



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**

**“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”**

**FACULDADE DE CIÊNCIAS E LETRAS – CAMPUS ARARAQUARA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO SEXUAL**

**MICHEL DOUGLAS PACHIEGA**

**CORPO, PSICOSSOMÁTICA PSICANALÍTICA E  
SEXUALIDADE: Um olhar sobre a impotência masculina**



**Araraquara – São Paulo**

**2021**

**MICHEL DOUGLAS PACHIEGA**

**CORPO, PSICOSSOMÁTICA PSICANALÍTICA E  
SEXUALIDADE: Um olhar sobre a impotência masculina**

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação Sexual da Faculdade de Ciências e Letras – UNESP/Araraquara, como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação Sexual.

**Linha de pesquisa:** Sexualidade e educação sexual: interfaces com a história, a cultura e a sociedade.

**Orientadora:** Profa. Dra. Débora Raquel da Costa Milani

**Araraquara – São Paulo**

**2021**

P116c Pachiega, Michel Douglas  
Corpo, Psicossomática Psicanalítica e Sexualidade: : Um olhar sobre a impotência masculina / Michel Douglas Pachiega. -- Araraquara, 2021  
98 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Araraquara  
Orientadora: Débora Raquel da Costa Milani

1. Corpo. 2. Psicanálise. 3. Psicossomática Psicanalítica. 4. Disfunção erétil. 5. Sexualidade. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca da Faculdade de Ciências e Letras, Araraquara. Dados fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

**MICHEL DOUGLAS PACHIEGA**

**CORPO, PSICOSSOMÁTICA PSICANALÍTICA E  
SEXUALIDADE: Um olhar sobre a impotência masculina**

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação Sexual da Faculdade de Ciências e Letras – UNESP/Araraquara, como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação Sexual.

**Linha de pesquisa:** Sexualidade e educação sexual: interfaces com a história, a cultura e a sociedade.

**Orientadora:** Profa. Dra. Débora Raquel da Costa Milani

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

**Profa. Dra. Débora Raquel da Costa Milani**

**Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP**

**Professora Orientadora – Presidente da Banca Examinadora**

---

**Profa. Dra. Claudia Dias Prioste**

**Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP**

---

**Prof. Dr. Lazslo Antônio Ávlia**

**Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP**

**Araraquara, 26/02/2021**

Aos meus pais, Marcos e Edna, que sempre me conduziram no melhor caminho para o cuidado do meu sistema mente-corpo.

## AGRADECIMENTOS

Ao Eterno pela possibilidade da vida, do aprendizado e da manutenção dessa máquina extraordinária chamada mente-corpo.

Aos meus pais que, mesmo com as impossibilidades da vida, me educaram com destreza, sabedoria e muito amor, sendo permanentemente, um porto seguro para mim. A eternidade espera por vocês!

À minha orientadora, pela possibilidade da troca, do aprendizado e, sobretudo, pela paciência em me guiar por essa vereda acadêmica de uma forma tão leve.

Aos professores componentes da banca, Dra. Cláudia Dias Prioste e Dr. Lazslo Antônio Ávila, que aceitaram prontamente colaborar com esta produção, pelo tempo dispensado à leitura e aos apontamentos necessários feitos com muita competência, cuidado e carinho.

À minha família – irmão e irmãs, primos e primas, tios e tias –, que me apoia incondicionalmente e sempre está presente nos vários momentos da minha vida.

Ao professor Dr. Paulo Rennes Marçal Ribeiro, que se propôs, antes da minha entrada no mestrado, a me apresentar, com brilho nos olhos, o Programa de Pós-graduação em Educação Sexual – UNESP, Câmpus de Araraquara, me incentivando a me aventurar por águas tão desconhecidas por mim, até então. Muito obrigado!

Às professoras que me proporcionaram a prática do estágio em docência no Ensino Superior, Dra. Marcia Cristina Argenti Perez e Dra. Cláudia Dias Prioste, e com tanta afetividade se mostraram disponíveis na transferência de conhecimento e na abertura para trocas riquíssimas.

Aos professores, mestres e doutores do Programa de Pós-graduação em Educação Sexual, que me proporcionaram a expansão da leitura, pelos aprendizados e pela possibilidade de ampliar meu conhecimento sobre o que é o ser humano com todas as suas nuances.

À Sylvia Rodrigues, assistente administrativa do Departamento de Psicologia de Educação da FCLAr, que por inúmeras e incansáveis vezes se mostrou disponível para facilitar minha vida acadêmica. E não posso me esquecer dos nossos papos nas tardes e nos intervalos de aulas, pois ficaram marcados afetivamente em minha memória.

Aos meus colegas da Turma V deste Programa de Pós-graduação pela troca de aprendizados durante as aulas, pelos momentos descontraídos, pelo compartilhar de materiais, pela participação em eventos, entre tantas outras interações que foram essenciais para o meu crescimento. Espero que esses momentos tenham sido importantes para vocês também.

Aos meus colegas de trabalho, Professor Alexandre Andrade, Professora Rosane Herodek, Ricardo Lemes, Matheus Alves Moreno Munhoz e Cristiane Oliveira Nunes que me proporcionaram, no meio do percurso e de maneira afetiva, ampliar minha prática profissional para tantas outras pessoas e, com isso, contribuir para o desenvolvimento e saúde mental de educadores, pais e filhos.

Aos meus pacientes que, de forma direta e indireta, me fazem perceber que o mundo e as pessoas são grandiosos para caber dentro de sessões de terapia. Estou em constante aprendizado graças à confiança de vocês ao abrirem seus corações, suas vidas, suas dores e alegrias no setting terapêutico. Gratidão é pouco para expressar tamanha alegria!

Às duas pessoas muito especiais da minha trajetória que, mesmo estando distantes geograficamente, sempre me apoiaram e torceram pelo meu sucesso: Lirane Sato e Mara Vicente. Vocês são pessoas iluminadas e abençoadas, nunca se esqueçam disso!

Aos professores que passaram pela minha formação ao longo da carreira em psicologia e puderam me ensinar, de maneira ética, afetiva e profissional, que o ser humano é extraordinário e toda tentativa de melhoria das relações, do mundo interno e da vida são válidas.

Enfim, a todos que estão por perto e mesmo os mais distantes, que, de alguma forma, colaboram para o meu desenvolvimento, para a ampliação dos meus conhecimentos e me apoiam incondicionalmente. Meu muito obrigado!



*Acreditar que possa existir um corpo como algo independente da alma é um erro. (...) Corpo e alma, é um todo.*

Groddeck, 1983

## RESUMO

Corpo e mente são temas estudados há muitos séculos e, desde então, têm sido foco de convergências e divergências no entendimento dessa engrenagem pelas várias áreas das ciências. Estruturando a ideia de que no século XXI, o corpo se mostra impelido a dar conta das exigências da mente ou vice-versa, este trabalho tem o objetivo de ampliar a noção de corporeidade, estabelecer as bases dessa relação a partir da Psicanálise e, ampliar o conceito da disfunção erétil para além do aspecto físico. Nas questões da sexualidade humana, a impotência psíquica pode se apresentar de várias formas, neste trabalho ela será vista como a base da impotência sexual. Após revisão de literatura, nosso olhar se voltou para os conceitos de Freud e Groddeck sobre o Isso e suas formas de linguagem, a qual contam sobre a vida do sujeito. Nosso aporte metodológico foi elaborar uma pesquisa descritiva exploratória, com base na psicossomática psicanalítica, sobre o conceito de impotência psíquica sendo a base da disfunção erétil. Por meio deste estudo, pretendemos colaborar com o entendimento da impotência masculina como fenômeno psicossomático e sua relação com a sexualidade para futuras pesquisas.

**Palavras-chave:** Corpo. Psicanálise. Psicossomática psicanalítica. Disfunção erétil. Sexualidade.

## **ABSTRACT**

Body and mind have been subjects studied for many centuries and, since then, they have been the focus of convergences and divergences in the understanding of this gear by the various areas of science. Structuring the idea that in the 21st century, the body shows itself impelled to meet the demands of the mind or vice versa, this work aims to expand the notion of body-mind, establish the bases of this relationship based on Psychoanalysis and, expand the concept of erectile dysfunction beyond the physical aspect. In matters of human sexuality, psychic impotence can present itself in several ways, in this work it will be seen as the basis of sexual impotence. After reviewing the literature, our look turned to the concepts of Freud and Groddeck about That and its forms of language, which tell about the subject's life. Our methodological contribution was to develop an exploratory descriptive research, based on psychoanalytic psychosomatics, on the concept of psychic impotence being the basis of erectile dysfunction. Through this study, we intend to collaborate with the understanding of male impotence as a psychosomatic phenomenon and its relationship with sexuality for future research.

**Keywords:** Body. Psychoanalysis. Psychoanalytic psychosomatics. Erectile dysfunction. Sexuality.

## SUMÁRIO

<b>PALAVRAS INICIAIS .....</b>	<b>10</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>1 “E PERCEBERAM QUE ESTAVAM NUS”: O CORPO .....</b>	<b>20</b>
<b>2 MENTE-CORPO E PSICANÁLISE .....</b>	<b>26</b>
2.1 A relação mente-corpo .....	26
2.2 Sobre a importância do Inconsciente – <i>Das Es</i> .....	32
2.3 Entre o psiquismo e o somático – a pulsão .....	39
2.4 Complacência somática – a histeria .....	43
<b>3 PSICOSSOMÁTICA PSICANALÍTICA.....</b>	<b>49</b>
3.1 Algumas vertentes.....	50
3.2 Breve panorama do desenvolvimento da psicossomática no campo psicanalítico .....	52
3.2.1. Escola Psicossomática de Chicago .....	53
3.2.2 Escola Psicossomática de Paris.....	55
3.2.3. Escola Psicossomática de Boston .....	57
3.2.4 Outros autores .....	58
<b>4 PSICOSSOMÁTICA PSICANALÍTICA E GEORG GRODDECK.....</b>	<b>61</b>
<b>5 A IMPOTÊNCIA: PSICOSSEXUALIDADE E PSICOSSOMÁTICA.....</b>	<b>67</b>
5.1 Disfunção erétil e impotência: dois lados da mesma moeda?.....	71
5.2 A impotência como uma linguagem do Isso.....	79
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>85</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>88</b>

## **PALAVRAS INICIAIS**

Desde a minha graduação, tenho visto que alguns fatores concernentes aos estados de saúde-doença dos indivíduos têm percorrido um caminho que, por muitas vezes, não tem base biológica ou física. Com isso, percebo, ao longo da minha caminhada acadêmica e profissional, que a temática sobre os fenômenos psicossomáticos tem me intrigado e despertado inúmeras incertezas que me levam a estudar mais e mais.

Em 2013 apresentei o Trabalho de Conclusão de Curso da Graduação em Psicologia, cujo tema era a Alexitimia e sua relação com os fenômenos psicossomáticos, baseado na teoria psicanalítica de Winnicott sobre a integração psique-soma que ocorre em uma das fases do desenvolvimento emocional primitivo. Desde então, muitas leituras foram feitas, alguns casos passaram pela minha prática profissional, principalmente em atendimentos clínico-psicológicos – alguns de condição psicossomática mais aparente que outros –, e nesse ínterim, a motivação para descrever e produzir ciência sobre essa temática e à luz da Psicanálise foi aumentando.

Foi, entretanto, no Programa de Pós-graduação em Educação Sexual da Faculdade de Ciências e Letras – Câmpus de Araraquara, em 2018, que essa motivação tomou uma forma mais consistente. Com os estudos sobre corpo, sexualidade, modos de existência, condições psicossociais que envolvem a constituição do sujeito e suas formas de ser e vivenciar o mundo – tanto interno quanto externo e social – vislumbrei a possibilidade de descrever e ampliar, a partir do olhar psicanalítico, quais são as possíveis nuances da relação de um indivíduo de condição psicossomática com seu próprio corpo. O corpo, nesse caso, para além do biológico, do físico, do mental, do social, sendo considerado, sobretudo, um corpo erógeno, portanto, fonte de investimento afetivo e, ao mesmo tempo, lugar de frustração, de sofrimento, de vicissitudes presentes numa sociedade acometida de um certo mal-estar contemporâneo, que se manifesta,

nos seus vários níveis, em mais de 50% da população, de acordo com as pesquisas: a impotência sexual masculina ou, na linguagem médica, disfunção erétil (DE).

Com isso, nas minhas primeiras leituras no estudo para esta produção, percebi que o conceito de fenômeno psicossomático, que não é algo novo, poderia ser útil na explicação sobre a impotência masculina, na medida em que se faz presente no século XXI e necessita ser ampliado e pensado a partir de novas pesquisas e para além das visões médica, física e biológica.

Foi um período de aprendizado, de pesquisas mais sensíveis e detalhadas, de metodologias vistas e revistas. Sendo assim, esperamos, com este trabalho, oferecer subsídios para outras pesquisas e servir de guia para profissionais que tocam almas humanas, de modo que possam transcender a visão sobre o corpo e as várias formas de sofrimento humano para além do físico e biológico, e, com isso, proporcionar intervenções pontuais e acolhimento cada vez mais humanizados.

## INTRODUÇÃO

A relação mente e corpo tem sido objeto de estudo ao longo da história. Fava (2000) afirma que, durante a Idade Média, as doenças eram atribuídas ao pecado, sendo o corpo o lócus do desejo, fonte do mal, e a alma, o dos valores supremos, como espiritualidade e racionalidade.

Na modernidade, Descartes (2000) postulou a separação entre mente e corpo como duas substâncias, sendo o estudo da mente atribuído à religião e à filosofia, e o estudo do corpo, movido mecanicamente, objeto de estudo da medicina. A alma, nesse sentido, corresponderia à substância<sup>1</sup> pensante e o corpo à substância extensa, sendo, desse modo, duas substâncias distintas: esta material e mecânica, e aquela imaterial e pensante. A dificuldade consistia em explicar elas se inter-relacionavam, problema metafísico da interação corpo e mente.

Após Descartes, essa questão metafísica foi objeto da consideração da maioria dos filósofos que tentavam resolver esse dilema de diferentes modos: ora reduzindo a mente ao corpo (materialismo), ora reduzindo o corpo à mente. A partir da Revolução Científica, que se inicia no século XVI na Física, outras disciplinas buscavam se transformar em teorias científicas, como foi o caso da Química, da Biologia e das Ciências Sociais, e, na segunda metade do século XIX, da Psicologia e da Psicanálise (Volich, 2016).

O tema da relação corpo e mente também se tornou, pouco a pouco, objeto das investigações científicas, em particular na Fisiologia e Psicologia. A Psicanálise, desenvolvendo-se a partir da clínica com pacientes neuróticos e psicóticos, também iria abordar o mesmo dilema de um ponto de vista original.

Dentro da perspectiva psicanalítica, encontramos diversos autores, como Winnicott, Dejours, McDougall, Klein, Marty, Alexander, Lacan e outros, que propõem formas diferentes de se compreender a relação entre psique e soma e seus desdobramentos. A partir do início do

---

<sup>1</sup> Substância é um ente que existe por si, independente do outro conforme. Aristóteles (1914).

século XX, Freud, por meio do conceito de determinismo psíquico, resgata a importância dos aspectos internos do homem.

Observa-se que, desde o início, a Psicanálise estruturou sua teoria a partir das questões corporais, com os estudos de Freud sobre a histeria e sua atenção às conversões<sup>2</sup> (Cataldo, 1991). Apesar de não ter se aprofundado nas questões de somatização, com os estudos sobre histeria, Freud assinala a relevância dos aspectos psíquicos em algumas manifestações somáticas, fornecendo bases para se pensar na interação entre o psíquico e o somático com base na psicanálise (Freud, 1895).

Segundo o psicanalista, os sintomas neuróticos seriam ainda realizações disfarçadas de um desejo erótico e agressivo inconsciente (organizados no Complexo de Édipo). Tais desejos originam-se, em uma última instância, na pulsão sexual, isto é, em uma excitação interna e constante, oriunda das zonas erógenas (corpo), e que pressionam o aparelho psíquico no sentido da sua satisfação (alívio da excitação) (Freud, 1895).

Desse modo, a relação entre corpo e mente, na teoria freudiana, resume-se, basicamente, a conceber o corpo como fonte de estímulos ou como local de descarga em um psiquismo, como um aparelho capaz de elaborar e dar diferentes destinos para as excitações internas e externas. Apesar dessas contribuições originais, de Freud (1895) continuou pensando em termos de distinção entre corpo e mente e não abordou os fenômenos psicossomáticos que se diferenciam das conversões por provocar uma lesão orgânica real e não apenas funcional, como nos casos de histeria.

---

<sup>2</sup> A conversão, conceito originário da psicanálise, corresponde a um mecanismo de formação de sintomas próprio da histeria. Consiste numa transposição de um conflito psíquico (e numa tentativa de resolução) em sintomas somáticos, basicamente tomando lugar nos sistemas neuromuscular voluntário (paralisias, por exemplo) ou sensorio-perceptivo (anestésias, por exemplo). Sua característica básica é ter uma significação simbólica, ou seja, o corpo exprime representações que foram recalçadas. Freud introduziu esse termo referindo-se ao “salto do psíquico para a inervação somática”. (LAPLANCHE & PONTALIS, 1986, pp. 148-50).



