Hipócrates. Esse verbete do *Dicionário de Psicanálise* descreve a maneira como certas doenças orgânicas são provocadas por conflitos psíquicos, "em geral inconscientes" (Roudinesco & Plon, 1998, p. 624). Eksterman (2010), para quem a psicanálise e a medicina psicossomática estão articuladas por uma perspectiva histórica e prática, define a medicina psicossomática como um estudo das relações mente-corpo com ênfase na explicação psicológica da patologia somática. Para este autor, trata-se de uma proposta de assistência integral e uma transcrição dos sintomas corporais para uma linguagem psicológica.

Para Facury (2011), o termo psicossomática delimita a tentativa empreendida pelo discurso médico de localizar o que escapa a uma ordem orgânica. O uso do vocábulo busca estabelecer uma relação entre dois termos: psíquico e somático. Ao demarcar a diferença entre essas duas instâncias,

reforça a dicotomia entre mente e corpo pressupondo, portanto, a necessidade de uma relação. Dunker (2011), comenta que o termo funciona como uma tipo de idioma a ser usado em fronteiras conflituosas e propícias à proliferação de equívocos. Ele seria utilizado na divisa entre psicanálise e medicina criando uma nova linguagem orientada para "o estudo do corpo e de certas doenças que seriam qualificadas de psicossomáticas" (Dunker, 2011, p. 91).

Sami-Ali (1995), distingui medicina psicossomática e psicossomática. Estabelece a medicina psicossomática como um modo de introduzir variáveis psicológicas no domínio que se define como orgânico e a psicossomática como um modelo teórico e uma metodologia específica, onde o somático é percebido em sua complexidade relacional com a subjetividade do indivíduo. A medicina psicossomática, conforme alude Trillat (1991), é uma especialidade anglo-americana, decorrente dos campos de primeira guerra mundial, na qual se dá relevância ao choque emocional, mas também aos aspectos afetivos e psicológicos do sujeito. Essa área da medicina surge nos Estados Unidos da América (EUA), nos anos da década de 1920 a partir dos estudos de Franz Alexander em Chicago e H.F. Dunbar em Nova Iorque.

O conceito de doença psicossomática, sua classificação e diagnóstico abrangem questões polêmicas e controversas nas alterações ocorridas na transição do DSM-IV para o DSM-V, referente aos critérios diagnósticos dos quadros clínicos que tem como característica marcante o sintoma somático. O *Transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados* nomeia o capítulo do DSM-V reservado aos transtornos que compartilham de um aspecto comum: a proeminência de sintomas somáticos associados a sofrimento e prejuízos significativos. Para esse manual, o componente somático resulta em maior gravidade, prejuízo funcional e, em alguns casos, refratariedade aos tratamentos tradicionais. Descrevem uma série de fatores que podem contribuir para esse transtorno, entre eles apresentam: vulnerabilidade genética e biológica, experiências traumáticas precoces e aprendizagem. Quanto à vulnerabilidade genética e biológica temos o exemplo de maior sensibilidade à dor, no caso das experiências traumáticas precoces citam o exemplo de violência, abuso, privação e no quesito da aprendizagem sugerem atenção recebida por causa de uma doença. Além desses fatores mencionam que há ainda normas culturais e sociais que desvalorizam e estigmatizam o sofrimento psicológico em comparação com o sofrimento físico (DSM – 5, 2014, p.310).

No bojo das doenças psicossomáticas, Halliday citado por Alexander (1989) propõe que a úlcera péptica, a artrite reumatóide, a hipertensão, o hipertireodismo essencial e outras disfunções estariam aí inclusas. O ponto de partida deste autor firma-se na hipótese de que o fator etiológico proeminente nestas doenças é o fator psicológico. Dunker (2011), localiza nesse âmbito: "algumas cronicidades, certas incertezas diagnósticas, dificuldades de aderência ao tratamento, indefinições etiológicas, que permitem que aquilo que não tem lugar seja enviado para o lugar daquilo que não tem lugar" (p.92).

O DSM-V que, diga-se de passagem, sempre tem lugar para transformar o sofrimento em transtorno destaca que o diagnóstico de um *transtorno de sintoma somático* e uma doença médica concomitante não são excludentes e frequentemente ocorrem em conjunto. Desta feita, um paciente pode, por exemplo, tornar-se gravemente incapacitado por sintomas do *transtorno de sintoma somático* após sofrer um infarto do miocárdio sem complicações, mesmo quando o infarto em si não resultar em nenhuma incapacidade (DSM – 5, 2014, p.322). De maneira inversa, um paciente pode sentir e apresentar a sintomatologia típica de um infarto agudo do miocárdio sem que realmente esteja ocorrendo essa condição médica, como ocorre na *miocardiopatia de Takotsubo* capaz de mimetizar um infarto. Esse quadro insere-se no capítulo do *Transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados* sendo apresentado como categoria diagnóstica de *Fatores psicológicos que afetam outras condições médicas* (Gonçalves, 2022).

Alexander (1989) defende a ideia que, teoricamente, toda doença é psicossomática, uma vez que fatores emocionais influenciam integralmente os processos do corpo através das vias nervosas humorais e que os fenômenos somáticos e psicológicos ocorrem no mesmo organismo sendo, portanto, dois aspectos do mesmo processo. Por este viés, a medicina psicossomática, que surge como reação à tradição dualista cartesiana, pode ser vista como proposta globalizante na maneira de olhar a doença. Cardoso citado por Cerchiari (2000) esclarece que a medicina, a par das descobertas e da teorização da psicanálise, das investigações no campo da reflexiologia por Pavlov (1976), da neurofisiologia por Cannon (1911) e da conceptualização da noção de stress por Selye (1956), utilizou destas valiosas contribuições para fazer uma nova leitura do adoecimento. Desta feita, a história da psicossomática pode ser dividida em duas grandes correntes: de um lado, a inspiração biológica alicerçada no conceito de stress, de outro lado as correntes inspiradas nas teorias psicanalíticas e com base no conceito de doença psicossomática.

Para Mello Filho (2010), a evolução da psicossomática ocorreu em fases. A primeira, denominada de fase inicial ou psicanalítica teve seu interesse voltado para os estudos da origem inconsciente e dos ganhos secundários da doença. A segunda, também chamada de fase intermediária, influenciada pelo modelo Behaviorista, valorizou as pesquisas tanto em homens como em animais, deixando assim grande legado aos estudos do stress. A terceira fase, denominada de atual ou multidisciplinar, valorizou o social, a interação e interconexão entre os profissionais das várias áreas da saúde.

Mosimann e Lustosa (2011) compreendem que a psicossomática possibilita a abertura para novas perspectivas entre a Medicina e a Psicanálise, oportunizando uma integração entre as diferentes perspectivas da doença com sua dimensão psíquica. Face à essa abertura, julgam a psicossomática por uma concepção de ciência e de uma prática, afirmando que se trata sobretudo de "uma nova visão da

patologia e da terapêutica, tornando possível o mote clássico: tratar doentes e não doenças" (Mosimann; Lustosa, 2011, p.216). Com este argumento, ressaltam que em sentido prático, não se trata de psicanálise aplicada aos doentes somáticos, ou mesmo psicanalisar portadores de enfermidades físicas. Trata-se, fundamentalmente, de uma transformação, tanto do pensamento quanto da atitude médica.