Outro teórico da psicanálise, Winnicott (1990) postula a ideia da morada da ‘psique no soma’<sup>3</sup> e de como se dá essa relação dinâmica no comportamento e na personalidade do indivíduo. Nesse sentido, os sintomas físicos podem ser entendidos como reações naturais a certos estados emocionais ou ainda como sinais de alerta. Em “Natureza Humana”, o estudioso assevera que não é uma questão de corpo e mente, mas de psique e soma inter-relacionados, cabendo ao psiquismo ocupar-se dos relacionamentos dentro do corpo, com ele e com o mundo externo (Winnicott, 1990).

Porém, não é apenas de psiquismo que se constitui o homem. Atualmente, o corpo toma espaço nas várias formas de comunicação e exigências sociais de que o corpo individual, restrito apenas do âmbito privado, passou a ser público, exigido, controlado e foco das atenções sociológicas, educacionais, institucionais e, sobretudo, psicológicas e emocionais. Corpo que não é apenas biológico e físico, mas é também corpo emocional, corpo subjetivo dotado de capacidades, sejam elas conscientes ou não, que sentem o mundo externo e que vivenciam o mundo interno. É também corpo pulsional, erógeno e de composição metapsicológica capaz de traduzir afetos e angústias para o corpo físico.

Com o passar das décadas vemos que “as problemáticas internas vêm migrando progressivamente para o corpo; a ênfase na corporalidade parece sugerir que a plataforma dos conflitos migra para o exterior do sujeito”, segundo Fernandes (2011, p.20). A autora ainda complementa que “o corpo passa a ser também veículo ou meio de expressão da dor e do sofrimento. Um sofrimento que parece encontrar dificuldade para se manifestar em termos psíquicos.” (p.21).

Tal sofrimento relacionado à sexualidade humana – e a partir da psicanálise é sempre uma psicosexualidade –, estando mente e corpo em um entrelaçamento indivisível, pode se

---

<sup>3</sup> Na obra *Da pediatria à psicanálise* (2000), Winnicott descreve a inter-relação entre psiquismo e corpo, e nomeia essa fusão psique-soma, a partir da teoria da personalização no desenvolvimento emocional primitivo de bebês, que traz a noção de uma morada da psique (psiquismo) no soma (corpo).

mostrar por intermédio da impotência masculina, a chamada disfunção erétil (DE) apresentada pelos manuais de transtornos mentais.

Após pesquisa não sistemática de literatura, encontramos dados que suscitam certa preocupação com relação à prevalência de DE na população, principalmente a brasileira.

Estudos populacionais (Johannes et al., 2000; Mak & Kornitzer, 2002; Virag & Beck-Ardilly, 1997; Morillo et al., 2002) indicam alta taxa de prevalência da DE em populações europeias e americanas, em jovens e adultos, sendo, tais dados, um problema de saúde pública e coletiva, pois os sintomas comprometem o bem-estar e a qualidade de vida dos homens afetados por tal transtorno. De acordo com Kubin, Wagner & Fugl-Meyer (2003), 5 a 20% dos homens têm DE de moderada a severa. Os estudos de Feldman (1994), que duraram quase 4 décadas, indicaram que a prevalência da DE em populações jovens e adultas chega a 51%.

No Brasil, há a presença de dados semelhantes às pesquisas ora apresentadas. De acordo com Abdo et al. (2006), a prevalência em casos brasileiros foi de 45,1%, sendo que os indivíduos estudados apresentaram comprometimento da autoestima e dos relacionamentos interpessoais, bem como menos relações sexuais por semana, mais relações extraconjugais, queixas de falta de desejo sexual e ejaculação rápida.

Outra pesquisa (Moreira Junior et al., 2004) sobre a população brasileira revela que os índices de prevalência e grau de severidade da DE aumentam com o passar da idade. Nessa mesma pesquisa, houve a classificação da DE como “nenhuma”, “mínima”, “moderada” ou “completa” e a população estudada contou com 71.503 participantes, além de indicar prevalência da DE em 53,5% dos homens. São dados alarmantes, que corroboram com outras pesquisas sobre a relevância e necessidade de mais estudos nessa área.

A revisão de literatura e pesquisas ainda revela que 16 milhões de homens brasileiros sofrem, em algum nível, com a DE. Número expressivo que, de fato, se mostra como um problema de saúde coletiva, conforme Sarry et al. (2016).

Em todos os estudos ora citados, a etiologia da DE pode ser psicológica ou orgânica ou, até mesmo, a combinação de ambas. É por essa via que a Psicanálise se faz eficiente no tratamento e olhar sobre a impotência masculina, principalmente nos casos de etiologia psíquica, na qual não há lesão no órgão ou no sistema reprodutor. Sendo assim, neste trabalho, iremos olhar para o fenômeno da DE através da ótica psicanalítica e como um fenômeno psicossomático, já que a sexualidade e suas nuances são, a partir da psicanálise, uma psicosssexualidade.

Dito isso, temos o objetivo geral de fazer uma breve revisão do conceito mente-corpo até chegar à noção corporal proposta pela Psicanálise, acrescentando aportes teóricos sobre a Psicossomática Psicanalítica e sobre como ela pode subsidiar o entendimento acerca da disfunção erétil na atualidade.

Quanto aos objetivos específicos, a investigação visa (a) identificar os principais conceitos sobre as noções de corpo e mente, também, a partir da Psicanálise; (b) identificar pressupostos básicos sobre Psicossomática Psicanalítica; e (c) descrever a possível relação dinâmica entre a disfunção erétil, enquanto condição psicossomática do indivíduo que sofre, a sua história, o seu corpo e a sua psicosssexualidade.

Para tais descrições e o desenvolvimento deste trabalho foi importante a utilização de metodologia condizente com as investigações teóricas. Assim, após revisão de literatura, levou-se em consideração a pesquisa teórica, de base psicanalítica, como método e procedimentos aplicáveis à ciência, de caráter exploratório.

Em outras palavras, embasamo-nos na pesquisa descritiva exploratória, de base psicanalítica, uma vez que pesquisas descritivas se mostram úteis na descrição de determinados fenômenos ou fatos, a partir do problema estabelecido inicialmente e que serão investigados, mesmo que de forma teórica (Triviños, 2008).

A grande contribuição de uma pesquisa descritiva exploratória é fornecer novos aportes, aumentar as possibilidades e perspectivas de determinada realidade ou conceito e, nesse caso, a DE como fenômeno psicossomático (Gil, 2010).

De acordo com Severino (2007), uma pesquisa exploratória busca “levantar informações sobre um determinado objeto, (...) mapeando as [suas] condições de manifestação” (p.123), sendo o corpo e o fenômeno psicossomático os objetos em questão, neste trabalho.

Nos últimos anos, a produção científica e acadêmica proveniente dos programas de pós-graduação tem incentivado pesquisas quantitativas e replicáveis em outros ambientes e contextos. Essa reprodução científica é a única forma de confirmar e certificar que os resultados são, de fato, comprováveis e com o respaldo que a academia requer (Dockhorn & Macedo, 2015). Nesse contexto, vemos que a Universidade também produz ciência de forma “não cartesiana” e é onde surge a pesquisa em Psicanálise que tem por objetivo maior descrever o funcionamento humano em sua complexidade e para além do físico ou biológico.

Nesse sentido, a Psicanálise é considerada uma área de conhecimento pertencente às Ciências Humanas, que, diferentemente das Ciências Exatas, não explica o mundo e seus fenômenos a partir de resultados exatos e matemáticos, mas observa e analisa a complexidade presente no espaço das relações humanas, levando em consideração aspectos individuais e coletivos. É nesse aspecto que, desde a fundação da Psicanálise, vemos Freud confirmando a necessidade de investigação do mundo interno dos indivíduos para explicar alguns fenômenos e, ainda, que “decidimos nada simplificar e nada ocultar. Se não conseguirmos ver as coisas claramente, pelo menos veremos claramente quais são as obscuridades” (Freud, 1926/2006, p.147), corroborando, com isso, a ideia de valorização da dúvida e da interrogação na produção de ciência.

Interligando as ideias de Freud sobre as possibilidades de investigação e pesquisa em Psicanálise, Gilberto Safra (2001, p. 2) relata que este é “um processo investigativo não

conclusivo” e que não se limita ou se propõe ao rigor sistemático, afirmativo ou fechado referente aos fenômenos. A Psicanálise expande o olhar, abarca a diversidade e descreve o mundo interno e externo a partir dos modos plurais de ser e da Ciência.

Diante do que foi dito, no capítulo 1 deste trabalho, “‘E perceberam que estavam nus’: o corpo”, descrevemos a história do corpo, iniciando na Antiguidade (Egito, Grécia e Roma), passando pelas concepções de corpo presentes na Idade Média e avançando à Idade Moderna e Contemporânea.

No capítulo 2, “Mente-Corpo e Psicanálise”, trataremos das noções de corpo e mente a partir dos escritos da Psicanálise (início do século XX), juntamente com os pressupostos dessa relação ao longo da história, focalizando, principalmente, os aspectos freudianos sobre essas noções e a relação delas com a sexualidade descrita por Freud.

Já no capítulo 3, “Psicossomática Psicanalítica” discorreremos, na primeira parte, sobre algumas vertentes das concepções psicossomáticas psicanalíticas e, na segunda parte, sobre a noção de inconsciente (*Das Es*) proposta por Freud e Groddeck.

No capítulo 4, “Psicossomática Psicanalítica e Georg Groddeck”, focalizamos a psicossomática psicanalítica de Georg Groddeck e seu aporte teórico no entendimento das afecções orgânicas e sua relação com o inconsciente.

No capítulo 5, “A impotência: psicosexualidade e psicossomática”, correlacionamos, de forma breve, a sexualidade, aquela proposta pela psicanálise, à DE e, como se dá a interlocução da psicossomática com tal questão, para, por fim, chegarmos às “Considerações finais” deste trabalho.

Pretendemos, no decorrer deste percurso, levar o leitor a refletir sobre como ocorre, desde os primórdios da história humana, a relação mente-corpo, e desenvolver uma crítica a respeito das condições psicossomáticas na contemporaneidade e do modo como tais condições

afetam os indivíduos e sua relação com o próprio corpo, além de sua relação com a própria sexualidade, com seu mundo interno.

## 1 “E PERCEBERAM QUE ESTAVAM NUS”: O CORPO

Ao longo da história, o corpo foi configurado, em diferentes culturas, como algo sagrado, restrito ao ambiente privado e, por muito tempo, foi estudado timidamente e sob o aspecto físico. A partir dos avanços da tecnologia em várias áreas do conhecimento (medicina, biologia, neurociências, etc.), a relação do corpo com seus sujeitos passou a ser outra: a noção de saúde-doença sofreu transformações, as questões de mortalidade e longevidade passaram a tomar outra forma e a qualidade de vida é um assunto presente. Além disso, essa contemporânea relação que temos com nosso corpo apresenta tantos aspectos positivos quanto negativos. É o que vemos em Fernandes (2011):

Embora novas imagens tenham surgido – reflexos da mudança dos tempos –, elas continuam, no entanto, a guardar a mesma característica das imagens dos corpos retorcidos das históricas de outrora, ou seja, a imagem do velamento do sofrimento, do tumulto do conflito, da dor.

Assiste-se, assim, à emergência dos ditos “novos sintomas”: os abundantes e variados transtornos alimentares, a compulsão para trabalhar, para fazer exercícios físicos, as incessantes intervenções cirúrgicas de modelagem do corpo, a sexualidade compulsiva, o horror do envelhecimento, a exigência da ação, o terror da passividade, a busca psicopatológica da saúde ou, ao contrário, um esquecimento patológico do corpo, e ainda a variedade dos quadros de somatização. Sintomas que denotam, (...) a submissão completa do corpo. (Fernandes, 2011, p.17).

Ao pararmos para refletir sobre a história do corpo, um dos primeiros registros sobre o assunto que encontramos na história é bíblico. Fernandes (2011, p.22) afirma que “este foi o primeiro conhecimento que adentrou o saber humano: ‘Eles perceberam que estavam nus’ (Gênesis, 3:7). Depois desse momento, o corpo não pôde mais ser ignorado”. Não é nosso objetivo, entretanto, explanar as noções de corpo desde o nascimento da civilização. Nosso olhar sobre o corpo tem início na Antiguidade, passando pelas concepções da Idade Média, chegando, então, à noção moderna e mais contemporânea de corpo, evidenciando-o sob a ótica

psicanalítica, assim como a influência dessas perspectivas sobre os estudos acerca das afecções somáticas e de suas origens no psiquismo.

De acordo com Demetrios (2001), os textos gregos relatam um conhecimento anatômico básico que se observa na forma como descrevem o corpo na qualidade de um conglomerado de membros, órgãos e algumas funções. Tais descrições mostram-se úteis não como uma área da anatomia, medicina ou neurofisiologia, mas como forma de demonstrar que tal conhecimento era voltado para a eficiência dos ataques aos guerreiros inimigos, a exemplo de quais partes do corpo poderiam ser atacadas de maneira letal e eficaz. Alguns outros autores (Ivanovic-Zuvic, 2004; Porto, Moreira & Simão, 2001) relatam as mesmas descrições e funcionalidades do conhecimento anatômico presente nos textos gregos.

Embora vejamos, nos textos gregos, características que evidenciam o cuidado com o corpo, vemos também uma das primeiras ideias sobre a relação mente-corpo e sua importância para o desenvolvimento do indivíduo, em sua forma mais ampla e global. Os jovens eram educados com música, arte, dança, educação física, de modo que, segundo descrição de Camby (1999, p. 84), também era central para esse povo “o cuidado do corpo, para torná-lo sadio, forte e belo, realizado nos *gymnasia*”. Então, vemos que na Grécia Antiga o corpo – nu ou coberto – era objeto de contemplação representando saúde e vigor físico, habilidades atléticas e competência para multiplicar a espécie. O corpo bem proporcionado e aparentemente saudável se equiparava aos mesmos valores e à mesma importância dados ao conhecimento e à sabedoria, atributos de uma mente pensante. Por isso, as imagens de corpos esculpidos no *Pathernon* são de corpos jovens, nus, com estruturas físicas perfeitas e expressões faciais serenas e viris.

Dois autores (Laqueur, 1990; Nicholson, 2000) relatam em suas pesquisas que por muitos séculos, da Grécia Antiga até meados do século XVIII, o conhecimento do corpo era visto a partir de uma estrutura biológica básica e homens e mulheres eram considerados iguais dessa perspectiva. Tucherman esse ponto de vista reafirma ao dizer



(...) que essas ideias nos parecem curiosas, mas vigoraram como verdade científica por dois mil anos, passando da antiguidade ocidental, através dos pensadores árabes, para o ocidente cristão medieval e atravessando a Renascença, até serem contestadas no século XVIII. (2004, p.28).

Mesmo com essa informação sobre a não diferença biológica dos corpos, na Grécia, as leis eram diferentes para homens e mulheres, pois elas não eram incluídas na ideia de corpo perfeito. Segundo Tucherman (2004), aos homens era liberado o uso do corpo em suas práticas mais diversas e tidas como naturais como a bigamia, o andar nu nos ginásios, a prática da homossexualidade, caminhar com roupas mais soltas com o objetivo de adquirir calor corporal e; às mulheres eram relegadas roupas tanto no ambiente privado como no ambiente público, o comportamento precisava ser contido e o corpo deveria andar coberto.

Foucault (1994) descreve que nos primeiros séculos (I e II) os pensadores gregos incentivaram e expressaram em seus escritos que os indivíduos deveriam ter cuidado consigo mesmos e, com essa prática alcançariam uma vida saudável e íntegra, colocando, na mesma medida, o cuidado com o corpo e com a alma. Vemos que, historicamente, os gregos comemoravam a exposição do corpo, como sua virilidade, força e beleza. Já no Império Romano, o corpo não era exposto com os mesmos objetivos e, com o passar do tempo, a noção corporal estabelecida por tal Império foi modificada (Pelegriani, 2006). O pensamento romano orientava-se pelos ideais gregos de beleza, utilizando-se de suas esculturas, imagens e modelos, mas o corpo passou a ser visto como algo pagão, sob outras óticas representativas, envolvendo questões da religião e do misticismo (Gombrich, 1999 citado por Pelegriani, 2006).

Mesmo tendo alguns ideais parecidos, vemos que os gregos e os romanos tinham perspectivas diferentes a respeito do corpo. Os primeiros o apresentavam e festejavam de maneira aberta, já os romanos não faziam isso. O poder sociopolítico de Roma era exibido por

grandes construções e monumentos, para que o povo admirasse e obedecesse ao poderio do Imperador da época, relegando o corpo, assim, a um mal-estar (Tucherman, 2004).

Nesse momento da história em que o Cristianismo se desenvolve e sua influência cresce de maneira categórica em outras culturas e povos, principalmente em nações ocidentais, Barbosa, Matos e Costa relatam que

(...) o corpo passa da expressão da beleza para fonte de pecado, passa a ser “proibido”. O cristianismo e a teologia por muito tempo foram reticentes na interpretação, crítica e transformação das imagens veiculadas do corpo. Uma das razões será porque o cristianismo possui uma história própria e de difícil relação com o corpo. (2011, p.26).

A chegada do Cristianismo evidencia, então, o corpo visto como a prisão da alma, ou seja, a sede das paixões carnisais, do pecado e da lascívia, não podendo, portanto, ser mostrado (por reverência ou pudor). Consequentemente, passa a ser considerado algo que precisa lutar contra os desejos para alcançar a vida eterna (Vaz, 2006). Esses relatos demonstram que as noções de corpo (moral e social) eram priorizadas a partir da classe dominante da época. Historicamente, ao final do Império Romano, a estrutura da sociedade era feudal, com divisões entre nobres, clero e servos, sendo, o corpo, nesse contexto, relegado às lutas, à procriação e a fonte de trabalho para os mais pobres. É nesse contexto que Le Goff e Truong (1924, p.11) descrevem a visão do Papa Gregório de que “o corpo é a abominável vestimenta da alma”, corroborando a ideia já apresentada de que o corpo seria a fonte do pecado na Terra.

Assim, “(...) pensamentos, desejos, imaginações voluptuosas, deleites, movimentos simultâneos da alma e do corpo, tudo isso deve estar, agora, e em detalhe, no jogo da confissão e da direção espiritual” (Foucault, 2015, p.21), visto que foi a partir desse movimento que a Igreja sujeitou o corpo a maciças e fatigantes regras, definidas por Le Goff e Truong da seguinte maneira:

Pois o corpo tem uma história. A concepção do corpo, seu lugar na sociedade, sua presença no imaginário e na realidade, na vida cotidiana e nos momentos excepcionais sofreram modificações em todas as sociedades históricas. Da ginástica e no esporte na Antiguidade greco-romana ao ascetismo monástico e ao espírito cavalheiresco da idade média, quanta mudança! Ora, onde há mudança no tempo, há história. A história do corpo na Idade Média é, assim, uma parte essencial de sua história global. (1924, p.10).

Já no século XVII, de acordo com Rodrigues (1999), surgem novidades e inovações no Conhecimento e nas Ciências que farão com que o mundo tenha novos sentidos e a razão, as simbolizações, as representações farão parte do homem, principalmente o ocidental, moderno. O autor indica que é nesse momento da história mundial que se colocam os saberes em separação, fragmentação, facilitando e evidenciando o método analítico, mas também tornando-se opostos em suas condições puras e simples: subjetivo vs objetivo; natureza vs cultura; sociedade vs indivíduo; natural vs sobrenatural. Com isso, Rodrigues (1999) toma como base para essa instalação do método analítico a cisão entre corpo e alma, alegando que é nesse século que isso se torna evidente e pragmático.

Segundo Barbosa, Matos e Costa (2011), nesse período, o corpo torna-se relegado às normas do espírito e, em suas palavras,

(...) de fato, no século XVIII, também os ideais iluministas acabaram por acentuar a depreciação do corpo, dissociando-o da alma, retomando a dicotomia corpo-alma, arquitetada na antiguidade clássica. O pensamento iluminista negou a vivência sensorial e corporal, atribuindo ao corpo um plano inferior. Paralelamente, as necessidades de manipulação e domínio do corpo concorreram para a delimitação do Homem como ser moldável e passível de exploração. O corpo passa a servir a razão.

Isso significa que, na Idade Moderna, o corpo assume uma posição de estudo, de análise e, também, de dotado de certo controle interno e externo (o que pode fazer com o corpo e o que não pode). Assim, o que antes era visto como comportamentos comuns, como o comer vorazmente e em grande quantidade, agora já não é mais aceito pela sociedade moderna. Desse

modo, de acordo com esses autores, o corpo passa a ter um novo olhar, que delineia um novo ideal: corpo contido, refinado e esbelto.

Le Breton (2003), inicia seu livro “Adeus ao corpo” revendo alguns elementos históricos do corpo e como tais elementos se estabeleceram na cultura pós-moderna. Ao se debruçar em tais aspectos, elabora críticas importantes sobre o corpo do e no século XXI. Le Breton descreve que

Da admiração diante da “máquina maravilhosa”, o discurso científico ou técnico passa depressa à ênfase da fragilidade que a caracteriza. (...). Ele envelhece, sua precariedade o expõe a lesões irreversíveis. Não tem a permanência da máquina, não é tão confiável quanto ela, nem dispõe de condições que permitem controlar os conjuntos dos processos que nele ocorrem. (p. 19)

Continua dizendo que no século XXI, com a cultura cibernética, o corpo passa a ser um empecilho para o desenvolvimento humano e descreve que é grande a “vontade de liquidar ou de transformar o corpo percebido como um rascunho provoca uma reviravolta no universo simbólico que constrói a coerência do mundo. Mas o homem virtual é um abstrato a quem ainda falta a existência”. (Le Breton, 2003, p. 25)

Com essa ideia de corpo esbelto e contido, até então em vigor, passamos às concepções que a Psicanálise e os escritos iniciais de Freud, a partir dos atendimentos às histéricas e de sua prática clínica, trazem como contribuição à noção de corpo e ao modo como ele passa a ser não apenas físico e biológico, mas também pulsional e desejante.

## 2 MENTE-CORPO E PSICANÁLISE

### 2.1 A relação mente-corpo

Mesmo iniciando este trabalho com foco no corpo, é importante lembrar que as questões mente-corpo não são tão novas quanto a fundação da psicanálise e da psicossomática e nesse aspecto, será necessário, contextualizá-las numa perspectiva histórica, inicialmente, para, então, descrever como foi o desenvolvimento da Psicossomática Psicanalítica proposta a partir das ideias freudianas. De acordo com Rosa (2010), desde muito tempo, várias civilizações mostraram interesse no estudo do corpo e sua relação com a mente, de modo que Egito, Mesopotâmia, Índia e China estavam bem avançadas na caracterização e pesquisa da anatomia humana. Porém, foram os escritos e achados da Grécia Antiga que se mantiveram como referência no entendimento da relação mente-corpo.

Durante a Antiguidade, na Grécia, Hipócrates (460 a.C.) descreve a formulação da ideia de que o corpo é uma unidade indivisível. Em outras palavras, mente-corpo é um único substrato uma única matéria, conforme Volich (2016).

Foi a partir das ideias hipocráticas que a Medicina se estabeleceu com um caráter mais científico, na tentativa de explicar os fenômenos entre adoecimento e saúde, alegando que a saúde era positiva quando os quatro fluídos principais (humores) estavam equilibrados entre si. Segundo Volich (2016), Hipócrates via o homem como uma estrutura única organizada quando saudável e a doença era considerada um desequilíbrio ou desorganização dos elementos (humores). A anamnese foi instaurada como procedimento padrão na busca de motivos para a doença do indivíduo e Haggard (1940) relata que Hipócrates dava total importância na escuta da história de vida do paciente, levando em consideração seu passado, presente e futuro.

Volich (2016) descreve que desde a Grécia antiga a relação entre saúde-doença, corpo e mente tinha duas vertentes para a medicina da época,

Uma preocupada com o funcionamento do organismo integrado à sua dimensão anímico-corporal, ao modo de vida e à história do indivíduo. Outra, orientada para os sintomas e as regiões atingidas, sem atribuir importância à compreensão do nexos entre essas partes e outros aspectos da vida do sujeito. (p.35).

Esse excerto deixa evidente, da nossa perspectiva, que as duas propostas correspondem a ideias ligadas ao processo de adoecimento tanto do corpo quanto da alma e debatidas ao longo dos séculos para a compreensão de homem e de mundo. Cabe ressaltar, no entanto, que, após o declínio do Império Grego, esses postulados da medicina grega foram deixados de lado e retomados somente depois de cinco séculos, por Claudio Galeno (131-201 d.C.), nascido em Pérgamo, ex-colônia grega.

Tradutor das obras de Hipócrates, Galeno as relacionou às ideias aristotélicas e platônicas sobre a manutenção da vida de um organismo saudável (Porter, 2004). Foi a partir das pesquisas e dos tratados de Galeno que o desenvolvimento da área da saúde foi possível, tornando-o referência no conhecimento do funcionamento do corpo em sua totalidade. De acordo com seus escritos, a maioria das causas de adoecimento do organismo advinham de base emocional, sendo reconhecida a relevância e a potencialidade das emoções na manutenção da saúde física (Mattern, 2011). A pesquisa, os escritos e os materiais deixados por Galeno sobre o funcionamento do corpo foram acatados e adotados até o Renascimento, quando foram questionados por A. Vesalius e W. Harvey, conforme Porter (2004).

No Renascimento, um representante importante do pensamento sobre a relação corporeamente foi Paracelso (1493-1541 d.C.), de nacionalidade suíça, que apresentou grande relevância na medicina acadêmica de sua época (Sousa, 2005), retomando os pensadores clássicos e aperfeiçoando os estudos sobre a dinâmica do corpo.

Na Era Moderna, Descartes (1596-1650) define o método científico e outra perspectiva: a dúvida hiperbólica<sup>4</sup>. Ele descreve seu método como sendo fundamental para a compreensão do homem e do mundo, de modo que, segundo Volich (2016), a concepção cartesiana “acabou imprimindo uma tendência a priorizar a ‘clareza e a distinção’ do corpo e de suas funções, valorizando seu substrato material em detrimento da experiência subjetiva” (p. 49). Com isso, o corpo foi separado da mente, de maneira tal que “o corpo seria um autômato puro, uma máquina que se moveria por si mesma. Por sua vez, a alma seria constituída por um princípio imaterial, cuja essência é apenas pensar.” (p.49). Nesse sentido, entendemos que Descartes define como método científico uma visão dualista do corpo e da mente, influenciando todo o desenvolvimento da área da saúde posterior a ele.

Sobre essa posição cartesiana dualista, De Marco (2003) ressalta que “Descartes propõe, por meio de suas concepções, uma separação absoluta entre fenômenos da natureza e fenômenos do espírito e, por consequência, uma separação radical entre mente e corpo” (p.34). Todavia, o pesquisador não é o único a relatar esse postulado cartesiano. Nas palavras de Castro (2003), “Descartes, escrevia que a mente é uma substância separada, nada requerendo além de si mesma para existir, sendo o corpo operado mecanicamente de maneira independente.” (pp.51-60). Na concepção de Capobianco (2003), “a partir de Descartes, no entanto, a concepção moderna da distinção entre mente e corpo passa a afetar profundamente a ciência. [...] até dominar as concepções da ciência médica” (p.119).

Esses relatos permitem-nos observar características marcantes no que tange à relação entre mente e corpo, constituída de uma comunicação de mão dupla que a define como uma unidade vital considerável. Foucault (1978) valida essa concepção dualista e interdependente da unidade corpo-mente quando relata as perturbações do corpo e da alma, e afirma que a “alma é matéria e corpo organizados” (p.232). Além disso, relembra Meckel quando descreve que este

---

<sup>4</sup> É um conceito derivado do pensamento cartesiano e da contínua dúvida acerca da veracidade e das verdades que não são apresentadas. É o mesmo que duvidar de todas as certezas.

autor “coloca o corpo e a alma numa ordem de vizinhança e sucessão causal que não autoriza nem retorno, nem transposição, nem comunicação qualitativa” (p.243), sendo algo indivisível.

A partir dessas primeiras noções da relação mente e corpo ao longo da história, chegamos ao ponto de entendermos como ocorre o processo de saúde-doença no campo psicanalítico e, também, como a condição psicossomática do sujeito, em toda a sua complexidade, é suscitada.

Autores como Rodrigues & Rodrigues (1999) e Ávila (1997) esclarecem que o campo médico ocidental se pautou pela adoção do modelo proposto por Descartes, em grande medida, utilizando princípios da ciência matemática e química para a compreensão dos sistemas corporais e da dinâmica do corpo.

Ao final do século XIX e no início do século XX a Europa foi sacudida por um contexto em que os saberes sociológicos, antropológicos, médicos e biológicos estavam sendo explorados de forma mais satisfatória, obtendo avanços consideráveis nessas várias áreas, chegando, algumas delas, a atingirem o estatuto de Ciência e se alastrarem pelo mundo. De acordo com Sampaio (1996, pp.11-15),

O cientificismo do final do século vivia a ilusão de que os “fatos falariam por si mesmos” na demonstração empírica em que racionalistas e empiristas reduziam a verdade ao real demonstrado, com a exigência de uma linguagem unívoca, associada à clareza das noções em referência a um ideal de conhecimento universal ou, pelo menos, universalizável.

Porém, foi no meio médico que Freud iniciou uma nova forma de observar e entender o ser humano e sua condição mental e física. Conforme Sampaio (1996), Freud, para além das ideias vigentes, define que a mente e o corpo “associa[m]-se e integra[m] a ruptura epistemológica com esse pensamento cientificista na dimensão do conhecimento sobre o homem” (pp.11-15), constitui e desenvolve a Psicanálise e inicia a descrição/identificação de fenômenos mentais que ultrapassam os perceptíveis pela consciência. Devido à formação



médica de Freud, sua teoria foi específica sobre o psiquismo, porém, com forte influência do biológico. De caráter indubitável, suas primeiras palavras na construção da Psicanálise descrevem sua teoria com forte marca das bases positivistas. (Freud, 1895). Dizemos isso, porque, nesse volume de 1895, ele publica vários textos que indicam a influência recebida do Positivismo e da Psicologia da época.

Evoluindo em seu modo de pensar, Freud voltava seu olhar para as questões do corpo com o objetivo de entendê-lo para além dos limites biológico e físico. Em “O Eu e o Isso e outros trabalhos”, o pesquisador afirma que os médicos, principalmente, os neurologistas do final do século XIX,

(...) não sabiam o que fazer do fator psíquico e não podiam entendê-lo. Deixavam-no aos filósofos, aos místicos e aos charlatães: consideravam não científico ter qualquer coisa a ver com ele. Por conseguinte, não podiam encontrar qualquer abordagem aos segredos das neuroses, e, em particular, da enigmática “histeria”, que, na verdade, era o protótipo de toda espécie. (Freud, 2006, p. 239).

A medicina da época, ao se deparar com fenômenos como as lesões funcionais, não encontrava base etiológica no corpo e as chamavam de “doenças da alma”. Tais doenças eram vistas sobretudo no caso das histéricas. De acordo com Winograd e Mendes (2009), “o corpo histérico não se assujeitava a uma aproximação puramente fiscalista, revelando ser mais do que somente orgânico e biológico”. De sua parte, com o desenvolvimento da Psicanálise, Freud (1905, p.268), demonstra que “a relação entre o físico e o anímico (alma) é recíproca, mas o outro lado desta relação, o efeito anímico no corpo, encontrou pouca aceitação dos médicos das épocas anteriores” e em Psicologia das Massas e Análise do Eu (1921) relata que o corpo não é por si só biológico ou psíquico, mas se constitui a partir da relação entre soma e psique.

De fato, o corpo não está sozinho no mundo, ele possui uma psique que, por sua vez, possui um corpo no qual, segundo Birman (2005), não existe o sujeito e seu corpo, mas um corpo-sujeito. É com base nesse ponto de vista que Ávila (2002) afirma que “com a psicanálise

institui-se um corte epistemológico que cria um novo campo, onde o corpo ganha novas conotações, afastando-se do corpo objeto da biologia e da medicina, e nascendo como corpo erógeno” (p.33).

Nessa relação mente-corpo ou unidade somatopsíquica, concernente ao corpo erógeno e ao corpo somático, de acordo com Uchôa (2017, p. 149),

O corpo erógeno é resultado de um investimento libidinal – as histéricas sofrem por excesso -, corpo somático, por outro, traduz um desinvestimento libidinal, de tal forma que a pulsão se volta ou para o exterior em forma de *actings*, compulsão à repetição, a serviço da pulsão de morte, ou indiretamente para o soma, por meio de somatizações, levando o corpo muitas vezes à morte real. (p.149).

Para a psicanálise, o corpo não é só um meio de expressão ou um suporte para os sistemas corporais, inquietação freudiana desde seus primeiros escritos. Para o psicanalista, o corpo se articula com a mente de maneira intercambiável, subvertendo os aspectos físicos e biológicos. Lançando uma nova concepção de corpo, a partir do atendimento de histéricas, (Freud, 1893) estabelece que “nas suas paralisias e em outras manifestações, a histeria se comporta como se a anatomia não existisse, ou como se não tivesse conhecimento desta” (p.240).

Birman (2005) reforça a ideia de que há uma clara diferença entre corpo e organismo, mesmo em estreita relação, na teoria freudiana: o corpo sendo dotado de pulsão, libido, e o organismo formado a partir da composição biológica. Freud apresenta esse corpo-sujeito, esse corpo erógeno como um palco de teatro onde atores se complementam na apresentação de uma peça, que apresenta o jogo entre o psíquico e o somático, colocando o corpo “ao mesmo tempo como fonte da pulsão e como finalidade, lugar ou meio da satisfação pulsional” (Fernandes, 2011, p.42), ponto de vista que será melhor elucidado ao longo deste trabalho.

## 2.2 Sobre a importância do Inconsciente – *Das Es*

Entre os trabalhos mais contemporâneos a Freud, destaca-se o de Groddeck (1866-1934), médico e também diretor de um hospital para doentes crônicos na cidade de Baden-Baden (Alemanha), onde aplicava conhecimento muito próximo à psicanálise freudiana, mesmo sem conhecer, inicialmente, Freud e suas técnicas (Santos & Peixoto Junior, 2018).

Apesar de sua importante produção no campo da psicanálise, Groddeck não demonstrava interesse em ser foco de produção científica. Sua escrita pode ser considerada mais livre, pois ele tinha o objetivo de atingir seus pacientes leigos, de se aproximar deles, e receava que a palavra rebuscada poderia aprisionar o pensamento. De acordo com Madeira & Jorge (2019), Groddeck “fez descobertas no tratamento das doenças orgânicas semelhantes às que o próprio Freud fizera em relação à neurose, uma vez que via a possibilidade de os sintomas serem lidos e interpretados como símbolos respeitando a dinâmica particular do paciente” (p.239).