Os vários fatos observados na prática clínica evidenciam que soma e psiquismo formam uma só unidade e que a oposição entre os termos mental/corporal, físico/anímico, psíquico/somático carece de existência real. Assim sendo, Eksterman (2010) citando Perestrello afirma que é premente a noção do homem como unidade psicossomática. "O paciente deve ser encarado não como simples máquina que precisa de reparo, mas como ser necessitado que pede ajuda [...]" (p.40). Destarte, a psicossomática possui como objetivo básico a promoção de uma nova atitude na assistência, que visa à integração dos elementos psicodinâmicos e biológicos da patologia. Sendo assim, a atitude psicossomática atribui o valor devido à multidisciplinaridade, estando comprometida com o cuidado geral e a dimensão social da patologia, além da condição existencial do doente. Contudo, apesar de toda a conceituação bem estruturada e até otimista acerca da Psicossomática, Eksterman (2010) adverte que essa expectativa é "mais uma esperança do que uma realidade prática", sugerindo que há ainda muito a ser feito para que se efetue essa visão contrária ao dualismo cartesiano.

Melo Filho (2010), resume a psicossomática como uma ideologia acerca da saúde, do adoecimento e sobre as práticas de saúde, constituindo-se simultaneamente um campo de pesquisas sobre processos e "a prática de uma medicina integral" (p.29). Esse autor salienta que em função da força secular de uma dicotomia mente-corpo e de uma prática médica que acentua tal dissociação, talvez seja uma tarefa para séculos, corrigir esses fenômenos que são ideológicos e decorrentes de uma práxis. Valente (2012) citando o *Psychosomatic Medicine* (1939) define a psicossomática como proposta metodológica que visa convergir saberes de diferentes áreas de conhecimento tais como, a psicologia, a psicanálise e a medicina, tendo como objeto o estudo das inter-relações de aspectos psicológicos e fisiológicos de todas as funções corporais normais e anormais, integrando terapia somática e psicoterapia. O interesse maior dessa proposta é atuar na inter-relação mente e corpo com vistas à compreensão do ser humano e do processo de adoecimento.

A partir de uma revisão sobre a psicossomática podemos concluir que há diversas propostas teóricas e muitas possibilidades de compreensão da relação psíquico e somático. Há autores que privilegiam o foco no fisiológico, os que priorizam aspectos psicológicos, autores que partem da compreensão psicanalítica, psicodinâmica, social, ecológica, do ponto de vista do estresse, da personalidade entre outros. Em síntese, podemos concluir que a psicossomática é oriunda de uma tradição filosófica que buscou compreender o homem e o seu adoecimento de modo integrado. Constitui-se como um saber acerca da saúde e da enfermidade e está relacionada a um amplo campo

de pesquisas e práticas de distintas áreas do conhecimento. Passaremos agora à abordagem da psicossomática pela perspectiva da psicanálise.

2 A PSICOSSOMÁTICA E A PSICANÁLISE

No século XX, com o surgimento da Psicanálise vários psicanalistas se dedicaram ao estudo das manifestações psicossomáticas. Freud mesmo não se dedicou à pesquisa do campo da psicossomática, mas pode-se dizer que a abordagem psicanalítica dessa disciplina não deixa de ser herdeira de seus estudos sobre a neurose de angústia, o narcisismo e a hipocondria. Desta feita, podemos dizer que a psicossomática se constituiu como campo de saber tendo como uma de suas principais influências as contribuições freudianas a respeito da relação entre mente e corpo.

Valas (1990), lembra que o criador da psicanálise empregou o termo *psicossomática* somente uma vez, em uma carta dirigida a Viktor Freiherr von Weizsäcker (1886-1957), em 1923. Esse médico neurologista defendia a ideia que a história de cada sujeito é a base de todas as patologias orgânicas, promovendo desta forma uma reflexão que fomenta a união entre os aspectos subjetivos e as doenças (Lindenmeyer, 2012). Embora reconhecendo a existência de fatores *psicógenos* nas doenças, Freud prefere que os psicanalistas se limitem ao estudo das psiconeuroses por motivos de aprendizado e, podemos supor que por delimitação de uma área de atuação específica da psicanálise, ainda incipiente à época.

Roudinesco & Plon (1998) salientam que foi através da medicina psicossomática que a clínica freudiana se introduziu na medicina fazendo-se presente nos grandes serviços hospitalares. Entretanto, antes que essa possibilidade se tornasse realidade, um longo percurso foi percorrido na interlocução entre os sintomas psíquicos e os somáticos. As contribuições da psicanálise para a teoria psicossomática são valiosas, uma vez que a teoria psicossomática permanece estreitamente ligada à psicopatologia e mais especialmente à noção de psiconeurose. Porém, devemos ter no horizonte a certeza de que a psicanálise, diferentemente da psiquiatria, possui um entendimento que prioriza o particular ao universal, valoriza os mecanismos de defesa e a maneira como o sujeito lida com o sofrimento.

Para a clínica psicanalítica, seja no diálogo com a psicossomática ou com a psicopatologia, a identificação dos conflitos, presentes desde a infância é fundamental para compreender o sujeito e poder tratá-lo. Além disto, enquanto para a medicina o que importa é a abolição dos sintomas que incomodam ao paciente garantindo a cura, para a psicanálise é preciso que o sujeito fale de suas angústias e conheça com mais propriedade o que o aflige ou aquilo que o adoece.

Na história da psicanálise, diversas correntes de psicossomática desenvolveram-se, merecendo destaque alguns de seus mentores, tais como: Georg Groddeck (1866-1934), Franz Alexander (1891-1964), Alexander Mitscherlich (1908-1982), Pierre Marty (1918-1993), Michel de M'Uzan (1921-

2018), Theodor Reik (1888-1969), Sandor Ferenczi (1873-1933), Wilhelm Stekel (1868-1940), Max Eitingon (1881-1943), Ernest Simmel (1882-1947), Melanie Klein(1882-1960), Félix Deutsch (1884-1964) e Wilhelm Reich(1897-1957).

Dos psicanalistas que se reuniam com Freud na *Sociedade psicológica das quartas-feiras,* que em 1908 se tornaria a *Sociedade Psicanalítica de Viena* (Gay, 1989), alguns se dedicaram ao estudo do campo da psicossomática. As reuniões foram frequentadas inicialmente por Max Kahane, Rudolf Reitler, Alfred Adler. Gay (1989) esclarece que o recrutamento de novos membros era feito por aprovação unânime na qual um membro apresentava outro, chegando a contar com dezessete membros em 1906. As notas de Otto Rank registraram as discussões que ocorriam nas reuniões e que contemplavam temas relacionados à discussão de casos clínicos, psicanálise de obras literárias e personalidades públicas, resenhas de lançamentos psiquiátricos e apresentação prévia de trabalhos a serem publicados pelos membros do grupo.