Ao tentar compreender os fenômenos patológicos e somáticos de seus pacientes, Groddeck (2008) intuía que tais doenças eram formas simbólicas e com significados que convergiam para o corpo, um composto Inconsciente, que ele nomeou de Isso (*Es*, do alemão). No acompanhamento de cada caso, tinha como práxis uma postura muito próxima à da associação livre freudiana: orientava os pacientes a entender o conteúdo expresso a partir de seus próprios sintomas (Groddeck, 1994).

Mesmo tendo formação e prática médica, com grande influência de seu pai, também médico, observava, em seus pacientes, a forte influência de suas vivências anteriores ao quadro patológico e, com isso, oferecia outras formas de tratamento e acompanhamento desses casos (D’Epinay, 1988). Com isso, em 1917 lançou um texto considerado importante, segundo Silva (2009), para o fundamento da psicossomática psicanalítica intitulado *Condicionamento*

*psíquico e tratamento de moléstias orgânicas pela psicanálise*, no qual indicava perspectivas de aplicação técnica da Psicanálítica em casos de adoecimentos e de seus significados.

Ainda em 1917, Groddeck inicia contato com Freud por meio de cartas que continham conteúdos bem promissores, mesmo com a escrita de críticas e admirações por parte de ambos. A obra *O Livro d'Isso*, de 1923, retrata, de forma resumida, essa comunicação com Freud e delimita a sua posição, como médico e psicanalista, sobre os fatores de adoecimento e vitalidade do ser humano, asseverando que a Psicanálise seria uma forma atuante e com bons resultados (D'Epina, 1988).

Vê-se que as comunicações entre Groddeck e Freud foram essenciais e recíprocas para ambas as obras. De um lado, temos Groddeck, que se respaldou na consistência freudiana para dar cabo à fundação da psicossomática psicanalítica e, do outro, Freud, que fundamentou, na segunda tópica de sua obra, a partir das ideias groddeckianas de Isso, o conceito de Id (Vaguerèse, 1995). Na citação abaixo, de *O Ego e o Id* (Freud, 1923), vemos essa influência com mais clareza:

Estou falando de Georg Groddeck, o qual nunca se cansa de insistir que aquilo que chamamos de nosso ego comporta-se essencialmente de modo passivo na vida e que, como ele o expressa, nós somos 'vividros' por forças desconhecidas e incontroláveis. Todos nós tivemos impressões da mesma espécie, ainda que não nos tenham dominado até a exclusão de todas as outras, e precisamos não sentir hesitação em encontrar um lugar para a descoberta de Groddeck na estrutura da ciência. Proponho levá-la em consideração chamando a entidade que tem início no sistema Pcpt. e começa por ser Pcs. de 'ego', e seguindo Groddeck no chamar a outra parte da mente, pela qual essa entidade se estende e que se comporta como se fosse Ics., de 'id'. (p.14).

Do ponto de vista teórico, Groddeck (1994) tem como premissa o pressuposto de que não há diferença fundamental entre doenças mentais (como neuropatia defensiva) e doenças orgânicas. Para ele, nos dois casos, a diferença estaria, apenas, na forma de exteriorização é da doença, ou seja, na forma como o Isso (Inconsciente) se expressa. A esse respeito, cabe lembrar

que o Inconsciente para Freud e Groddeck, inicialmente, pode ter a mesma explicação teórica, porém Santos & Peixoto Junior (2018) esclarecem que

Nesse primeiro contato com a obra de Freud, Groddeck acreditava que o seu Isso e o Inconsciente de Freud pudessem ser tomados como sinônimos (Groddeck, 1917/1992). Posteriormente, ao longo de sua obra, o médico alemão estabelecerá distinções entre os dois conceitos, considerando o Inconsciente como um dos elementos que compõem o Isso (Groddeck, 1926/1994). Por outro lado, a partir da publicação do trabalho “*Das Ich und das Es*” (“O Eu e o Isso”), Freud (1923/1996), alegando ter sido influenciado por Groddeck, passa a utilizar o termo Isso, mas num sentido radicalmente distinto do empregado pelo colega de Baden-Baden. De fato, enquanto o Isso groddeckiano pretende contemplar a totalidade dos processos e forças em atuação no indivíduo, o Isso freudiano é tomado como uma espécie de reservatório das pulsões, ou seja, trata-se de uma redução do Isso proposto por Groddeck a uma dimensão puramente energética” (Santos & Peixoto Junior, 2018).

Em um primeiro momento, durante os *Estudos sobre a Histeria*, Freud (1893-1895) observou que, no método da indução hipnótica, era possível fazer-se consciente o Inconsciente e alegava que este (o Inconsciente) tinha um formato semelhante a uma segunda consciência, onde memórias e vivências seriam sobrepostas às supressões do Eu, em consonância com regras morais e julgamento. Com o passar do tempo, o próprio Freud elaborou opinião contrária a essa ideia sobre o Inconsciente e também sobre a prática hipnótica.

Com o desenvolvimento de sua teoria, Freud (1915) lançou o texto *O Inconsciente (Das Unbewusste)*, o qual se revelou de grande importância para o entendimento desse conceito. Na obra, ele descreve que é nas entrelinhas do consciente que podemos encontrar o Inconsciente, as chamadas “formações do inconsciente”, que corresponderiam aos sonhos, aos chistes, aos atos falhos, aos lapsos e aos sintomas. Essas formações foram nomeadas de “fenômenos lacunares” por Lacan (1979) que as descreveu como algo que ultrapassa a condição do sujeito, mostrando-se como um outro que impõe à sua fala e que o sentido lhe escapa.

Embora o texto de Freud publicado em 1915 possa ser específico sobre o Inconsciente, o pesquisador já havia elaborado tal teoria ao descrever os sonhos, em 1900. O que ele fez após

alguns anos foi trazer à luz, de forma mais elaborada e consistente, a questão do Inconsciente, suas especificidades e seu trabalho. Dessa perspectiva, é possível pensar que o Inconsciente não é um local, orgânico ou físico, que se encontra em algum lugar da mente; ele deve ser entendido como uma “lei de articulação e não a coisa ou o lugar em que essa articulação se dá” (Garcia-Roza, 1985, p. 174).

De acordo com Garcia-Roza (1985),

Os fenômenos lacunares são, portanto, indicadores de uma outra ordem, irreduzível à ordem consciente e que se insinua nas lacunas e nos silêncios desta última. Essa outra ordem é o inconsciente, estrutura segunda, e que não é apenas topograficamente distinta da consciência, mas é formalmente diferente desta. O inconsciente não é o mais profundo, nem o mais instintivo, nem o mais tumultuado, nem o menos lógico, mas uma outra estrutura, diferente da consciência, mas igualmente inteligível. (p.173).

Na teoria freudiana, o Inconsciente é uma questão importante para as inscrições psíquicas, que lhe permitirá pensar o aparelho psíquico de forma dinâmica, eliminando assim qualquer conexão possível com a posição anatômica, ou seja, o Inconsciente “se estabelece nas regiões do aparato anímico onde elas podem se dispor no corpo e não ficar prisioneiras de uma localização anatômica” (Freud, 1915, p.6). Nesse aspecto, Garcia-Roza (1985) amplia a explicação sobre o Inconsciente não ser um lugar e explica que ele

(...) é uma forma e não um lugar ou uma coisa. Melhor dizendo: ele é uma lei de articulação e não a coisa ou o lugar onde essa articulação se dá. (...) portanto, o inconsciente não são os seus conteúdos, mas o modo segundo o qual ele opera, impondo a esses conteúdos uma determinada forma. (pp.174-175).

Para complementar a noção de inconsciente, na década de 1960, Lèvi-Strauss (1967) articula uma breve explicação sobre o dinamismo do inconsciente e sua função simbólica, concluindo que

O inconsciente está sempre vazio; ou, mais exatamente, ele é tão estranho às imagens quanto ao estômago aos alimentos que o atravessam. Órgão de uma função específica, ele se limita a impor leis estruturais, que esgotam sua realidade, a elementos inarticulados que provêm de outra parte: pulsões, emoções, representações, recordações. (pp.234-235).

Embora estejamos elucidando a respeito do *Das Es* (Isso), vale lembrar que Alberto Hanns, tradutor das Obras de Freud, pela Editora Imago, fez um breve relato sobre a tradução deste termo para a língua portuguesa e levantou aspectos conceituais e semânticos com o objetivo de ampliar as possibilidades de entendimento do mesmo. No volume II de Escritos sobre a Psicanálise do Inconsciente (2007), Hanns tece comentários sobre o texto *O Eu e o Id* de Freud e relata os seguintes aspectos na tradução do termo das *Es*:

*Das Es* é uma substantivação do pronome pessoal do gênero neutro *Es*. Em alemão, há três pronomes: o masculino (*er*), o feminino (*sie*) e o neutro (*Es*); em alguns casos análogo ao *it* do inglês. Embora a substantivação *das Es*, para um falante do alemão, de entendimento imediato e autoexplicativo, é uma criação filosófico-psicanalítica. No contexto psicanalítico, evoca a imagem de algo contido no sujeito, que nele brota e o atravessa, mas que simultaneamente lhe é estranho.

Se em nosso idioma, diversas palavras se recobrem com os termos alemães *Trieb* (pulsão), *Drang* (ânsia, pressão) e *Zwang* (compulsão, coação), o mesmo não ocorre com *das Es*, para o qual não temos nenhum termo aparentado em português. Assim, conhecer o uso de *Es* como pronome pessoal no alemão é útil para se compreender os sentidos e conotações de *das Es* no freudiano – *Es* – tem múltiplos usos e funções, e ocorre:

1. em frases corriqueiras referentes a objetos e pessoas de gênero neutro;
2. em contextos que remetem a algo indefinido e inominável (fenômenos meteorológicos, estados que acometem o sujeito, etc.);
3. como pronome pessoal que se refere a conteúdos de frases ou objetos indicados em frases precedentes: Eu não o creio (*Ich glaube es nicht*). Ela o disse (*Sie sagt es*). Está bem assim (*Es ist gut so*). Neste último caso, além de referir-se a um conteúdo, o *Es* também tem a função de ocupar o lugar inicial da frase;
4. como pronome pessoal utilizado com verbos impessoais: Chove (*Es regnet*). Neva . (*Es schneit*);
5. como pronome pessoal utilizado com verbos que designam eventos de causas indeterminadas, crescimentos e ruídos: Floresce (*Es blüth*). Crepita (*Es knistert*);
6. como pronome pessoal utilizado com verbos que designam acontecimentos em si, em que os participantes ficam em segundo plano, deixando a frase mais anônima (empregado no alemão frequentemente no passivo): Falava-se, cantava-se e bebia-se (*Es wurde gesprochen, es wurde gesungen, es wurde getrunken*);
7. como pronome pessoal utilizado com verbos que designam ações que independem do sujeito: Eu não respiro, isso respira por mim (*Ich atme nicht, es atmet in mir*);

8. como pronome pessoal utilizado para verbos que designam sensações corpóreas e psíquicas por influência externa. Algo difícil de reproduzir em português, poder-se-ia tentar traduzir por: Faz-me frio (*Es friert mich*) [utilizado em vez de “sinto frio”]; e  
 9. como elemento que ocupa um lugar no início de frases: Era uma vez uma princesa (*Es war einmal eine Prinzessin*), Vieram meus dois filhos (*Es kamen meine zwei Kinder*).

O pronome *es* designa, com frequência, algo que se manifesta à revelia do sujeito, tendo a função de personalizar o que é indeterminado, impessoal e indefinível, mas que pode ser apontado e circunscrito por um pronome. É como se no alemão não pudessem existir frases sem sujeito nomeável (mesmo quando em português correspondem a frases de sujeito “oculto”, inexistente ou indeterminado).

Alguns comentários da gramática alemã *Duden-Grammatik* [D4, 555-558] a respeito do *es* são bastante elucidativos: “[...] Enquanto alguns pesquisadores não reconhecem ao *es* um valor como conteúdo e o consideram como uma palavra de uso puramente formal ou um sujeito fictício, outros vêem no *es* a expressão verbal da ação de forças impessoais, irracionais ou míticas. Entretanto, mesmo aqueles que são céticos com relação a interpretações mitológicas deveriam admitir nas frases a seguir que o *es* designa uma causa indefinida de um acontecimento.”

Em seguida, os autores enumeram exemplos comentados do uso do *es*, os quais podem, em parte, ser consultados também no DCAF. (FREUD, 2006, pp.20-22).

Como dito acima, o Inconsciente para ambos, Groddeck e Freud, não são exatamente iguais. Assim sendo, reproduzindo palavras de Ávila (1999),

(...) o Isso groddeckiano é essencialmente inconsciente, mas não se confunde com o sistema Inconsciente da primeira tópica freudiana, nem se identifica com o Id da teoria estrutural (segunda tópica). Se para Freud a Consciência era apenas a ponta de um iceberg, abarcando o Inconsciente a quase totalidade da vida psíquica, para Groddeck o Isso abrange a “vida inteira. (pp.157-168).

Ao conceber a ideia do Isso ser uma vida inteira, de forma integrativa, unitária, Groddeck nos revela a sua visão de homem de mundo, sendo corpo e mente uma única unidade, indivisível, o que quer dizer que “para o Isso não existe nem corpo nem alma, pois ambos são formas de manifestação desse ser desconhecido, e que o Ego, a individualidade, torna-se duvidoso, pois podemos seguir o Isso desde a fecundação” (Groddeck, 1992, p.32). Groddeck (1992) ainda diz que



Esse Isso dota sua criatura, a personalidade e o ego de um ser humano, de nariz, boca, músculos, ossos, cérebro, faz com que esses órgãos funcionem e entrem em atividade já antes do nascimento, e impele o ser que está surgindo a ações convenientes, antes de completar-se o desenvolvimento de seu cérebro. (p.130).

Sendo assim, é possível pensar no Isso como algo dinâmico, fluído, ora se mostrando no mundo externo e psíquico, ora no mundo inconsciente e interno. Com isso, demonstra sua característica primordial de rejeição de conteúdos. Nesse caso, a repressão proposta por Groddeck revela ser algo normal do funcionamento somatopsíquico, existente em todos os seres e, ao fazer brotar algum conteúdo de ordem psíquica, faz eclodir sintomas somáticos.

Como as atividades de pensamento estão intimamente relacionadas a todas as funções orgânicas, os esforços para suprimir os pensamentos são realizados após a contração dos músculos abdominais e outros grupos musculares, o que leva à circulação sanguínea desordenada. Sobre esse aspecto, Maniakas (2016), a partir de Groddeck, relata que

Através do grande simpático, outros setores do organismo são afetados, começando pelos mais próximos do abdômen: estômago, intestinos, fígado, coração, órgãos respiratórios. Tal perturbação, por menor que seja, desencadeia toda uma série de processos químicos. Dada a frequência do processo de repressão, e dependendo da intensidade e duração da tensão, tem-se uma noção das relações entre esses dois modos de expressão (psíquico ou orgânico). (p.109).

Groddeck (2011), ao relatar o dinamismo do recalque e os sintomas orgânicos no capítulo intitulado “Sobre a Psicanálise do Orgânico no Ser Humano”, relembra Ferenczi dizendo “que o inconsciente se utiliza tanto de sintomas orgânicos como de sintomas neuróticos para proteger seus recalques” (p.74). No entanto, embora ele acredite que a ocorrência de manifestações físicas seja uma importante causa de adoecimento, tais fenômenos não se limitam ao mecanismo de repressão. Sua veiculação desafia a psicanálise a encontrar significados ocultos em doenças orgânicas, em vez de se limitar ao tratamento da neurose.

Sobre a construção e terapêutica proposta por Groddeck em sua clínica, Freud revela à Pfister, logo após o lançamento de *O Livro d'Isso*, que “para quatro quintos dos casos, Groddeck tem, certamente, razão em atribuir ao Isso as doenças orgânicas e pode ser que esteja no caminho certo também para o último quinto que resta” (Groddeck, 1977, p.106).

Segundo Silva (2009), o manejo clínico de Groddeck era diferenciado da prática médica da época e, por isso, Groddeck teve sucesso em suas observações e escritos. Em suas palavras, “para Groddeck, a medicina falha no seu objetivo básico: não se ocupa da pessoa doente e ao invés disso tem como meta indagar e classificar as doenças” (p.84).

### **2.3 Entre o psiquismo e o somático – a pulsão**

No livro *Três ensaios sobre uma teoria da sexualidade* (1905), Freud difere a pulsão (*trieb*) dos instintos e diferencia a sexualidade dos animais (baseada nos instintos) da sexualidade humana, baseada na pulsão. De acordo com Roudinesco e Plon (1998), este termo foi utilizado na França em 1625 para descrever o ato de impulsionar e o termo *trieb* ou pulsão, no início da Psicanálise, também se utilizou desse significado que, etimologicamente, pode ser entendido como “a ideia de um impulso, independentemente de sua orientação e seu objetivo” (p.628).

Para Freud, *trieb* revela a relação entre mente e corpo, indicando que a pulsão nasce a partir de um estímulo no corpo que adentra a psique e descreve que é

(...) um conceito situado na fronteira entre o mental e o somático, como representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida da exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo. (Freud, 1915 [1996], p.127.)

A pulsão tem uma fonte, que é sempre corporal, ligada, basicamente, às membranas e ao contato com o outro: os lábios, o ânus, o olhar, o que escutamos. Isso provoca uma erotização

a partir da construção da pulsionalidade humana. É a pulsão que movimenta e fundamenta o desejo. Freud dá a entender que constrói um conceito extremamente abstrato, que será fundamental e totalmente teórico, uma ficção para tentar dar lógica e inteligibilidade para este fato psíquico. Além disso, esse conceito está intrinsicamente ligado à noção de sexualidade.