Gay (1989) comenta que Maximilian Steiner, dermatologista e especialista em doenças venéreas confessou, em uma reunião de outubro de 1907, ter sofrido diversos tipos de "sintomas psicossomáticos durante um período de abstinência sexual, os quais desapareceram tão logo começou um caso com a mulher de um amigo impotente" (Gay, 1989, p.172). Esse relato é precioso, pois indica que apesar de não constar oficialmente dentre os temas discutidos pelos membros da *Sociedade psicológica das quartas-feiras,* a psicossomática era assunto em pauta nestas reuniões, portanto, aceito e discutido por Freud. Outra passagem notável desse momento da história da psicanálise refere-se à predileção de Freud por membros leigos para compor o grupo, "temendo, como sempre, que a psicanálise pudesse virar um monopólio dos médicos" (Gay, 1989, p. 172). Seria esse um dos motivos da quase ausência da psicossomática na obra freudiana? Sendo a temática afeita aos médicos e gerando, como vimos uma área da medicina surgida nos Estados Unidos, um motivo a mais para não atrair o interesse de Freud?

3 FREUD, UM PACIENTE PSICOSSOMÁTICO

É sabido que o pai da psicanálise não disfarçava a antipatia pelos "abomináveis americanos" (Gay, 1989, p. 512). A repulsa era tão grande que o leva a expressar diversas queixas somáticas atribuídas à América ou aos americanos como, por exemplo, sua dispepsia, atribuída por ele a viagem que fizera aos Estados Unidos no outono de 1909: "A América me custou muito caro" (Freud *apud* Gay, 1989, p.513). Em outro momento ele chega a afirmar: "minha colite adquirida em Nova York" (idem, p.513), e ainda refere-se aos problemas que tivera na próstata às "situações mais incômodas como, pela primeira vez dez anos atrás, na América" (idem, p. 513). Não é nosso intuito com essas assertivas freudianas compreender ou explorar o antiamericanismo do pai da psicanálise, mas sim, registrar situações que possam sugerir respostas à ausência de uma bibliografia freudiana destinada à

psicossomática. Conforme já propomos é nos Estados Unidos que a psicossomática se desenvolverá como campo da medicina unindo, portanto, duas ressalvas freudianas: os americanos e a apropriação dos médicos pelos princípios da psicanálise.

Outro aspecto singular é o fato do próprio Freud ter sofrido de doenças consideradas psicossomáticas tanto pela medicina, quanto pela psicanálise, dado que ele mesmo atribui seu sintoma somático a uma causa: os Estados Unidos. Assim sendo, mesmo não utilizando o termo psicossomática, Freud dá a ela um lugar possível como origem de certos sintomas que surgem de um mal-estar psíquico e se expressam no corpo. Como, por exemplo, o seu sintoma físico, a colite resultante de um mal-estar vivenciado pela viagem à Nova York.

No texto *Tratamento psíquico (ou anímico),* Freud (1905/1980) abordou de maneira pormenorizada a reciprocidade na relação entre o anímico e o físico. Ele assim definiu o tratamento psíquico: "Tratamento psíquico'' quer dizer, antes, tratamento que parte da alma, tratamento – seja de perturbações anímicas ou físicas – por meios que atuam, em primeiro lugar e de maneira direta, sobre o que é anímico no ser humano'' (Freud, 1905/1980, p.267). O psicanalista está preocupado em compreender o que ocorre com um grande número de doentes que por meio de seus distúrbios e queixas somáticas não se encontram "sinais visíveis e palpáveis do processo patológico" (p.268). Importante destacar nessa passagem, uma premissa freudiana que se mantém viva, o tratamento partirá sempre do psíquico, mesmo quando a *perturbação* é física. Ou seja, o psíquico pode ser a origem de certas queixas somáticas, mas é também o princípio de sua cura.

Neste contexto, Freud (1905) comenta sobre a variedade multiforme do quadro patológico, chegando a citar casos de sintomas característicos da dispepsia da qual ele próprio sofria. A respeito desses sintomas ele descreve: "sua digestão é perturbada por sensações dolorosas, eructações ou espasmos gástricos, a defecação não se dá sem a ajuda de laxativos, o sono é abolido etc" (Freud, 1905/1980, p.269).

Mesmo não se referindo à psicossomática é inegável que Freud está nesse momento, preocupado e envolvido em compreender esses sintomas que se manifestam no físico, mas que são motivados pelo anímico (*Psyche*). Sobre os sinais da doença, ele diz que "é possível observar que os sinais de padecimento estão muito claramente sob a influência das excitações, comoções, preocupações etc., e também que desaparecem, podendo dar lugar a uma saúde plena, sem deixar nenhum vestígio" (Freud, 1905/1980, p.269). Além de mencionar a influência das preocupações na origem do sintoma físico, Freud salienta as condições de vida como capazes de interferir no padecimento e a mobilidade da doença que pode desaparecer ou surgir em uma situação específica, como por exemplo, em uma viagem.

Freud demonstra preocupação em compreender a origem do sintoma, seja ele somático ou psíquico, mas seu interesse maior possui um caráter clínico, pois o que ele busca é uma maneira efetiva

de intervir no sintoma. Para tanto, como é do conhecimento de todo analista, só há uma ferramenta eficaz: a palavra. Ouçamos o alerta freudiano: “as palavras são também a ferramenta essencial do tratamento anímico. O leigo por certo achara difícil compreender que as perturbações patológicas do corpo e da alma possam ser eliminadas através de “meras” palavras” (Freud, 1905/1980, p. 270). Vemos, portanto, uma diretriz clínica indiscutível, por mais que o analista atue em hospitais ou em ambientes destinados ao tratamento da saúde física, o único instrumento a ser manuseado é a palavra. Ao mencionar as palavras como “magia atenuada” Freud (1905/1980) parece anunciar aquilo do qual Lacan se utiliza para dizer do que o sujeito se constitui: o significante. Mas deixemos esse passo largo a ser dado em um outro momento, por enquanto, voltemos às contribuições de Freud para o desenvolvimento da psicossomática.

4 UMA NOSOGRAFIA FREUDIANA

Tomando como ponto de partida aquele que é considerado um divisor de águas entre os escritos neurológicos e psicológicos de Freud, logo, entre um olhar médico e o início de uma perspectiva psicanalítica, recorremos ao artigo, fruto de suas observações no Salpêtrière, *Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas* (1888) para dar início à discussão que almejamos. O intuito aqui é delimitar o marco estabelecido por Freud na associação entre psique e soma (fruto de seus estudos com as histéricas) e a diferença que traça entre a neurose de defesa e a neurose atual, problematizações que foram referências para o desenvolvimento de muitas teorias psicossomáticas.