Quando Freud delineou esse conceito, o descreveu como sendo a fronteira entre o mental e o corporal. A pulsão seria a exigência de trabalho que o corpo faz à mente, no sentido de representar as experiências, vivências e sentidos. Ele tenta descrever o conceito de pulsão através da experiência em que se sacia uma necessidade corporal, fisiológica e junto à essa satisfação de necessidade há um registro de uma experiência que descreve como prazer ou desprazer. Então, a representação dessa experiência ficará fixada em traços mnêmicos e será, em muitos momentos, a necessidade de reencontrar essa representação da satisfação que esse indivíduo vai buscar. Não necessariamente buscará o objeto da necessidade, mas o objeto da obtenção de prazer (Freud, 1905).

Entendendo que essa teoria pulsional freudiana tenha sido um início para pensar o corpo não somente do ponto de vista da biologia, Dejours (2019) descreve que

(...) quais forem as justificativas, toda metapsicologia do corpo é não freudiana. Freud se manteve firme numa posição de princípio dualista separando o corpo da alma, opondo as pulsões de autoconservação às pulsões sexuais, distinguindo a pulsão de morte da pulsão de vida. (p.134).

Concordando com essa ideia da integração mente e corpo, Laplanche e Pontalis (1986) revelam que, como a pulsão tem origem em um estímulo no corpo, que, por sua vez, invade o aparelho psíquico, ela “é uma espécie de delegação enviada pelo somático ao psiquismo” (p. 395). Diante disso, é possível pensarmos em como essa dinâmica acontece, enquanto algo que nasce no orgânico e adentra o psiquismo?

De acordo com Hans (1996):

O *Trieb* brotará no indivíduo como fenômeno somático-energético, sendo descrito por Freud como processo fisiológico (envolvendo termos como neurônios, nervos, fontes pulsionais situadas nas glândulas etc.) e como processo energéticoeconômico (acúmulo de energia, descarga etc.). De outro lado, o *Trieb* aparecerá para o indivíduo, isto é, será percebido como fenômeno psíquico (ideia, vontade, dor, medo, sensações) e irá impeli-lo a praticar certas ações. Assim, o *Trieb* brota como fenômeno físico e orgânico e atinge a mente como fenômeno psíquico. (p.351).

Cabe aqui pontuar o aspecto dinâmico da pulsão a partir das ideias freudianas. Freud, ao descrever os elementos próprios da pulsão – fonte, pressão, finalidade e objeto –, descreve a fonte (*Quelle*) da pulsão como sendo corporal, ou seja, ocorre em alguma parte do corpo, porém, sua excitação é constituída na vida mental (Freud, 1915). Dessa maneira, partindo do pressuposto freudiano, a pulsão estaria na condição de uma força que atua no aparelho psíquico, com duas características primordiais: origina-se “em fontes de estimulação dentro do organismo” e o seu aparecimento corresponde a uma “força constante” (Freud, 1915, p.129).

De acordo com Garcia-Roza (1985), é importante entendermos a pulsão e sua fonte junto ao princípio de apoio. Ele relata que

(...) o que caracteriza o apoio é o fato de as pulsões sexuais estarem ligadas, em sua origem, às pulsões de autoconservação e cujo exemplo mais expressivo é o da atividade do lactente: paralelamente à satisfação decorrente da ingestão do alimento, dá-se a excitação dos lábios e da língua pelo peito, o que provoca um outro tipo de satisfação que, apesar de apoiar-se na satisfação da necessidade instintiva, não é redutível à ela. Essa segunda satisfação é de natureza sexual. (p.120).

Nos dizeres de Freud (1915, p.127), “por pressão [*Drang*] compreendemos seu fator motor, a quantidade de força ou a medida da exigência de trabalho que ela representa”. Garcia-Roza (1985) relembra que desde o Projeto de 1895, “a ‘exigência de trabalho’ é a marca distintiva do funcionamento do aparelho psíquico. A pressão é o elemento motor que impele o organismo para a ação específica responsável pela eliminação da tensão” (p.121).

Para Freud (1915), a finalidade (*Ziel*) da pulsão é sempre obter satisfação, que pode ser encontrada na estimulação da fonte, nesse caso, corporal. Em termos freudianos, a satisfação sempre será definida como a redução da pressão produzida pela pressão. Nesse caso, temos objetivos específicos e objetivos intermediários que eram propostos por Freud antes da descoberta, no *Três Ensaio*s, da sexualidade infantil e das pulsões parciais.

Com esse avanço, Freud descreve, distintamente, as *pulsões sexuais* e as difere das *pulsões de autoconservação* e, posteriormente, marca sua teoria pela construção metapsicológica das *pulsões de vida e de morte*. Na primeira teoria das pulsões, Garcia-Roza (1985) descreve que o objetivo “de uma pulsão de autoconservação seria uma ‘ação específica’, isto é, aquela que eliminaria a tensão ligada a um estado de necessidade, e o objetivo de uma pulsão sexual seria menos específico por ser sustentado e orientado por fantasias” (pp.121-22).

De acordo com Ávila (2016),

Freud indica que as tendências de conservação do psiquismo (o princípio da constância) buscam proteger o psiquismo levando à descarga dos estímulos externos através da ação, e dos estímulos internos através da elaboração psíquica. As pulsões ganham representantes (só assim elas podem ingressar no psiquismo), e é através desses representantes que a mente pode ir adequando objetos às demandas que as pulsões enviam. Freud assinala que as pulsões representam uma exigência de trabalho para o psiquismo. Esse trabalho é duplo – tanto encontrar representações representativas, quanto fornecer objetos de satisfação, ou alternativamente, encontrar vias de descarga para a energia pulsional. (p.96).

Dentre todos os conceitos postulados na explicação do que é pulsão (*trieb*), Garcia-Roza (1985) descreve que são estruturas e postulados beirando a ficção teórica e “produzem uma inteligibilidade distinta daquela fornecida pela descrição empírica” (p.115). E continua

Esses conceitos não descrevem o real, eles produzem o real; ou, se quisermos, eles permitem uma descrição do real segundo um tipo de articulação que não pode ser retirado desse próprio real enquanto “dado”. São, portanto, autênticas ficções

científicas. Esse é o caso da *pulsão (Trieb)* em Freud: ela nunca se dá por si mesma (nem a nível consciente, nem a nível inconsciente), ela só é conhecida pelos seus representantes: a *ideia (Vorstellung)* e o *afeto (Affekt)*. Além do mais, ela é meio física e meio psíquica. Daí seu caráter “mitológico”. (p.115).

Assim, vemos que a pulsão não se limita às atividades físicas e biológicas, mas se mostra como o principal fator que impulsiona toda a série de atividade e trabalho mental e, portanto, se estrutura como a base dos dispositivos psicológicos e de suas funções. Em outras palavras, Freud criou um novo entendimento revolucionário da humanidade.

#### **2.4 Complacência somática – a histeria**

Desde o início da Psicanálise, como uma área do saber humano, as questões do corpo eram vistas como combustível para o desenvolvimento teórico psicanalítico e, de acordo com Aisenstein (1994) e Cukiert & Prizskulnik (2000), Freud ocupou-se de entender, inicialmente, a histeria, e postulou que doenças orgânicas não são apenas derivadas de causas físicas, mas também propícias à susceptibilidade do mundo mental, indicando, para além da condição física, um atributo psíquico no que diz respeito à saúde e ao adoecimento.

Breger (2000) descreve a palavra histeria do ponto de vista etimológico. Oriunda do grego, significa útero, mas, ao longo da história, também teve significado nas afecções somáticas como uma simulação de doença. Segundo Cataldo (1991), concordando com Freud (1923), o trabalho e o olhar freudianos atentaram-se aos sintomas corporais sobre a histeria, fazendo com que ele voltasse sua atenção para as conversões somáticas, afirmando que o Eu, essencialmente, e antes de qualquer coisa, é um eu corporal.

Também de acordo com tal afirmação, Dejours (2019) relembra Freud: “há lugar aqui para o que compete a uma ‘exigência de trabalho’ (*Arbeitsanforderung*) imposta ao aparelho

anímico por conta de suas correlações (*Zusammenhang*) com o corpo (Freud, 1915/2013). A formação da pulsão é concomitante à formação do eu” (p.310).

É aqui que o corpo intervém como detentor de um poder primevo de tradução. É o corpo, com efeito, que recebe a mensagem por intermédio da implantação; é o corpo que experimenta a excitação sensual; e é ainda o corpo que detém o poder que inicia a tradução, o que Freud apenas entreviu ao dizer que o eu é, primeiramente, um ser de superfície, um eu corporal. (Dejours, 2019, p.311).

Nesse aspecto, Simanke (2006) revela que Freud não se mostrou reducionista pois, mesmo sendo médico, no entender do sofrimento humano e, em consonância com a teoria psicanalítica “nunca subscreveria qualquer espécie de autonomia ontológica do psíquico (...); o que ele propôs foi uma autonomia metodológica do psíquico, que permitiu abrir mão da referência ao dado orgânico na explicação deste domínio de fatos” (p.141).

No entanto, vemos que a maioria das investigações clínicas e teóricas freudianas dão importância aos elementos psíquicos e mentais, e tratando o corpo e sua correlação com os fatores psíquicos como secundários (Haynal e Pasini, 1983). Porém, de acordo com Rodrigues & Rodrigues (1991), essas primeiras investigações psicanalíticas serviram de base para teóricos posteriores a Freud e que retomaram o conceito hipocrático da unidade corpo-mente, da relação entre o psiquismo e o biológico.

Freud recebeu influências de seus companheiros de pesquisa, médicos e professores – E. Brücke, H. Nothnagel, Meynert, Charcot, Libeault e Bernheim – e, nas palavras de Volich (2016),

deparou-se com a encruzilhada a partir da qual se definiam dois caminhos diametralmente diferentes para a compreensão e para a clínica dos distúrbios nervosos. De um lado o saber médico, teve, como eixo principal, o papel do professor na elaboração e condução de um parecer sobre a doença e o doente e, de outro lado, apresentou um modelo intuitivo que relacionava os aspectos da vida do paciente, levando em consideração os eventos de sua história de vida, seja ela no sono ou na vigília. (2016, pp. 79-80)

Porém, conforme relato de Ávila (2002), a histeria e os casos de conversão não configuram novidades para o mundo filosófico e científico. Em seu trabalho *Doenças do Corpo e Doenças da Alma* faz uma retomada histórica da histeria, levando-nos a pensar sobre esse conceito estar presente na literatura há mais ou menos 4000 anos, no império egípcio. Independentemente desse conceito não ser atual, Ávila (2002) descreve que a histeria, no século XIX, ocupou “o primeiro lugar entre as afecções que levaram a internações” (p.65). Por esse dado, é fácil entender porque Freud se ocupou, inicialmente, do estudo das histéricas que estavam no *Hospice de la Salpêtrière*, em Paris.

Interessante, então, conhecermos melhor os primeiros trabalhos de Freud, quando pensou a conversão, a histeria e postulou a metapsicologia como meio de observação dos sintomas psíquicos e corporais de seus pacientes.

Segundo Santos Filho (1994), é a partir da Psicanálise que o termo metapsicologia se torna mais evidente, indicando que seu surgimento se dá por meio da compreensão teórica dos sistemas psíquicos, divididos e interligados pelas dimensões dinâmica, tópica e econômica. Diferentemente do método de organização científica proposto pelo Positivismo, que pretende elaborar o conhecimento a partir da prova empírica e experiência vivida, a metapsicologia quebra paradigmas e propõe refletir sobre as funções do aparelho psíquico (Assoun, 1983).

Roudinesco e Plon (1998), no *Dicionário de Psicanálise*, descrevem que foi a partir do entendimento metapsicológico que alguns conceitos se tornaram importantes na compreensão dos sintomas somáticos, entre eles, a conversão “graças à qual tornou-se [SIC] possível compreender como uma energia libidinal se transformava numa inervação somática, numa somatização dotada de uma significação simbólica” (p.340).

Logo, é possível notar que a conversão revela um certo tipo de conspiração entre a mente e o corpo, e temos essa certeza quando lemos, nas palavras de Freud (1996), que “todo sintoma histórico requer a participação de ambos os lados. Não pode ocorrer sem a presença de uma



certa complacência somática<sup>5</sup> fornecida por algum processo normal ou patológico no interior de um órgão do corpo ou com ele relacionado” (p.47).

Esse tipo de conluio entre corpo e mente, no caso da histeria, não apresenta apenas detalhes e sintomas da dinâmica psíquica de conteúdos sexuais reprimidos mas, também, passa a ser uma exteriorização de conflitos relativos às neuroses atuais (Zimerman, 1999). Em *História da histeria*, de Trillat (1991), vemos que, durante alguns séculos, esse conceito com suas questionáveis e controversas explicações, sempre foi tema em disciplinas, instituições e saberes.

Freud (1996) descreve, nos primeiros anos após o início do século XX, ao observar os casos de neuroses, a possibilidade de existirem dois tipos de histeria/neurose: “histeria de conversão” e “histeria de angústia”, fazendo distinção nosográfica de ambas e, conseqüentemente, ampliando as possibilidades de entendimento desses fenômenos.

Segundo Laplanche e Pontalis (1986), a neurose é uma doença de origem psicológica, seus sintomas são expressos simbolicamente, a partir da história de vida infantil do sujeito, com seus conflitos e relações entre desejos e defesas. Além disso, apresentam dois tipos de características sintomatológicas: a neurose de angústia, que tem uma fixação parcial em objetos externos (como no caso das fobias), e a neurose de conversão cujas características são marcadas pelos conflitos psíquicos simbolizados por sintomas corporais, somáticos.

Em seus primeiros trabalhos, Freud não fazia distinção entre as várias formas de histeria, principalmente no que concerne aos dois tipos ora citados (Leite, 2012). Freud se debruçou e descreveu essas diferenciações com base nas possibilidades e nos tipos de histeria apenas em

---

<sup>5</sup> Complacência somática: O grau em que a estrutura orgânica do indivíduo coincide com o seu mecanismo psicológico na expressão sintomática de suas defesas patológicas. Nos sintomas de conversão, por exemplo, toda a catexia das pulsões repreensíveis é condensada numa função física definida. A capacidade da função afetada para absorver essa catexia constitui a sua complacência somática. A função pode ser escolhida porque o órgão em questão apresenta um *locus minoris resistentiae* (*inferioridade de órgão*), ou porque a erogeneidade da parte afetada corresponde às fantasias inconscientes que buscam expressão (como no caso de uma pessoa com fixações orais que, quando os sintomas se desenvolvem, apresentará principalmente sintomas orais), conforme Rede Psi (<https://www.redepsi.com.br/2008/03/13/complac-ncia-som-tica/>).

um texto de 1909, o “Análise de uma fobia em um menino de cinco anos”, no qual distinguiu “uma pura histeria de conversão sem qualquer angústia” da histeria de angústia propriamente dita.

Em “Os estudos sobre a histeria”, Freud (1893-1895) apontou que o mecanismo de defesa existente é que, ao excluir a ação emocional correspondente, um grupo de representações frequentemente perde seu poder. Esse movimento de conteúdo afetivo é escoado para o corpo na forma de um ataque histérico real ou projetado para fora na forma de alucinações ou delírios histéricos. Na histeria, esse sentimento de excitação converge para o corpo na forma de dor, ou algum sentimento desagradável, de maneira flutuante ou mais específica, e, de acordo com o psicanalista, essa é a forma mais efetiva de extinção da angústia, pois vem das representações conflitivas.

Freud esclarece, nesse texto (1893-1895), que a questão da conversão se dá de forma quantitativa, à medida que relata a existência um “grau máximo de tensão emotiva que o organismo poderia tolerar” e a suposição de que “quando essa quantidade é aumentada pela soma, até um ponto além da tolerância do indivíduo, dar-se-ia o ímpeto à conversão” (Freud, 1893-1895. p.187).

Freud enfatizou, também, a relação simbólica entre sintomas físicos e ideias ou representações reprimidas. Palavras não ditas ou mal pronunciadas são fixadas, ficando gravadas como símbolos do corpo. Por esse motivo, relata que há “uma reanimação das sensações a que a expressão linguística deve sua justificação” e “a histeria restabeleceria para suas inervações mais intensas o sentido originário das palavras” (Freud, 1893-1895, p.193).

Concernente à descoberta das palavras não ditas ou mal ditas na história de vivências do paciente, Ávila (2002) relembra que o “histérico padeceria principalmente de reminiscências. É a história do indivíduo, sua biografia, que está na base da elaboração de seus sintomas” (p.69) e observa que

O tratamento de Anna O., por Joseph Breuer, estabelecerá as bases iniciais para a recuperação através da palavra, ou da expressão verbal, como dizia Freud, de uma história perdida pelo próprio sujeito; e em função de cuja perda ele pagava o preço do sofrimento, o ônus do sintoma. (p.68).

Bitelman (2004), reafirmando a ideia de Freud e Breuer, nos revela que entender os pressupostos básicos da sintomatologia da histeria de conversão serviu para facilitar e ampliar tal conceito, revelando, na história de vida do paciente somático, seus sintomas e significados simbólicos. Breuer e Freud (1893-1895) retratam a conversão e nos propõe certa reflexão:

O que é que aqui se transforma em dor física? Uma resposta cautelosa seria: algo que talvez se tivesse transformado e que deveria ter-se transformado em dor mental. Se nos aventurarmos um pouco mais e tentarmos representar o mecanismo representativo numa espécie de quadro algébrico, poderemos atribuir certa carga de afeto ao complexo representativo dos sentimentos eróticos que permaneceram inconscientes e dizer que essa quantidade (a carga afetiva) é o que foi convertido. (p.189).

A partir desses pressupostos básicos da noção de mente e corpo para a Psicanálise, é necessária a reflexão sobre algumas vertentes da Psicossomática Psicanalítica, principalmente aquela da Escola Francesa, com teóricos como Dejours e McDougall.

### 3 PSICOSSOMÁTICA PSICANALÍTICA

A psicossomática se desenvolve como uma interface, um espaço para discussão entre discurso médico, discurso psicanalítico e psicológico, incluindo pesquisas destas áreas e trazendo explicações diversas sobre a inter-relação do dinamismo mente-corpo.

É necessário trazer luz à especificidade do que é Psicossomática Psicanalítica para a tomarmos como eixo integrador das possibilidades de tal teoria. Volich (2016) ressalta que é preciso entender a unidade mente-corpo, a partir da Psicanálise, por dois eixos:

Enquanto *operador teórico*, a psicanálise oferece um aparelho conceitual para a compreensão das relações entre o psíquico e o somático e das funções do psiquismo no equilíbrio psicossomático. Enquanto *operador clínico*, ela propicia uma referência de escuta, de leitura e de interpretação que amplia as possibilidades da consulta terapêutica, médica, psicológica e de qualquer outro profissional da saúde, enriquecendo também os recursos para a intervenção profilática e mesmo terapêutica em processos educacionais, sociais ou do trabalho. (p.145).

Com a fundação da Psicanálise, Freud (1893, 1893-1895, 1905) acredita que o inconsciente não é apenas o determinante do comportamento mental, mas também participa do comportamento físico, especialmente em casos como a histeria, neurastenia<sup>6</sup> e neuroses atuais. Ele mesmo não se aprofundou nas pesquisas e aportes teóricos sobre as doenças psicossomáticas, mas é por meio de seus estudos que emerge a preocupação em estabelecer uma relação dinâmica entre mente e corpo a partir da teoria das pulsões e da concepção econômica do aparelho psíquico.

Foi com essa ampliação psicanalítica sobre a mente e o corpo, ou unidade mente-corpo, que a Psicanálise abalou os fundamentos do racionalismo cartesiano na pesquisa do mecanismo

---

<sup>6</sup> “Termo introduzido em 1879 pelo neurologista norte-americano George Beard (1839-1883), para designar um estado de fadiga psicológica e física acompanhada de diversos distúrbios funcionais e própria da sociedade industrial do Novo Mundo”. (Roudinesco & Plon, 1998).

de descoberta, transformando até os pilares da medicina, ao introduzir o conceito de corpo erógeno, pulsional, e estabelecendo o conceito de Inconsciente (Galdi & Campos, 2017).

Para Ávila (1997), a Psicossomática Psicanalítica se diferencia da Medicina Psicossomática na medida em que

A Medicina Psicossomática adota os mesmos critérios diagnósticos da Medicina, seus métodos, suas técnicas, seu procedimento de pesquisa, seus critérios de cura. A Psicanálise fornece para ela mais uma ferramenta, um meio de investigação daqueles fatores etiológicos “invisíveis”, as emoções, o fator “subjetivo”.

Muito diferente é a orientação da outra Psicossomática, a que propomos chamar de Psicossomática Psicanalítica. Para essa concepção o “subjetivo” não é um fator de causalidade, e o sintoma, qualquer sintoma, não é o que deve ser eliminado. Para a Psicanálise, o principal sintoma é o próprio Ego, e esse é visto como um “campo de batalha”, como Freud propunha em 1917.

Em seguida, abordaremos algumas vertentes sobre o entendimento e a amplitude do termo psicossomático e, logo em seguida, exploraremos o conceito com base em Freud e Groddeck. O primeiro, por ser inovador no pensar somatopsíquico e, o segundo, por ser considerado o pai da psicossomática psicanalítica, que traz grandes contribuições no entendimento do adoecimento psicossomático.

### **3.1 Algumas vertentes**

Após a contribuição importante da teoria psicanalítica freudiana para o entendimento da relação mente-corpo, principalmente nas afecções somáticas, vemos que alguns teóricos (Ferenczi, Groddeck, Marty, McDougall, Dejours, Alexander, entre outros) posteriores a Freud elevaram tal contribuição a outro nível e puderam, com certeza, ampliar o entendimento sobre a relação psique-soma, fundando a Psicossomática Psicanalítica. De acordo com Ávila (2002), tais avanços no entendimento do fenômeno psicossomático ampliaram, também, os saberes médicos.

Considerando Melo e Burd (2010), temos, no entendimento do que é Psicossomática, dois pontos divergentes. O primeiro é um entendimento médico, com fortes influências de Hipócrates, no qual corpo e mente é uma unidade única, sendo, a saúde e a doença, um composto unificado formando o ser humano. O segundo leva em conta que algumas afecções somáticas são psicossomáticas e outras não são, indicando uma visão ainda dualista sobre as formas de compreensão da visão de homem e de mundo.

Dada essa informação, vemos que pesquisas e estudos psicanalíticos têm uma visão única, dentre todas as divergências teóricas, de que a doença psicossomática é “todo fenômeno que não se restringe apenas às explicações biológicas médicas, mas que insiste em aparecer, permanecer e que também não se enquadra nos sintomas de neuroses clássicas” (Galdi & Campos, 2017).

De acordo com Volich (2016) foi Johann Christian Heinroth (1773-1843), médico psiquiatra alemão, que, em 1818, cunhou o termo *psicossomática* para designar a influência das paixões sexuais sobre algumas formas de adoecimento como no caso da tuberculose, da epilepsia e do câncer, com isso, evidenciando a indivisibilidade dos aspectos físicos e psíquicos nos casos de adoecimento. Freud nunca utilizou o termo psicossomática em sua obra, mesmo descrevendo fenômenos que, posteriormente, tenham sido entendidos como tal (Ávila, 2016).

As influências que Heinroth recebera para compor seus estudos vieram do vitalismo e de formação religiosa, que postulavam que haveria, em todo organismo humano, uma força vital que “se encontraria na origem da sensação, do movimento e da vida, sendo também responsável pela saúde e pela patologia” (Volich, 2016, p. 55). Concernente a esse aspecto, mesmo identificando as influências psíquicas no adoecimento físico, acreditava que este padecimento mental era o pecado, embora fosse, para ele, similar ao egoísmo. Suas ideias, por serem expressas de forma moralista e com base religiosa, não foram levadas adiante pelos seus sucessores no desenvolvimento da Psicologia e da Psicanálise.

Ao que parece, a forma com que Heinroth concebe a relação mente-corpo e o psiquismo aproxima-se da visão freudiana sobre Id, Ego e Superego. De acordo com Mendonça (2006), Heinroth considerava que o trabalho psicológico e mental eram

(...) divididos em três níveis de funcionamento: o mais baixo, das forças instintivas e sentimentos em busca de prazer; o segundo, que chamou de ego, que funciona sob orientação do intelecto; e o mais elevado nível de funcionamento mental, chamou de consciência (supernós).(...) Para ele, o corpo e a psique não são senão dois aspectos da mesma coisa, que aparece exteriormente no espaço como corpo e interiormente como psique. (pp.119- 120).

Para além desses pressupostos iniciais de Heinroth, vemos que a psicossomática teve evolução e desenvolvimento a partir das ideias iniciais de Freud e tomou alguns rumos na explicação dos fenômenos psicossomáticos e na constituição da Psicossomática na qualidade de área científica. Veremos, a seguir, um breve panorama do desenvolvimento da psicossomática no campo psicanalítico.

### **3.2 Breve panorama do desenvolvimento da psicossomática no campo psicanalítico**

Algumas escolas de psicossomática foram organizadas, a partir dos anos 1930, com o objetivo de ampliar a noção sobre o dinamismo do psiquismo e sua influência nas doenças orgânicas. Segundo com Volich (2016), tais escolas foram precursoras no entendimento da relação mente-corpo a partir das ideias freudianas , no entanto, divergindo ou convergindo em alguns pontos. Entre essas escolas, destacam-se a Escola Psicossomática de Chicago, a Escola Psicossomática de Paris e a Escola de Boston. Alguns teóricos também englobam o desenvolvimento do conceito em Psicossomática, porém não foram considerados membros de tais escolas como Ferenczi, Dejours, Sami-Ali, Dias, McDougall.

Nosso objetivo não é traçar, sistematicamente, um panorama do desenvolvimento do conceito de psicossomática, porém, é necessário retratar alguns desses movimentos por serem importantes na consolidação do conceito mente-corpo em Psicossomática.

### **3.2.1. Escola Psicossomática de Chicago**

A Escola Psicossomática de Chicago surgiu por volta de 1930, liderada por Alexander e Dunbar, e, segundo Cardoso (1995), estes autores postularam que as afecções psicossomáticas seriam “consequência de estados de tensão crônica, relativa à expressão inadequada de determinadas vivências, que seriam derivadas para o corpo” (p.10).

Franz Alexander (1891-1964), de nacionalidade húngara, porém radicado nos Estados Unidos da América propunha que os estados de adoecimento orgânico, principalmente em algumas doenças específicas, como artrite reumatoide e úlcera gástrica, tinham etiologia como uma resposta fisiológica exagerada, resultante de atividade mental destituída de acepções simbólicas (Alexander, 1989).

De acordo com Peres & Santos (2006), Alexander favoreceu o entendimento do processo de adoecimento somatopsíquico quando descreveu que havia uma resposta que era variável, sempre em acordo com o movimento mental que a mobilizou, dando a entender que podem existir modalidades emocionais específicas relacionadas aos quadros de adoecimento somático.

Tais autores consideravam o entendimento da Psicossomática a partir de uma visão psicogenética e, conforme Cardoso (1995), esses autores defendiam que “as diferentes doenças psicossomáticas corresponderiam [a] diferentes ‘fatores psicológicos’, que para Dunbar seriam os tipos de personalidade e para Alexander os conflitos ou ‘situações de vida significantes” (p.10).



Em referência ao trabalho de Alexander, Trombini & Baldoni (2004) revelam que

(...) para Alexander, os conflitos psicológicos e as emoções podem originar tanto alterações funcionais como doenças orgânicas, mas por meio de um mecanismo não-simbólico, ligado ao estímulo exacerbado das funções vegetativas.

(...) segundo a qual todo conflito psicológico corresponde a uma síndrome fisiológica característica que predispõe, por sua vez, a determinadas doenças. (p.67).

Com a forte influência fisiológica, a perspectiva psicodinâmica de Alexander (1989, p.11) dividiu os distúrbios afetivos da atividade vegetativa em duas categorias, correspondendo a duas atitudes emocionais específicas. A primeira categoria refere-se à atitude emocional de “luta ou fuga”, e a segunda categoria refere-se à atitude emocional de “retirada de atividades” do mundo exterior. Do ponto de vista fisiológico, o primeiro tipo de atitude emocional está sob o controle do sistema nervoso simpático, o segundo refere-se ao sistema nervoso parassimpático.

Debray (1995) salientou que Alexander descreveu a existência de tipos específicos de conflitos que são a origem de muitas doenças físicas. Para que as doenças psicossomáticas apareçam, três conjuntos de fatores devem ser considerados: tipos específicos de conflito, suscetibilidade particular do corpo do sujeito e conflitos atuais.

Sendo reforçado pela Escola de Chicago, o movimento psicossomático de caráter psicanalítico também se desenvolveu fortemente no território americano, porém com uma vertente e forte influência médica. De acordo com Amaral Dias (1992), tal influência se mostrava restrita por ser exposta e reafirmada a partir da imposição anatômica, exigindo uma localização fisiológica do adoecimento.

Com esse postulado, a comunidade científica questionou os escritos de Alexander, indicando que tal teoria teria a fisiologia como pressuposto básico, essencial e exagerado, no entendimento dos fenômenos psicossomáticos e, com isso, iniciaram-se questionamentos por

parte da Psicanálise Francesa e alguns de seus autores, delineando novos entendimentos sobre a estrutura dos sintomas somáticos e o sofrimento psíquico e mental.

### 3.2.2 Escola Psicossomática de Paris

A partir do movimento francês, surge Pierre Marty (1918-1993), de formação médica e o autor referência da Escola Psicossomática de Paris, liderando um grupo de psicanalistas que entendiam que os pacientes de condições psicossomáticas teriam um outro tipo de funcionamento mental, diferentemente dos psicóticos e neuróticos clássicos. Nas palavras de Vieira (1997), esse grupo iniciou os estudos sobre Psicossomática levando em consideração a doença orgânica e a partir de um olhar entre a funcionalidade do corpo biofísico e do corpo erógeno.

Marty não estava sozinho nesse momento e, em coautoria com Michel de M'Uzan, apresentou uma comunicação científica em 1962, na Espanha, originalmente publicada em 1963, que descrevia o conceito de “pensamento operatório”<sup>7</sup> observado em pacientes de adoecimento somático, alegando que “o transtorno psicossomático não configura uma entidade nosológica, sendo de manifestação de um aparelho mental frágil e instável, devido a um mal funcionamento do sistema pré-consciente” (Ávila, 2002, p. 97).

Com o passar dos anos e com a colaboração de psicanalistas como Michel Fain, Léon Kreisler e Christian David, Marty, publicou uma obra em que detalha os aspectos do entendimento sobre a condição psicossomática, fundando, assim, em 1972, a chamada Escola Psicossomática de Paris (Volich, 2016). Desde então, essa escola e seus pesquisadores têm se debruçado no entendimento e desenvolvimento de aportes que clarifiquem ainda mais as ideias

---

<sup>7</sup> Este seria “um pensamento consciente que: 1) manifesta-se sem vínculo orgânico com uma atividade fantasmática de nível apreciável e 2) reproduz e ilustra a ação, por vezes a precede ou sucede, mas dentro de um campo temporal limitado” (Marty & M'Uzan, 1963/1994, p. 165).

sobre os fenômenos psicossomáticos, “partindo das concepções psicanalíticas, sobretudo de referências metapsicológica, (...) buscando compreender a função do aparelho psíquico e de suas funções como reguladores do funcionamento psicossomático, e, em particular, dos destinos das excitações no organismo” (Volich, 2016, p.146).

Segundo Rocha (1989), o conceito “psicossomático”, para esses autores franceses, se refere à “abordagem de pacientes, de uma técnica psicoterápica e de uma teoria” (p.104) e seu objetivo principal é entender como os pacientes reagem aos conflitos e aos acontecimentos do dia a dia (somatiza-os). Além disso, Rocha (1989, p.104) explica que essa forma essencial de trabalho mental se refere a “dificuldade de fantasiar livremente, pobreza de associações subjetivas, dificuldade de estabelecer uma transferência, pobreza de investimentos libidinais e ausência de reações afetivas diante de perdas e outros acontecimentos traumáticos”.

Um conceito importante aventado pela Escola Psicossomática de Paris foi o de “pensamento operatório”, segundo Marty e M’Uzan (1984). Para esses autores, essa forma especial de pensar será um pensamento consciente, organizado devido a uma “falha no pré-consciente”, resultando na incapacidade do consciente se comunicar com o inconsciente. Indivíduos com essa “falha” apresentam uma vida mental fantasmática pobre e uma deficiente vida onírica. De acordo com Cerchiari (2000), “a capacidade simbólica e o valor de sublimação seriam quase inexistentes desses sujeitos”. Além disso,

O fato de se encontrar, nesse tipo de pensamento, orientação para a realidade sensível, preocupação com o lógico, com a continuidade e com a casualidade nos remeteria a uma modalidade do processo secundário, no entanto a atividade deste estilo de pensamento se fixa, principalmente, às coisas e não às expressões simbólicas e à imaginação. (pp.64-79)

Os autores franceses descrevem que as verbalizações e os conteúdos que os pacientes psicossomáticos apresentavam intuíam sobre a existência do inconsciente. A partir dessa observação clínica, das falas agressivas e desconexas de sentido e do momento dos doentes,

Marty & M'Uzan (1994) afirmam que tais atitudes estão “em um nível de pouca elaboração, como aquém das primeiras elaborações integradoras da vida pulsional” (p.719).

### **3.2.3. Escola Psicossomática de Boston**

Durante a década de 70, nos Estados Unidos, surgem pesquisas, a partir de entrevistas e atendimentos clínicos de pacientes de condição psicossomática, autores como Nemiah, Freyberg e Sifneos (1975) que perceberam forte dificuldade desses pacientes se expressarem emocionalmente a partir da fala e das palavras e, com isso, reconheceram intensa redução de pensamentos fantasmáticos.

Os estudos sobre Psicossomática foram se estruturando a partir das pesquisas feitas por Sifneos no contexto das doenças ou transtornos tidos como psicossomáticos. O termo “alexitimia” foi introduzido em 1972, por Sifneos (1972), em um trabalho intitulado *Short-term Psychotherapy and Emotional Crisis* que, literalmente, significa “sem palavras para a emoção” e faz referência a pessoas com dificuldade de descrever suas emoções. Nesse aspecto vê-se uma clara característica da teoria psicanalítica, que entende que os conflitos, não sendo representados psiquicamente nem expressos verbalmente, tendem a se expressar por meio de canais somáticos. Sifneos identifica tais características em pessoas de condição neurótica, e tal forma de funcionamento mental limita a capacidade de sonhar e o pensamento fantasmático.