Freud evidencia a importância das distinções diagnósticas e causais dos sintomas histéricos, da angústia e dos quadros orgânicos para possibilitar um tratamento psicanalítico. É fundamental sublinhar que a angústia vivida no corpo juntamente com os sintomas corporais da histeria, consistem em modalidades do fenômeno clínico que permitiram a Freud delinear uma concepção inovadora acerca da inter-relação corpo e psíquico. Ao não encontrar lesão orgânica que justificasse os sintomas apresentados no corpo das pacientes histéricas, Freud no artigo acima referido afirma: “nas suas paralisias e em outras manifestações, a histeria se comporta como se a anatomia não existisse, ou como senão tivesse conhecimento desta” (Freud, 1888/1980, p.188). Deste modo, o que está envolvido na paralisia histérica é a ideia do corpo em geral (nas percepções táteis e visuais), e não noções de anatomia do sistema nervoso. Freud desvenda que na histeria não há lesão no órgão, “a lesão será uma modificação da concepção, da ideia de braço, por exemplo” (Freud, 1888/1980, p.189). Desta constatação passamos do campo da medicina, da anatomia e da lesão no órgão para à área da psicologia e para o pensamento da psicanálise que estava surgindo com essas descobertas.

A partir da constatação que as paralisias, contraturas e anestesias histéricas não obedecem a uma lógica anatômica ou fisiológica, Freud busca entender como se dá a paralisia ou a anulação da

função de um órgão. Ele se interessa pela etiologia dessas manifestações e, consequentemente por encontrar um "método especial de psicoterapia" (Freud, 1888/1980, p.191), que será como sabemos denominado de psicanálise. Ouçamos sua explicação para o mecanismo de formação da paralisia histérica:

> Todo evento, toda explicação psíquica é revestida de uma determinada carga de afeto (*affektbetrag*)[1] da qual o ego se desfaz, seja por meio de uma reação motora, seja pela atividade psíquica associativa. Se a pessoa é incapaz de eliminar esse afeto excedente ou se mostra relutante em fazê-lo, a lembrança da impressão passa a ter a importância de um trauma e se torna causa de sintomas histéricos permanentes (Freud, 1888/1980, p.191).

Compreendemos que este mecanismo de formação do sintoma histérico aponta também para a dimensão econômica do funcionamento psicossomático trazendo à cena a questão do trauma na origem do sintoma. Relevante destacar, seguindo com a orientação de Freud (1895/1980), que aquilo que age como desencadeador de um sintoma é o reviver do trauma como lembrança *a posteriori*, depois que o sujeito ingressa na maturidade sexual e não as experiências em si. Isto porque como sabemos, Freud abandonará a teoria do trauma, como algo ocorrido na realidade material, ao compreender e delimitar o mecanismo da fantasia (realidade psíquica). Ainda neste contexto de delimitação das psiconeuroses, Freud faz a seguinte advertência: "não são as experiências em si que agem de modo traumático, mas antes sua revivescência como lembrança depois que o sujeito ingressa na maturidade sexual" (Freud, 1896/1980, p. 155-156). Esta é a noção de posterioridade em psicanálise, ou seja, uma experiência só adquire sentido no período posterior à puberdade.

No tocante à formação do sintoma acima descrita, podemos referir que esses sintomas consistem no envolvimento do órgão paralisado ou função abolida em uma associação que é revestida de grande carga de afeto, podendo ser restituídas suas funções quando a quantidade de afeto for eliminada. O sintoma é convertido para um corpo que é representado psiquicamente e assim, ao associar o sintoma à cena traumática, este adquiri um sentido atribuído pelo sujeito que ao verbalizar sobre essa cena pode produzir o abrandamento dos sintomas.

Conforme Freud (1894) definira, o método catártico de Breuer consistia em reconduzir o *quantum* de excitação da esfera somática para a psíquica, resolvendo assim a contradição através do pensamento (instância psíquica) e da descarga de excitação por meio da fala. Neste momento de sua obra, Freud (1894), atesta a conversão como fator característico da histeria, o que será revisto alguns anos depois, no caso Dora, época em que o psicanalista vai dar à repulsa (quando a função erótica do corpo é rebaixada à necessidade orgânica) o caráter de fenômeno primário da histeria.

[1] Ab-reação dos acúmulos de estímulo.

Importante destacar ainda neste tempo, a defesa como ponto central da teoria das psiconeuroses, fase em que Freud trabalha com a hipótese de uma catexia de energia (libido) capaz de afetar o corpo. São dele as palavras:

> Refiro-me ao conceito de que, nas funções mentais, deve-se distinguir algo – uma carga de afeto ou soma de excitação – que possui todas as características de uma quantidade (embora não tenhamos meios de medi-la) passível de aumento, diminuição, deslocamento e descarga, e que se espalha sobre os traços mnêmicos das representações como uma carga elétrica espalhada pela superfície de um corpo (Freud, 1894/1980, p. 65).

Esta hipótese de uma carga elétrica capaz de afetar o corpo é correspondente a uma ideia contemporânea a Freud, proveniente da física, referente a fluxo de energia. Parece haver uma dimensão econômica e dinâmica nos sintomas que afetam o corpo e que serão utilizados, como ideia de base, por muitos pesquisadores pós-freudianos que se dedicaram ao estudo da psicossomática.

No modelo econômico freudiano, os processos energéticos regulam a atividade mental. A libido é fonte de energia guiada para o princípio do prazer e através do princípio da realidade ela se liga a um objeto (relação de catexia) para sua descarga e satisfação. O aspecto econômico relaciona-se diretamente aos movimentos de regulação da quantidade de energia utilizada nos processos mentais através do princípio do prazer-desprazer. Nesta perspectiva, compreendemos que a psicanálise delega à pulsão o caráter dinâmico do funcionamento psíquico. No modelo dinâmico, os fenômenos mentais são o resultado de forças em conflito provenientes da oposição entre as forças pulsionais (desejos sexuais inconscientes) e as defesas derivadas do eu (princípios normativos/morais). Trata-se do dispêndio de energia psíquica, das catexias da libido, fator essencial para a compreensão do recalque. Para que uma representação pulsional possa manter-se recalcada, há o dispêndio de força.

São os princípios econômico e dinâmico do funcionamento mental que possibilitam a subversão da anatomia operada pela conversão histérica. Esta assinalada pela história de vida do sujeito e de acordo com a representação simbólica do seu corpo marca a separação do corpo biológico (que obedece às leis da anatomia) do corpo pulsional (que obedece às leis do desejo inconsciente). Tal descoberta freudiana assinala o início da psicanálise e o estudo das psiconeuroses. Assim, Freud (1894/1980) agrupa a histeria, as obsessões e certos casos de confusão alucinatória sob o nome de neuropsicoses de defesa. O autor esclarece que tais afecções revelaram um aspecto comum, definindo esse aspecto: "seus sintomas emergiam por meio do mecanismo psíquico de defesa (inconsciente) – isto é, emergiam como uma tentativa de recalcar uma representação incompatível que se opunha aflitivamente ao ego do paciente" (Freud, 1896/1980). Neste momento, Freud menciona a defesa ou recalcamento como o ponto nuclear do mecanismo psíquico das neuroses que o possibilitaram fornecer uma fundamentação clínica para a psicanálise.