Levando em consideração tais constatações, Taylor (1984) relata que esses autores chegaram à conclusão de que pacientes com essas desordens psicossomáticas manifestavam amiúde perturbações afetivas e simbólicas, demonstrando um modo de se comunicar um tanto desordenado e improdutivo. Ainda assim, Taylor (1984) ressalta e propõe que pacientes psicossomáticos, ou até mesmo com afecções somáticas, como os transtornos alimentares, transtornos afetivos e alterações do humor, demonstravam dificuldades na comunicação e na

verbalização das emoções, indicando um problema na simbolização e na modulação de vivências afetivas.

Segundo Teixeira e col. (1996), a forma como indivíduos de condição psicossomática e alexitímicos demonstram um padrão estereotipado de comunicação e relacionamentos afetivos e sociais corresponde a “situações vividas como ameaçadoras pela difícil contenção psíquica das emoções dolorosas” (p.381).

### **3.2.4 Outros autores**

Outra autora, considerada contemporânea, nos estudos de psicossomática, que vale ressaltar aqui é Joyce McDougall, neozelandesa naturalizada na França, psicanalista e que ficou marcada pelo uso do termo “metáfora do teatro”, que tem o intuito de explicar que cada indivíduo é dotado de um palco de teatro individual e o usa para exteriorizar suas emoções e vivenciar suas fantasias (McDougall, 1991; 2015)

Intrigada com as somatizações que acometiam seus pacientes, McDougall (1991) tentou entender qual seria o movimento dinâmico por trás de tais fenômenos, indicando que há uma forma compulsória que se impõe ao corpo para ter que dar conta de algo que não pode transitar pelo mundo psíquico. A autora descreve a existência de uma economia afetiva que se transforma a ponto de se perceber a presença de uma rejeição a uma ideia incompatível com o afeto, gerando um retorno a reações psicossomáticas. Dessa maneira, o afeto rejeitado encontra, no corpo, a oportunidade de descarga.

Segundo o relato de McDougall (1991),

(...) a sobrevivência psíquica (dos pacientes psicossomáticos) dependia da capacidade para tornar a vitalidade interna inerte (...) esta paralisia interna tem por objetivo evitar a vivência de fantasias primitivas de abandono ou o retorno a um estado traumático de

desamparo e desesperança no qual a existência psíquica e talvez a própria vida foi sentida como ameaçada.

Já em Dejours (2019), outro teórico da psicossomática psicanalítica e da teoria do corpo, encontramos escritos, influenciados pelas concepções de fenômenos psicossomáticos de Marty, relatando que as pesquisas do autor abrem espaço para diferenciar algumas características dos sintomas na afecção somática. Em suas palavras, há

(...) sintoma histérico e sintoma somático, o primeiro sendo a manifestação de um sentido associado a um desejo recalcado; o segundo, o testemunho de um enfraquecimento dos processos implicados na formação do sentido e de uma carência do recalçamento (e de outras defesas psiconeuróticas) (p.31).

Ainda em Dejours, vemos o conceito de subversão libidinal que é definido como algo que nunca se completa, na questão da relação mente-corpo (ou órgão-junção), levando, assim, a um “confronto constante entre o corpo erótico e o corpo biológico” (Cardoso, 1995, p.22). Sobre a temática da subversão libidinal, Dejours (2019) relata que

A noção de subversão libidinal é, em suma, uma generalização teórica dos conceitos de apoio (*Anlehnung*) e de erogeneidade (*Erogenität*)<sup>8</sup> e também, em certa medida, *Erregbarkeit*) que encontramos em Freud (1905), a propósito da teoria sexual. A subversão libidinal seria o princípio imanente das relações entre o corpo biológico (*Körper*) e o corpo erótico (*Leib*). O corpo erótico, que é secundário – isto é, que não é inato, mas adquirido -, nasce do corpo biológico sob o efeito da sedução pelo adulto. O corpo que se beneficiou da subversão libidinal torna-se um “corpo pensante”. (p.136).

Em uma entrevista feita por Rezende (2001) a Dejours, este reforça seu posicionamento de aporte teórico sobre o corpo e a mente e descreve que trabalha “com o relacionamento entre o corpo, a afetividade, o sexual e a subjetividade”. Em suas palavras,

Procuo argumentar com a hipótese segundo a qual temos dois corpos: um corpo biológico, por um lado, e um corpo erógeno, por outro. Tento em seguida mostrar como o segundo corpo é construído a partir do primeiro. Enfim, trabalho com a maneira pela

---

<sup>8</sup> Do alemão, “excitabilidade”. (Dejours, 2019, p. 136).

qual o corpo é implicado na formação do pensamento, das fantasias e do sonho. Inversamente, procuro pôr em evidência as condições que constituem obstáculo à construção do corpo erógeno e que, dessa maneira, ulteriormente virão a facilitar o surgimento de uma doença somática. (pp.89-94).

Em síntese, percebemos que vários teóricos de base psicanalítica descrevem a condição e o fenômeno psicossomático de formas, às vezes, convergentes, outras vezes, divergentes, no que diz respeito à etiologia de tais formas de adoecimento.

Após esse breve panorama do desenvolvimento da Psicossomática no campo psicanalítico, voltaremos a Freud e Groddeck, e a noção de inconsciente (*Das Es*), postulado por ambos, com vistas a fazer analogias convergentes e divergentes entre as duas teorias e seus respectivos usos.

#### **4 PSICOSSOMÁTICA PSICANALÍTICA E GEORG GRODDECK**

A partir do momento em que imergimos na obra de Georg Groddeck, fica evidente o conceito da unidade mente-corpo e, essa forma de linguagem escrita representa sua visão de homem e de mundo quando defende que “investiga as coisas sem as decompor, mas as vê em sua totalidade” (Groddeck, 1909, p.27). O pesquisador amplifica essa forma de ver o mundo para enxergar seus pacientes, com condições clínicas crônicas, orgânicas e psíquicas. Para ele, o homem é um ser indivisível, psique e soma são uma única unidade vivenciada pelo Isso, que comanda tudo e que tem a possibilidade de ser acessível quando deixamos de insistir no saber e passamos a imaginar.

Com sua carreira médica em ascensão, mostrava-se incomodado com as repartições propostas pela Medicina para entender o ser humano, que entendia levar a nublado o entendimento do homem em sua totalidade. Groddeck (2008) mostrou-se contrário às ideias cartesianas da dualidade do ser humano e se apresentava como um teórico monista convicto. Em objeção a este pensamento dualista, postulou, em sua teoria, o corpo a mente como uma única unidade, uma única realidade.

A partir da tradição hipocrática e de influência direta de Schwenninger (1850-1924), sua prática médica era consistente e entendia que a afecção somática era resultado e reação da vida existencial do paciente. De acordo com Madeira & Jorge (2019), “Groddeck se recusou a considerar a doença o encontro do indivíduo com um bacilo. Para ele, a doença tem um propósito criado do Isso”, e “doente e doença não se opõem, ambos são parte de um todo” (p.241).

Para Groddeck (1992) toda forma de adoecimento tem uma finalidade, e as conversões somáticas não se apresentariam apenas como prerrogativa da histeria. Em suas palavras,



Assim como o Isso do ser humano, por quem ele é vivido, sob determinadas impressões sensoriais ou uma cadeia de pensamentos inconsciente, modifica continuamente a secreção das enzimas, a distribuição sanguínea, a atividade do coração e, em resumo, toda a vida orgânica da personalidade, da mesma maneira que esse Isso tem inúmeras formas de proteger-se contra a ameaça de intervenções químicas, mecânicas e bacterianas, do mesmo modo ele é capaz de provocar as condições que permitem a ação do germen patogênico, quando uma doença lhe pareça conveniente. (p.12).

Nesse aspecto, é possível notar que o adoecimento, tal que propõe Groddeck, tem um objetivo, além da função: é necessário resolver o conflito. Para tanto, faz uma relação com uma peça musical na qual o Isso transmite uma mensagem “com mais clareza e insistência do que poderia fazer a fala, a vida consciente” (Groddeck, 2008, p.95).

No texto *Tratamento psíquico* (Freud, 1890), é possível encontrar evidências nesse mesmo sentido, na medida em que esclarece que qualquer questão mental ou psíquica afeta o físico e, conseqüentemente, altera o organismo patologicamente. O autor ainda descreve a íntima relação dos afetos no potencial de resistência às afecções. Àvila (2002), nos lembra, a esse respeito, que “há uma simetria entre o processo de repressão descrito por Freud e o processo da doença orgânica” (p.112).

Ademais, Ferenczi (2011), ao ler o artigo *Condicionamento psíquico e tratamento de moléstias orgânicas pela psicanálise*, de Groddeck, valorizou os desdobramentos da prática clínica e da compreensão psicanalítica groddeckiana, afirmando que as ‘enfermidades orgânicas’ se mostram como ‘medida de defesa contra sensibilidades inconscientes. Em outras palavras, que ela está a serviço de uma tendência (p.370).

Para Groddeck, é a unidade completa que demonstra a fala do Isso, embora, muitas vezes, ele não consiga demonstrá-la utilizando palavras. Toda unidade psicossomática revela a linguagem do Isso: o tamanho do nariz, o formato das sobrancelhas, a boca, o jeito da fala, a forma do corpo, etc. e, com isso, reafirma que “o sintoma orgânico (...) é uma das formas de manifestação do Isso” (Groddeck, 2011, p.119).

Ao nos aproximarmos da teoria psicossomática groddeckiana, entendemos a relevância que o autor dava para o estudo da linguagem, revelando que esta é a condição primeva da comunicação do ser humano e a base da cultura. Contudo, ao mesmo tempo em que a linguagem é primordial para a cultura e a comunicação, mostra-se deficitária, pois, de acordo com Groddeck, a palavra ainda não consegue expressar o mais valioso, íntimo e abstrato pensamento. Ele faz alusão à essa dificuldade expondo que as palavras são “como borboletas que perdem a beleza assim que o dedo as toca” (Groddeck, 2001, p.24).

Reforçando a ideia de que as palavras não são suficientes para expor o mais íntimo do nosso ser, Madeira & Jorge (2019) explicam que “se algo desse interior tiver que ser comunicado, será por meio do gesto, do toque, do brilho nos olhos, talvez da emissão de um som, ou por meio da música, mas a linguagem, certamente, será insuficiente” (p.245).

E de uma forma quase poética, reafirmam, posteriormente, que

A linguagem, na sua dupla função de velar e revelar, de comunicar e falsificar é, segundo Groddeck, um meio de dissimular o pensamento, de colocar a questão da verdade e de veicular os símbolos. A fala é um colar de símbolos, na qual cada palavra é uma figuração. Até a sonoridade da voz é elaborada simbolicamente pelo inconsciente: grave, aguda, forte ou fraca. Todos são modos de falar: os gestos, a posição do corpo, as formas de nosso corpo, os cheiros que exalamos, qualquer movimento, o calor da nossa pele. Todos são formas de expressão e uma dessas formas de expressão é a doença. (Madeira & Jorge, 2019, p.246).

Indubitavelmente, a forma de expressão das doenças é uma maneira de veicular os símbolos, o Isso – o inconsciente - “expressa-se através dos símbolos” (Groddeck, 2011, p.85). Sendo assim, é possível nos certificarmos de que o símbolo faz parte das convenções humanas, precedendo toda a existência, e nunca pode ser completamente esclarecido por meio das palavras. Groddeck (2011, p.94), nesse sentido, afirma que “o sintoma da neurose exprime simbolicamente uma movimentação do inconsciente, e pessoalmente acredito que o mesmo ocorra com o sintoma orgânico”.

No cotejo de símbolos e linguagem, onde se encontra a sexualidade, aquela primitiva, sede das pulsões, do corpo erógeno, infantil? Em primeiro lugar, é necessário entender que, para Groddeck, os símbolos são, em sua essência, sexuais. No texto *O simbolismo do sonho*, de Freud (1915-1916), inspirado pela teoria do linguista Sperber sobre a origem sexual da linguagem humana, foi aventada essa ideia de que os símbolos são de natureza sexual. Groddeck (2008) se utiliza dessas afirmações freudianas e as relaciona com sua observação clínica, descrevendo e reafirmando tal hipótese.

Em uma passagem de 1901, Freud descreve a importância dos mitos como explicação metapsicológica do mundo mental, e declara

(...) que uma grande parte da visão mitológica do mundo, cujo alcance se estende até as mais modernas religiões, nada mais é do que psicologia projetada no mundo externo. O reconhecimento obscuro (a percepção endopsíquica, por assim dizer) de fatores psíquicos e relações no inconsciente se espelham – é difícil exprimir isso em outros termos, e aqui a analogia a paranoia tem que nos ajudar – na construção de uma realidade sobrenatural, a qual está destinada, em sentido contrário, a ser retransformada pela ciência em psicologia do inconsciente. (Freud, 1901, p.304).

Quando entramos no assunto da linguagem e os símbolos inerentes à ela, temos que lembrar que os escritos de Groddeck e de Freud estão em língua alemã, com toda a sua complexidade e características linguísticas bem específicas. Em *O livro d'Isso*, Groddeck propõe ao leitor uma caminhada que segue um “caminho que leva da palavra pássaro ao ato amoroso”. Em alemão, a palavra pássaro é *vogel* e, Groddeck a associa, por meio da simbologia essencialmente sexual, à palavra *vogeln*, que significa “fazer amor” (Groddeck, 2008, p.46).

Ao passo que Groddeck se aproxima dos símbolos e sua natureza sexual, quase que concomitantemente, Freud também ressalta a importância destes desde o início de seus estudos. Na obra de 1915-1916, no caso de um paciente psicótico, revela que a “fantasia era uma linguagem básica da qual todas as relações simbólicas seriam resíduos” (Freud, p.110),

indicando, nessa passagem, que os símbolos são uma forma de linguagem primitiva que, possivelmente, se expressa nas afecções orgânicas.

Na expressão pela linguagem, na associação livre do sujeito, Groddeck parece dar um passo adiante da teoria freudiana em relação aos símbolos, ao dizer que

Os símbolos não são invenções; eles existem, fazem parte dos bens inalienáveis da espécie humana; pode-se mesmo dizer que todo pensamento e toda ação consciente são consequência inevitável da simbolização inconsciente, que o ser humano é vivido pelo símbolo. (Groddeck, 2008, p.45).

Conforme avança em suas proposições, Groddeck amplia a questão do símbolo e o sentido da doença, revelando que o sintoma tem sua importância no percurso da enfermidade.

Ele coloca em pauta o exemplo de uma criança:

O ser humano tem pernas para andar. Portanto, o sentido da fratura e de qualquer afecção dos membros inferiores é o seguinte: o Isso acha melhor não andar temporariamente. Tratando-se de uma moléstia das mãos, pressupõe-se a proibição de usá-las, talvez diante do perigo de roubo, do onanismo, de um ato violento ou de qualquer outra ação ou fantasia que o despótico Isso considere improcedente. (Groddeck, 2011, p.101)

A partir dessa base conceitual sobre os processos de saúde e adoecimento, Groddeck afirma que todo sintoma e suas formas de expressão estão a serviço do Isso. Não obstante, revela que a saúde-doença da unida psique-soma estará sempre como uma balança, em que se vê, ora pendendo para a esquerda, ora para a direita e assevera que “ninguém fica totalmente doente, algo conserva-se saudável em seu organismo, mesmo sendo afetado por uma grave enfermidade” (Groddeck, 2011, p.107).

Em sua obra *Estudos Psicanalíticos sobre Psicossomática*, Groddec (2011) elabora explicações metapsicológicas sobre algumas doenças orgânicas, tais como catamnésia das dores de cabeça, arteriosclerose, prisão de ventre, cálculos renais. Em 1989, Freud relembra que a

fonte e o alvo da pulsão são sexuais, sendo a excitação a fonte de um órgão e, o alvo, a ab-rogação da tensão produzida pela excitação. Dessa maneira, a “fonte da pulsão é um processo excitatório num órgão, e seu alvo imediato consiste na supressão desse estímulo orgânico” (p.159).

Levando em consideração tais quadros, o Isso na qualidade de detentor do equilíbrio entre saúde e doença, parece se alinhar à questão da pulsão (*trieb*), de ordem inconsciente, e que define que parte de nossa conduta é constantemente sexual.

## 5 A IMPOTÊNCIA: PSICOSSEXUALIDADE E PSICOSSOMÁTICA

Após o desenvolvimento dos tópicos anteriores, há de se refletir sobre as questões que envolvem a impotência masculina como uma condição psicossomática, refletida no corpo a partir da psicosssexualidade do indivíduo. Como vimos, a sexualidade está presente em todas as concepções teóricas psicanalíticas expostas. Porém, de qual sexualidade nos fala a Psicanálise?

Antes de qualquer conjectura para tal parte, é necessário pontuar que Freud, essencialmente, ressignificou a sexualidade, distanciando-a da genitalidade, ou seja, a prática sexual adulta. Dessa forma, ficou mais próximo de um aporte teórico sobre a psicosssexualidade, referente a qualquer forma de demanda de prazer e suas gratificações (Quinet, 1991). Tal fato implica na estruturação da linguagem por ser o aspecto essencial para qualquer organização de um mundo de representações, regulando o “princípio do prazer” e o “princípio da realidade”, descritos em *Os três ensaios sobre sexualidade* (Freud, 1905).