Utilizando o mecanismo psíquico observado nos casos de histeria como substrato das neuroses, o psicanalista irá descrever a natureza da neurose obsessiva e buscar esclarecimentos para o *obscuro*

mecanismo das fobias. Inicialmente ele atribuía o mesmo mecanismo à maioria das fobias e obsessões (Freud, 1894/1980), entretanto, ele irá distinguir as fobias de base psíquica das fobias sem qualquer base psíquica e deste modo caminhar para as distinções entre a neurose de angústia e a neurastenia para, posteriormente traçar à separação entre as psiconeuroses e neuroses atuais.

Buscando seguir essa rota, àquela época ainda não consistentemente traçada por Freud, retomaremos algumas observações acerca da neurose de angústia para em seguida, nos ocuparmos das neuroses atuais que sinalizam para importantes questões pertinentes à interação psiquismo e corpo podendo contribuir para a compreensão de aspectos psicológicos capazes de intervir nos processos de adoecimento físico.

Freud (1895/1980) descreveu a sintomatologia clínica da neurose de angústia, enumerando uma lista com distintas formas de *ataque de angústia* por ele conhecidos já naquela época e que compreendemos serem pertinentes com a descrição de muitas doenças tidas como psicossomáticas que conhecemos na atualidade. Além dos distúrbios da atividade cardíaca, Freud (1895/1980) menciona a capacidade de crises de angústia produzirem distúrbios respiratórios, sudorese, "tremores e calafrios, muito facilmente confundidos com ataques histéricos" (p.95), diarreia, vertigem, congestões entre outros.

As concepções de Freud sobre a etiologia das neuroses nessa época possibilitaram a seguinte divisão: psiconeuroses (histeria e neurose obsessiva) e neuroses atuais (neurastenia e neurose de angústia). Segundo Strachey (1969), editor da *Standard Edition*, no ano de 1895, Freud encontrava-se em transição no processo de passar das explicações fisiológicas dos estados psicopatológicos para as explicações psicológicas. Ele assim resume as propostas de Freud neste contexto:

> Por um lado, propunha o que era, em linhas gerais, uma explicação química das neuroses "atuais" – neurastenia e neurose de angústia – (em seus dois artigos sobre neurose de angústia, [*Quais são os fundamentos para destacar uma síndrome específica denominada neurose de angústia* e *Respostas às críticas a meu artigo sobre a neurose de angustia*] 1895), e, por outro, propunha uma explicação essencialmente psicológica – em termos de "defesa" e "recalcamento" – para a histeria e as obsessões (em seus dois artigos sobre *As neuropsicoses de defesa*, 1894 e 1896). Sua formação anterior e sua carreira como neurologista levavam-no a resistir à aceitação das explicações psicológicas como definitivas; e ele estava empenhado em elaborar uma estrutura complexa de hipóteses destinadas a possibilitar a descrição dos eventos mentais em termos puramente neurológicos. Essa tentativa culminou no "*Projeto*" e foi abandonada não muito depois. Até o fim da vida, porém, Freud continuou adepto da etiologia química das neuroses "atuais" e a acreditar que se acabaria encontrando uma base física para todos os fenômenos mentais. Entrementes, ele chegou pouco a pouco ao ponto de vista expresso por Breuer de que os processos psíquicos só podem ser tratados na linguagem da psicologia (Strachey, 1969, p. 27).

Se naquela época o psicanalista ainda estava empenhado em *formular os dados da psicologia em termos neurológicos*, sabemos que pouco tempo depois, ao propor a existência dos processos mentais inconscientes, esse projeto é substituído pelo interesse em desvendar os enigmas das neuroses e pela criação da psicanálise. Vemos assim um movimento freudiano, efetuado no final do século XIX,

que vai na contramão do movimento contemporâneo que almeja explicar o homem e suas diferentes formas de viver e de sofrer em termos estritamente biológicos.

Freud (1916-1917/1980) na Conferência XXIV - *O estado neurótico comum* apresenta uma distinção entre as psiconeuroses de defesa e as neuroses atuais. Na discussão de sua nosografia cita diversos tipos de neurose, entre elas: neurose narcísica, neurose traumática, neurose de guerra, neurose histérica, neurose obsessiva, neurose de transferência e neuroses atuais. Quanto a esta última, uma nota de rodapé (p.449) amplia a explicação para o uso do termo, no qual o *atual* se refere ao momento atual, diferenciando esse grupo de neurose das psiconeuroses cuja etiologia se situa no passado, ao passo que as neuroses atuais têm origem no momento contemporâneo. O psicanalista vienense distingue três formas puras de neuroses atuais: neurastenia, neurose de angústia e hipocondria, salientando que elas podem ocorrer em sua forma pura, entretanto, frequentemente estão mescladas entre si ou com "algum distúrbio psiconeurótico" (Freud, 1916-1917/1980, p. 454). Ele sinaliza para um aspecto de muita relevância para o desenvolvimento clínico: o valor do diagnóstico diferencial. É dele a orientação de não abandonarmos a diferenciação entre as neuroses, mesmo quando elas se mesclam: "Isto não deve levar-nos a abandonar a diferença entre elas" (p. 454). Freud prossegue salientando que o fato de ocorrerem misturadas mostra a "notável relação" existente entre os sintomas das neuroses atuais e os das psiconeuroses.

Para ressaltar a importância dessa distinção ele menciona o exemplo da mineralogia e da diferença entre os diversos tipos de minerais que constituem as rochas, aludindo que o conjunto das entidades clínicas corresponde aos minerais. Destarte, vemos sua preocupação em diferenciar do conjunto das entidades clínicas as formas individuais de neurose que similarmente aos minerais se agrupam formando as rochas, no caso, diferentes neuroses se mesclam e constituem quadros clínicos mais amplos. O autor ressalta que esse agrupamento não ocorre por acaso, mas em consequência daquilo que determinou sua origem. Vemos assim, o zelo freudiano em compreender o mecanismo complexo envolvido na formação da neurose.

5 O *GRÃO DE AREIA E A MADREPÉROLA*

Empenhado em compreender como se dá a formação dos sintomas, Freud (1916-1917/1980) busca na relação entre os sintomas das neuroses atuais e os das psiconeuroses ampliar seu conhecimento no assunto. Ele chega à conclusão de que o sintoma de uma neurose atual é, em muitos casos, o núcleo de um sintoma psiconeurótico. Nesta associação, o autor cita um modelo:

> Tomemos como exemplo um caso de dor de cabeça ou dor lombar histérica. A análise nos mostra que, pela condensação e pelo deslocamento, o sintoma tornou-se satisfação substitutiva de toda uma série de fantasias e recordações libidinais. Mas essa dor, em determinada época, era também uma dor real e era, então, um sintoma sexual tóxico direto, expressão somática de uma excitação libidinal (Freud, 1916-1917/1980, p. 455).

O exemplo de Freud é muito elucidativo e nos mostra claramente duas vias distintas a serem consideradas na análise dos sintomas somáticos. A primeira via sinaliza para a condensação/deslocamento da dor em uma satisfação substitutiva (fantasias) enquanto a segunda indica a expressão somática de uma excitação libidinal (dor física). Desta feita, na primeira via, o sintoma somático, a dor de cabeça, por exemplo, passa por uma cadeia simbólica podendo metaforizar aspectos da vida sexual produzindo uma satisfação substitutiva. Trata-se nesse caso, da tese apresentada por Freud (1898/1980) no texto *A sexualidade na etiologia das neuroses*, no qual ele afirma que "os acontecimentos e influências que estão na raiz de toda psiconeurose pertencem, não ao momento atual, mas a uma época da vida há muito passada, que é, por assim dizer, pré-histórica – à época da primeira infância [...]" (Freud, 1898/1980, p. 240). A segunda refere-se a um incômodo real que é expresso no corpo, por meio de uma dor ou de uma doença, fruto de uma excitação libidinal. Nesse caso, não há mediação simbólica dado que a dor não substitui um conteúdo recalcado. Mas, em ambos os casos, a sexualidade está na origem da neurose, sendo que na segunda via, os fatores etiológicos da vida sexual são conhecidos do paciente e "[...] pertencem ao momento atual, ou, mais exatamente, ao período de sua vida que se estende desde a maturidade sexual (embora essa delimitação não cubra todos os casos)" (Freud, 1898/1980, p. 239).

O autor adverte que não são todos os sintomas histéricos que contém um núcleo dessa espécie, mas que com frequência, as influências somáticas (normais ou patológicas) causadas por excitações libidinais são presentes na construção dos sintomas histéricos. Em um tom quase poético, o psicanalista alude a essas influências o "papel do grão de areia que um molusco cobre de camadas de madrepérola" (Freud, 1916-1917b/1980, p. 455). Sabendo que a produção da pérola pela ostra nada mais é do que um mecanismo de defesa do animal - quando ocorre a penetração de corpos estranhos, como grãos de areia, entre a concha e o manto - aludimos a conversão histérica (quando possui como núcleo o sintoma de uma neurose atual), como uma reação de defesa a esse incômodo.

O grão de areia pode ser compreendido como o núcleo do sintoma neurótico que é formado por uma manifestação sexual somática que, no caso da histeria, receberá um revestimento psíquico (manto de madrepérola), ficando sem revestimento, no caso das neuroses atuais e de certas manifestações psicossomáticas. No texto, *Contribuições a um debate sobre a masturbação*, Freud (1912/1980) já havia citado essa mesma metáfora afirmando que as neuroses atuais fornecem à histeria, em muitos casos, a complacência somática, isto é, o material excitativo que é psiquicamente selecionado e recebe o revestimento psíquico necessário para conversão histérica.

O que inferimos dessas passagens é que as diferentes neuroses não devem ser pensadas como quadros excludentes dado que Freud estabelece uma relação estreita entre elas. Dizer que no núcleo do sintoma neurótico há um sintoma somático, ou que na base de um sintoma psiconeurótico há uma neurose atual, significa considerar que o psiquismo está assentado no corpo. Contudo, constatando o

esforço freudiano para diferenciá-las percebemos que essa distinção trás o delineamento do próprio campo psicanalítico. Na nosografia freudiana inicial, a distinção entre neuroses atuais e psiconeuroses é fundamental para a constituição da psicanálise, pois indica o que pode ser tratado pela técnica psicanalítica e o que estaria fora de seu alcance.

6 UMA RANHURA NO SIMBÓLICO

A diferenciação empreendida por Freud entre psiconeuroses de defesa e neuroses atuais se deve ao mecanismo que opera por trás dessas manifestações clínicas. Distintamente das psiconeuroses de defesa, as neuroses atuais possuem em sua etiologia não um mecanismo psíquico, mas o emprego inadequado de energia sexual. Trata-se de uma quantidade de excitação somática que não chega à esfera psíquica, retorna para o próprio corpo gerando irritabilidade, angústia e hipocondria. A excitação somática não se liga a representações ficando represada no corpo, em outros termos, não se origina de defesa, mas de um mecanismo que não se situa no psíquico. Além deste aspecto diferencial, as neuroses atuais, como mencionado anteriormente, não possuem uma etiologia infantil, mas sim contemporânea. Assim sendo, diferente das psiconeuroses, nas neuroses atuais não há mediação simbólica (deslocamento e condensação) resultando em sintomas predominantemente somáticos ou não simbólicos. Teríamos, portanto, duas vias distintas na formação dos sintomas: aqueles resultantes do recalque, os sintomas clássicos das neuroses e fenômenos que sinalizam para uma defesa primária, não resultante do processo de recalcamento, mas de uma fixação da libido, no caso das neuroses atuais.

Vemos assim que através da *sexualidade na etiologia das neuroses* Freud evidenciou dois caminhos através dos quais os processos psíquicos se relacionavam e interferiam nos mecanismos orgânicos: pela neurose de defesa (conflitos psíquicos podem gerar sintomas somáticos) e pela neurose atual (o aumento da excitação somática sem o trabalho psíquico necessário pode gerar sintomas somáticos). A excitação física tem, portanto, um duplo destino: ser consumada pelas vias físicas, bem como ser elaborada e representada ao nível psíquico. Um caminho ocorre por meio do trabalho psíquico e o outro pela ausência dele. Está parece ser a grande ressalva de Freud (1895/1980) já explicitada quando ele destaca que na neurose de angústia: “o afeto não se origina numa representação recalcada, revelando-se não adicionalmente redutível pela análise psicológica, nem equacionável pela psicoterapia. Portanto, o mecanismo de substituição não é válido para as fobias da neurose de angústia” (Freud, 1895/1980, p.97). Tal problemática se evidencia novamente, vinte e um anos depois, quando Freud (1916-1917/1980) busca reiterar a distinção entre as psiconeuroses e as neuroses atuais.

Nessa conferência o autor faz um acréscimo relevante afirmando que em ambos os casos os sintomas se originam da libido constituindo empregos anormais desta, “são satisfações substitutivas” (Freud, 1916-1917/1980, p. 451). Em seguida, adverte:

> Mas os sintomas das neuroses atuais – pressão intracraniana, sensações de dor, estado de irritação de um órgão, enfraquecimento ou inibição de uma função – não têm nenhum "sentido", nenhum significado psíquico. Não só se manifestam predominantemente no corpo [...], como também constituem, eles próprios, processos inteiramente somáticos, em cuja origem estão ausentes todos os complicados mecanismos mentais que já conhecemos" (Freud, 1916-1917/1980, p.451-452, grifo nosso).

Instigantes essas elaborações freudianas que nos fazem problematizar: se os sintomas das neuroses atuais também são satisfações substitutivas, como pode haver ausência de sentido se há um evidente mecanismo de deslocamento da pulsão que se manifesta de modo diverso no corpo? A solução é apresentada por Freud ao explicar que a função sexual não é puramente psíquica e nem puramente somática[2], ela "influencia igualmente a vida corporal e mental" (Freud, 1916-1917/1980, p. 452). Desta feita, o que explicaria o emprego da libido e a formação de uma satisfação substitutiva é o fato de que nas psiconeuroses ocorrem manifestações de distúrbios na atuação psíquica da função sexual e nas neuroses atuais as consequências somáticas são consequência direta de distúrbios sexuais. Em outros termos, ao contrário do que ocorre nas psiconeuroses de defesa, as neuroses atuais possuem em sua etiologia não um mecanismo psíquico, mas o emprego inadequado de energia libidinal.

Contemporaneamente, seria difícil sustentar a ideia de Freud de que uma patologia psíquica encontra suas origens exclusivamente na falta de satisfações sexuais, em sua acepção genital. Contudo, se tomarmos "sexual" como sendo o pulsional, tal qual Freud mesmo parecia privilegiar, é bastante coerente afirmar que essas patologias resultam da transformação direta – não mediada pelo psiquismo – da pulsão não-satisfeita. Com isso, a questão passa a ser por que essa mediação não ocorreu (Junqueira; Júnior Coelho, 2006).

No quadro de uma nosografia freudiana, temos as psiconeuroses de defesa (histeria e neurose obsessiva), neuroses narcísicas (psicoses) e um modo de defesa precocemente percebido por Freud, as neuroses atuais que indicam outro modo de manifestação do mal-estar subjetivo. Este, por sua vez, parece se instalar fora da dimensão do sentido articulado metaforicamente pelo sintoma neurótico. As neuroses atuais se apresentam como fenômenos somáticos que denunciam um tipo de precariedade simbólica recorrendo ao corpo como superfície de inscrição do sofrimento.

Ao evidenciar que não há metáfora nas neuroses de angústia, indicando que há uma resistência à simbolização, compreendemos que o sintoma somático, nesses casos, diz respeito a ausência de manifestação psíquica, sendo assim, não há um sentido do sintoma, sua significância é vazia. Essa insuficiência simbólica, como explicação do sintoma físico, está na base de muitas perspectivas psicanalíticas que buscam a compreensão da psicossomática, portanto, cumpre uma explanação de como ocorre o processo de simbolização.

O Dicionário Internacional de Psicanálise propõe a seguinte definição para simbolização:

[2] Apesar de Freud, nesse trecho, não fazer menção ao termo pulsão, compreendemos que o que está em jogo aí é o caráter limítrofe desse conceito.

> [...] operação pela qual qualquer coisa vai representar outra coisa para alguém. Se ela pode aparecer assim como a substituição de um objeto por outro, ela é, primeiro que tudo, o resultado de um processo que supõe tanto a capacidade de representar o objeto ausente quanto um sujeito capaz de saber que o símbolo não é o objeto simbolizado (Mijolla, 2005, p. 1732).

Trata-se de uma formação substitutiva entre dois termos de modo a representar indiretamente conteúdos psíquicos, assim como acontece na conversão histérica. De acordo com Valente (2012), a simbolização permite que o conteúdo latente se torne manifesto, passando pela censura e chegando a sua expressão de forma figurada. De modo semelhante ao que se verifica nos mecanismos de deslocamento e condensação que possibilitam a formação de fantasias que caracterizam a própria dinâmica psíquica.

Neste cenário, Freud prioriza as psiconeuroses, uma vez que as neuroses atuais não teriam como serem interpretadas e analisadas por não fazerem parte do psiquismo. Assim ele se refere: "[...] as neuroses atuais, improdutivas no que concerne à psicanálise, não podiam mais ocupar um lugar em primeiro plano" (Freud, 1916-1917/1980, p. 454). Esta justificativa para renegar as neuroses atuais, face à errônea ideia de ineficácia da psicanálise nesses casos, parece coadunar com a quase ausência do termo psicossomática na obra freudiana.

7 AS NEUROSES ATUAIS SÃO ATUAIS?

O termo *neuroses atuais* foi aos poucos ficando escasso na obra de Freud e sua última aparição foi em 1925, nos "*Estudos autobiográficos*", quando ele reafirma a convicção em seus achados:

> Desde aquela época não tive oportunidade de voltar à pesquisa das "neuroses atuais" nem essa parte do meu trabalho foi continuada por outro. Se hoje lanço um olhar retrospectivo aos meus primeiros achados, eles me surpreendem como sendo os primeiros delineamentos toscos daquilo que é provavelmente um assunto muito mais complicado. Mas no todo ainda me parecem válidos. Teria ficado muito satisfeito se tivesse sido capaz, posteriormente, de proceder a um exame psicanalítico de mais alguns casos de neurastenia juvenil, mas infelizmente não surgiu a ocasião. A fim de evitar concepções errôneas, gostaria de esclarecer que estou longe de negar a existência de conflitos mentais e de complexos neuróticos na neurastenia. Tudo que estou afirmando é que os sintomas desses pacientes não são mentalmente determinados ou removíveis pela análise, mas devem ser considerados como consequências tóxicas diretas de processos químicos sexuais perturbados (Freud, 1925/1980, p. 38-39)

Trata-se, ainda hoje, de um assunto complicado e delicado em termos de condução clínica. Um assunto que convoca à problematização dos limites de uma análise e à condução do tratamento. Todavia, questionamos se realmente tais sintomas não podem se beneficiar do tratamento analítico. Não devemos recuar diante dos impasses. Mesmo que tais manifestações sejam opacas às intervenções da linguagem colocando desafios à técnica da psicanálise, sabemos que aquilo que ela visa é desvendar o inconsciente, e este, acreditamos, está presente mesmo quando negado o seu saber.

Também é possível observar nas "*Novas conferências introdutórias*" (1932/1980) que Freud não abandonou por completo suas ideias sobre as neuroses atuais mantendo a classificação de neurose de angústia, uma das neuroses atuais, relacionada aos processos somáticos e à expressão da libido sem mediação psíquica. Ferraz (1996) pondera que no desenvolvimento ulterior da psicanálise as neuroses atuais perderam força como classificação nosológica, embora tenham mantido grande importância teórica.

Para Horn e Almeida (2003), as neuroses atuais indicam que o psíquico não esgota as possibilidades da experiência humana, elas indicam um campo de vazios psíquicos, onde as condições para a formação de objetos, representantes psíquicos das pulsões, não se cumprem. A antevisão de Freud de que nas neuroses atuais o sintoma não se constitui como o retorno do recalcado e sim como uma transformação direta (não mediada pelo simbólico) da libido não satisfeita, possibilita a aproximação desse mecanismo ao fenômeno psicossomático (FPS), que opera da mesma maneira.

Para Zusman (1994), a diferença que Freud traça entre as neuroses atuais e as psiconeuroses vai muito além de uma delimitação nosológica, "ela marcava a existência de um fosso que separa os processos simbólicos de uma outra forma de 'pensar' para a qual não há um nome definido no campo da psicanálise" (Zusman, 1994, p.154). Os processos simbólicos e a histeria foram a matriz da psicanálise, mas isso não dá conta de todos os fenômenos da clínica, há problemas que aparecem no corpo que não podem ser reduzidos a conversões histéricas. Existe um grupo de pacientes que apresenta somatizações, que tem uma vida de fantasia muito empobrecida e baixa tolerância a interpretações.

As neuroses atuais mostram que desde o início da obra freudiana, há a compreensão do não representável, evidenciando que a lógica da representação não esgota toda a problemática do corpo. Pensar as neuroses atuais como um modo de manifestação do sofrimento psíquico fugidio à linguagem e à produção de saber, ou seja, que não se direciona ao Outro e não busca uma interpretação, mantem em nosso horizonte a subjetividade de uma época convidando ao estudo dos impasses e desafios da clínica psicanalítica contemporânea.

Nos modos de subjetivação contemporâneos vemos o gozo imperar conduzindo à passagem ao ato e os *acting outs* como *modus operandi* dominante. Novas roupagens dos sintomas parecem ter, no fazer com o corpo e no fazer no corpo, importante expressão. Anorexias/bulimias, fibromialgias, *cutting* (autolesão), toxicomanias, fenômenos psicossomáticos e diversas manifestações corporais convocam os analistas da atualidade à pesquisa psicopatológica com vistas a nortear o fazer clínico, transpondo o silêncio das coisas caladas e deslocando o discurso do sujeito que insiste em se manter fixado em um presente sem historicizar seu passado.

REFERÊNCIAS

Alexander, F. (1989). *Medicina Psicossomática*. Artes Médicas. Porto Alegre.

Cerchiari, E. A. N. (2000). Psicossomática um estudo histórico e epistemológico. *Psicologia Ciência e Profissão*. vol.20 n.4, Brasília. Recuperado em 23/03/2016 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000400008

Dalgalarrondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2ed. Porto Alegre: Artmed.

Dunker, C. I. D. (2011). Corporeidade em psicanálise: corpo, carne e organismo. In.: Ramirez, H.H.A; Assadi, T.C; Dunker, C.I. L (Org.) (2011). *A pele como litoral:* fenômeno psicossomático e psicanálise. São Paulo: Annablume.

Eksterman, A. (2010). Psicossomática: o diálogo entre a psicanálise e a medicina. In: Mello Filho, J. de.; Burd, M. (colaboradores) (2010). *Psicossomática hoje*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed.

Facury, T.C.C. (2011) *A Escuta da psicanálise sobre a pele: uma abordagem psicanalítica da doença psicossomática*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. *Recuperado em 15/02/2019* em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/VCSA-8HWFSQ/tereza_disserta__o_revisao_abril.pdf;sequence=1

Ferraz, F. (1996). Das neuroses atuais à psicossomática. *Percurso*, 16 (1), 35-42. *Recuperado em 17/11/2018* em: http://revistapercurso.uol.com.br/pdfs/p16_texto04.pdf

Ferraretto, S. G. (2010). *Corporeidade em Psicanálise*: *tatuagem e fenômeno psicossomático, o corpo marcado e o laço social.* Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Recuperado em 08/09/2018 em: https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/17411/1/Stella%20Guimaraes%20Ferraretto.pdf

Freud, S. (1888). Histeria. In.:_____. *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos.* Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. I).

Freud, S. (1894). As neuropsicoses de defesa. In.:_____. *Primeiras publicações psicanalíticas e esboços inéditos.* Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. III).

Freud, S.; Breuer, J. (1893-1895). Estudos sobre a histeria. In.:_____. *Estudos sobre a histeria.* Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. II).

Freud, S. (1896). Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa. In.:_____. *Primeiras publicações psicanalíticas e esboços inéditos.* Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. III).

Freud, S. (1898). A sexualidade na etiologia das neuroses. In.:_____. *Primeiras publicações psicanalíticas e esboços inéditos.* Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. III).

Freud, S. (1905). Tratamento psíquico (ou anímico). In.:_____. *Fragmentos da análise de um caso de histeria, Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos.* Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. VII).

Freud, S. Contribuições a um debate sobre a masturbação (1912). In.: _____ *O caso de Schreber, Artigos sobre técnica e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard brasileira das obras psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XII).

Freud, S. (1916-1917). O estado neurótico comum – Conferência XXIV. In.: _____ *Conferências Introdutórias sobre Psicanálise* (Parte III). Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard brasileira das obras psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XVI).

Freud, S. (1925). Um estudo autobiográfico. In.:_____. *Um estudo autobiográfico, Inibições, sintomas e Angústia, A questão da análise leiga e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XX).

Gay, P. (1989). *Freud: uma vida para o nosso tempo*. São Paulo: Companhia das Letras.

Gonçalves, Gesianni Amaral. *Corpo e clínica psicanalítica: teoria e prática*. Curitiba: Juruá, 2022.

Guir, J. (1988). *A psicossomática na clínica lacaniana*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Junqueira, C.; Júnior Coelho, N. E. (2006). Freud e as neuroses atuais: as primeiras observações psicanalíticas dos quadros borderline? *Psicologia clínica.* Rio de Janeiro,v. 18,n.2. *Recuperado em* 29/03/2019 em: http://www.scielo.br/pdf/pc/v18n2/a03v18n2.pdf

Horn, A., e Almeida, M. C. (2003). Sobre as bases freudianas da psicossomática psicanalítica: um estudo sobre as neuroses atuais. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 37
(1), 69-84.

Lindenmeyer, C. (2012). Qual é o estatuto do corpo na psicanálise? *Tempo Psicanalítico*. Rio de Janeiro, v.44. 2, p.341-359. Recuperado em 02/07/2016 em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382012000200006

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV)(1995). Associação Americana Psiquiátrica (APA). Trad. Dayse Batista. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Melo Filho, J. (2010). Introdução. In: Mello Filho, J. de.; Burd, M. (colaboradores). *Psicossomática hoje*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed.

Mijolla, A. (2005). *Dicionário Internacional de Psicanálise*: conceitos, noções, biografias, eventos e instituições. Rio de Janeiro: Imago.

Mosimann, L.T.N.Q.; Lustosa, M.A. (2011). A Psicologia hospitalar e o hospital. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar* (SBPH). Vol. 14, n.01. Rio de Janeiro,Jan-Jun. Recuperado em 08/01/2016 em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-08582011000100012

Roudinesco, E; Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Sami-Ali. (1995). *Pensar o somático: imaginário e patologia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Strachey, J. (1969). Nota do editor. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Imago: Rio de Janeiro.

Trillat, E. (1991). *História da histeria*. São Paulo: Escuta.

Valas, P. (1990). Horizontes da psicossomática. In.: Wartel, R. et al. *Psicossomática e psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Valente, G. B. (2012). *A questão da simbolização na psicossomática*: estudo com pacientes portadores de transtorno neurovegetativo somatoforme e de transtorno de pânico. 2012. 201 f. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado em 09/03/2019 em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-26102012-153618/pt-br.php

Zusman, W. (1994). A opção sígnica e o processo simbólico. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28 (1), 153-64.