Dejours (2019) reforça a ideia de que, para entendermos a teoria psicossomática psicanalítica, a sexualidade necessita ser recolocada no centro da análise. Descreve que “a centralidade da sexualidade e do inconsciente sexual recalçado na vida da alma seria um dado universal que vale para todo e qualquer ser humano, sem exceção” (p.297).

Outro teórico francês, Laplanche (2015), revela que o Sexual (ele o escreve com letra inicial maiúscula) é “múltiplo, polimorfo. Descoberta fundamental de Freud, ele fundamenta-se no recalque, no inconsciente, na fantasia. É o objeto da psicanálise” (p.155).

Nesse aspecto, Laplanche e Pontalis (1986) reforça a ideia de que a fantasia é um conceito central na teoria psicanalítica que se revela por um

Roteiro imaginário em que o sujeito está presente e que representa, de modo mais ou menos deformado pelos processos defensivos, a realização de um desejo e, em última análise, de um desejo inconsciente. A fantasia apresenta-se sob diversas modalidades: fantasias conscientes ou sonhos diurnos; fantasias inconscientes como as que a análise

revela, como estruturas subjacentes a um conteúdo manifesto; fantasias originárias. (p. 169).

A partir dessas três noções sobre a psicosexualidade, com base psicanalítica, podemos fazer um paralelo desse conceito com as questões da impotência masculina na tentativa de ampliar seu entendimento e funcionamento.

A Psicossomática (Groddeck, 2011) mostra-se um aporte teórico consistente na compreensão de significados, símbolos e sentidos da sexualidade humana. De acordo com Perestrello (1983), ela tem a função primeira de relacionar a vida interna, emocional dos sujeitos, levando em consideração a formação dos quadros clínicos e estruturas de adoecimento e busca, para compreender essa inter-relação.

Nesse sentido, o trabalho de Groddeck também é bastante útil na conduta, a partir dos aportes teóricos da Psicossomática Psicanalítica. E, nesse caso, Maniakas (2016) lembra que

(...) a concepção que o autor tem do corpo como um espaço vital, animado pela circulação de correntes de energia, impede que se considerem os sintomas somáticos como epifenômenos assimbólicos, que utilizam a materialidade corpórea para uma descarga carente de significado.

Para Groddeck, os próprios órgãos do corpo são simbólicos. (p.112).

Ao mesmo tempo em que estamos aventando ideias sobre a Psicossomática e sua relação com a sexualidade, estamos também refletindo sobre o ser no mundo: ser erógeno, ser do desejo, ser com corpo pulsional, com um corpo fisiológico e com dimensões que vão além da compreensão médica mecanicista. Nesse sentido, de acordo com Groddeck, o Isso está em permanente movimento, advindo, transcorrendo e, nesse dinamismo, rejeitando também fragmentos do mundo interno, rejeitando conteúdos.

Groddeck (1992) refere-se ao processo da repressão, que relata ser um processo normal em todos os organismos, e que, ao acometer formas psíquicas, provoca uma sequência de reações no organismo. Concordando com Groddeck, Santos (2013) afirma:

E na verbalização das associações de sujeito que fala denota a extração do significado de uma manifestação simbólica e depende, portanto, das associações desse elemento com outros. O que a leitura de Freud ensinou a Groddeck é que, via de regra, tais associações produzem uma significação fálica, isto é, relacionada com questões da sexualidade (Groddeck, 2012). É por isso que as interpretações groddeckianas de fábulas, contos e poemas contará quase sempre com termos como falo, sexualidade anal, sexualidade oral, complexo de Édipo, castração, onanismo etc.

Sobre esse aspecto, relembremos Freud quando retrata o conceito de repressão (*Verdrängung*), que irá envolver a rejeição de representações inconscientes que podem gerar angústia. De acordo com o dicionário alemão (2003), o termo é derivado de um verbo (*verdrängen*) e tem o seguinte significado:

1. alguém recalca alguém/algo (de/de algo), alguém ocupa o lugar de alguém <alguém da sua posição, do seu lugar>, 2. algo recalca algo (de/de algo), algo ocupa gradualmente o lugar ou função de algo: os grandes veleiros foram recalcados por navios a vapor, 3. deixar algo desagradável psíquico desaparecer de sua consciência: ela recalcou (a lembrança) a vivência terrível. (p.1041).

A partir dessa noção de repressão e recalque, Freud relaciona a estes conceitos a noção de formação dos sintomas (*Symptombildung*) e a descreve como um retorno do que foi recalcado ou reprimido e diz que “não é a própria repressão que produz formações e sintomas substitutivos, mas estes últimos são indicações de um retorno do reprimido” (2004, p.154). ele acrescenta que, de acordo com a Psicanálise, esses conteúdos são sexuais, são derivados da sexualidade infantil, são componentes do Sexual. Além disso, tais conteúdos vêm

(...) à luz como um sintoma, sem a aquiescência do ego. (...) Todos os fenômenos de formação de sintomas podem ser justamente descritos como o “retorno do recalcado”. A sua característica distintiva, no entanto, é a distorção de longo alcance a qual o material foi submetido retornando em comparação com o original (Freud, 1939, p.127).



Por hora, essa proposição freudiana se assemelha à de Groddeck, ao elaborar sua teoria referente ao sintoma. Para ele, o sintoma parece não estar integrado (mesmo tendo sentido) com o que é conhecível pelo sujeito e só dará cabo ao sofrimento quando acessar tal conteúdo (Maniakas, 2016).

Ávila (2002) reafirma uma certa simetria entre a teoria groddeckiana sobre a doença orgânica e o processo de repressão descrito por Freud, descrevendo que “o Isso faz com que a pessoa se defenda, tanto dos ataques internos quanto dos externos, através dos mais diversificados movimentos e ações, entre eles o recalçamento, que faz com que as impressões psíquicas desagradáveis sejam relegadas ao inconsciente” (p.112).

No texto *A dupla sexualidade do ser humano*, Groddeck (2011) reforça a ideia de que, em toda a história da humanidade e ao longo dos estudos sobre inconsciente, as questões mais emergentes e notadamente inovadoras, são os fenômenos ser-criança e a dupla sexualidade. Ressalta que a teoria da sexualidade infantil e o ser-criança foram focos de estudos psicanalíticos ao longo dos anos, mas as questões da sexualidade foram deixadas de lado e, alega que tratar do assunto do Sexual “é como se estivesse diante de algo terrível” (p.197). Descreve que há um afastamento do humano, quando exposições orais e escritas da ciência psicanalítica tratam apenas das formas masculino-feminino e feminino-masculino para falarem sobre homem e mulher.

A distinção entre homem e mulher só é apropriada em certas circunstâncias. A fim de elucidar, através do exagero, o que se entende por circunstâncias especiais, podemos dizer que também se podem distinguir pernas retas de pernas tortas, mas que a mais torta das pernas não deixa de ser uma perna, assim também o mais varonil dos homens ou a mais feminina das mulheres é um ser humano, um ser masculino-feminino, de dupla sexualidade. (Groddeck, 2011, p.197).

Dessa perspectiva, entender o ser humano como estritamente homem ou 100% mulher pode ser uma forma de recalque da humanidade (pelo menos em algumas sociedades ou

épocas). Porém, Groddeck reforça a ideia de que a realidade em que não existe homem separado da mulher, em que o ser humano é, ao mesmo tempo, masculino e feminino, é recalcada (p.198).

Como já dissemos, o recalque se dá, essencialmente, na possibilidade de extrair da consciência algo que é conflitante, que angustia e que, de certa forma, é desagradável ao Eu. Dessa forma, os aportes teóricos psicanalíticos que temos até agora sobre o recalque são de que se mostram como desagradáveis. Porém, Groddeck (2011) revela que os recalques também apresentam aspectos positivos “e que provavelmente sejam até mais benéficos do que nocivos” (p. 198).

Continuamente, Groddeck reafirma a noção da dupla sexualidade humana e retoma a condição dos símbolos no pensamento da humanidade: “assim por exemplo dizemos que a boca é um símbolo feminino, o nariz um símbolo masculino” (Groddeck, 2011, p.198). Ele esclarece, de forma breve, que ao longo das épocas, a humanidade sempre levou em consideração o corpo e sua relação com os símbolos e mitos, de cada período, cultura e povos. E, nesse aspecto, nos leva a pensar sobre os mitos não apenas descrevendo os aspectos psíquicos, mas também os físicos.

### **5.1 Disfunção erétil e impotência: dois lados da mesma moeda?**

Ao que nos parece, a impotência masculina e a disfunção erétil correspondem à mesma patologia ou ao mesmo sintoma. Na investigação a seguir, veremos diferenças conceituais nos dois termos: 1) a disfunção erétil como é proposta e vista a partir do olhar médico, sendo de base totalmente mecânica e física e; 2) a impotência masculina como um sintoma derivado, não apenas de falhas no aparelho reprodutor e físico, mas como uma linguagem mente-corpo no que diz respeito à psicosexualidade elaborada pelo próprio indivíduo.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V não usa o termo “impotência sexual ou masculina” para descrever esse fenômeno. No capítulo sobre Disfunções Sexuais, dentre outros transtornos sexuais, está o “transtorno erétil” e as tais disfunções são descritas como um “grupo heterogêneo de transtornos que, em geral, se caracterizam por uma perturbação clinicamente significativa na capacidade de uma pessoa responder sexualmente ou de experimentar prazer sexual” (DSM-V, 2014, p.423).

Ao que indica no manual acima citado, o uso do termo “transtorno erétil” se dá, consideravelmente, apenas pelos sintomas físicos e químicos, demonstrando uma visão médica e cartesiana do sintoma em questão. O texto introdutório do capítulo sobre disfunções sexuais, por exemplo, descreve brevemente que são vários os fatores que devem ser considerados no diagnóstico de tal patologia:

Além dos subtipos ao longo da vida/adquirido e generalizado/situacional, inúmeros fatores devem ser considerados durante a avaliação de uma disfunção sexual, tendo em vista que poderão ser relevantes para a etiologia e/ou tratamento e contribuir, em maior ou menor grau, para a disfunção nos indivíduos: 1) fatores relacionados ao parceiro (p. ex., problemas sexuais; estado de saúde); 2) fatores associados ao relacionamento (p. ex., falta de comunicação; discrepâncias no desejo para atividade sexual); 3) fatores relacionados a vulnerabilidade individual (p. ex., má imagem corporal; história de abuso sexual ou emocional), comorbidade psiquiátrica (p. ex., depressão, ansiedade) ou estressores (p. ex., perda de emprego, luto); 4) fatores culturais ou religiosos (inibições relacionadas a proibições de atividade sexual ou prazer; atitudes em relação à sexualidade); e 5) fatores médicos relevantes para prognóstico, curso ou tratamento. (DSM-V, 2014, p.423).

Levando em consideração os vários aspectos dos sintomas, a Psicanálise mostra ser um aporte teórico substancial para a ampliação do entendimento sobre esse fenômeno. Por isso, neste trabalho, usaremos o termo “impotência sexual”, pois entendemos que ele amplia a condição masculina no que diz respeito ao ato, aos desejos, às vivências sexuais e, principalmente, à psicosexualidade, com toda a sua estrutura inconsciente e corporal. A impotência sexual abrange os subtipos das disfunções sexuais apresentadas pelo DSM-V, tais

como ejaculação retardada, transtorno erétil, transtorno do desejo sexual masculino hipoativo e ejaculação prematura (precoce).

De acordo com Henderson (2017), os quatro subtipos abaixo listados se referem aos sintomas:

(i) ejaculação retardada, o retardo acentuado ou incapacidade de atingir a ejaculação, em que o homem relata dificuldade ou incapacidade para ejacular, a despeito da presença de estimulação sexual adequada e do desejo de ejacular; (ii) transtorno erétil, a falha repetida em obter ou manter ereções durante as atividades sexuais; (iii) transtorno do desejo sexual masculino hipoativo, pensamentos ou fantasias sexuais/eróticas e desejo para atividade sexual deficientes (ou ausentes) de forma persistente ou recorrente; (iv) ejaculação prematura (precoce) padrão persistente ou recorrente de ejaculação que ocorre durante a atividade sexual com parceira dentro de aproximadamente um minuto após a penetração e antes do momento desejado pelo indivíduo. (p.10).

Estudos epidemiológicos caracterizam as faixas etárias, nos casos de DE, e indicam que, em população jovem, as causas da impotência são psíquicas. Já aos grupos mais avançados em idade propõem causas orgânicas, em sua maioria (Avatshi, 1994; Melman & Gingell, 1999; Oliveira & Abdo, 2001). Vale ressaltar que este trabalho tem como foco a disfunção erétil de ordem psíquica, lembrando que as questões do dinamismo e a influência psíquica nesses casos ainda precisam ser explorados em maior profundidade em pesquisa.

A partir do aporte psicanalítico, pensar a impotência masculina se revela necessário diante dos resultados, da prevalência e incidência dos sintomas inicialmente apresentados pelas pesquisas contidas neste trabalho. Nesse aspecto, é importante salientar que o foco dessa dissertação é ampliar o entendimento sobre a disfunção erétil, de base psíquica, para além das observações médicas fisicalistas.

Roudinesco e Plon (1998) relembram a obra freudiana no que concerne às inibições e esclarecem que “Freud distingue cinco funções sujeitas a inibições: função sexual, alimentação,

locomoção, trabalho social e inibições específicas. A inibição sexual masculina assume quatro formas: impotência psíquica, falta de ereção, ejaculação precoce e falta de ejaculação” (p.382).

Freud (1950 [1892-1899]) faz as primeiras alusões à impotência relacionando-a à psicosexualidade e descreve, no “Rascunho A – Teses”, as seguintes indagações: (1) Não existe nenhuma neurastenia ou neurose análoga sem distúrbio da *função sexual*.; (2) A neurastenia nos homens, dada sua etiologia, é acompanhada de relativa *impotência*.; (3) A neurose de angústia é, em parte, uma consequência da *inibição* da função sexual (p. 131). Nesse mesmo capítulo, Freud descreve as bases da neurastenia masculina e relata que alguns aspectos nocivos e intensos nas vivências sexuais masculinas podem “transformar a pessoa em questão num neurastênico sexual cuja *potência* fica igualmente prejudicada” (p.133).

Nesse primeiro volume, no “Rascunho D: Sobre a etiologia e a teoria das principais neuroses”, na *Carta 18*, datada de 21 de maio de 1894, Freud reafirma a relação entre a neurastenia, doença dos nervos, com as perturbações na vivência psicosexual do indivíduo. Nessa carta, ele retrata o primeiro caso clínico sobre a impotência sexual masculina de seus escritos:

Um homem de 42 anos, forte e elegante, de repente desenvolveu uma dispepsia neurastênica, aos 30 anos, perdendo uns 25 quilos de peso, e a partir daí viveu uma vida limitada e neurastênica. Na época em que isso aconteceu, aliás, ele tinha combinado seu casamento e estava emocionalmente abalado pela doença da noiva. Salvo esse aspecto, porém, não havia fatores sexuais nocivos. Ele se masturbou mais ou menos por um ano, dos 16 anos aos 17 anos; dos 17 em diante, passou a ter relações sexuais normais; muito raramente, *coitus interruptus*; nenhum excesso, nenhuma abstinência. Ele próprio atribui a causa à sobrecarga a que submeteu sua constituição até a idade de 30 anos: trabalhava, bebia e fumava muito, levava uma vida irregular. Mas esse homem vigoroso, sujeito [apenas] a fatores nocivos corriqueiros, nunca (nunca, entre os 17 e os 30 anos) foi propriamente *potente*: jamais conseguiu praticar mais de um coito em cada ocasião; sempre ejaculava rapidamente, nunca fez pleno uso de seu sucesso [inicial] junto às mulheres, nunca conseguiu penetrar com facilidade a vagina. Qual era a origem de sua limitação (*impotência sexual*)? Não sei dizer. O interessante, todavia, é que isso estava presente justamente nele. (Freud, (1950 [1892-1899]), pp. 140-141, grifo nosso).

Como vemos, as descrições freudianas relacionadas à potência e à psicosexualidade são descritas no primeiro volume de seus escritos, onde relata que a angústia se origina numa causa sexual e descreve alguns fatores heterogêneos para tal sintoma:

a (...) angústia das pessoas obrigatoriamente abstinentes: mulheres que são esquecidas por seus maridos ou não são satisfeitas devido à *falta de potência*; (...) que vivem a prática do *coitus interruptus* ou, o que é parecido, das mulheres cujos maridos sofrem de *ejaculação precoce*; (...) angústia dos homens que vão além do seu desejo ou da sua força, pessoas de mais idade cuja *potência está diminuindo*; (...) homens cuja *potência começa a enfraquecer* e que, no casamento, abstêm-se das relações sexuais. (Freud, (1950 [1892-1899]), p. 142, grifos nossos).

Tais causas remetem a consequências da vida do indivíduo levando-o à melancolia. No “Rascunho G”, Freud descreve que “enquanto as pessoas potentes contraem neuroses de angústia, as pessoas impotentes tendem à melancolia” (Freud, (1950 [1892-1899]), p.154). Mais a frente de sua obra, defende a ideia de que o sofrimento humano deriva de vivências psicosexuais – da sexualidade infantil ou da genitalidade –, e em 1914, em *Introdução ao Narcisismo*, revela que “a percepção da impotência, da própria incapacidade para amar por consequência de perturbações anímicas ou corporais, tem um efeito deprimente no sentimento de si” (Freud, 1914/1979, p.95).

Em momentos posteriores à obra freudiana, a possível causa de impotência também é abordada no texto *Uma criança é espancada* (Freud, 1919/1988). Nesse caso, a impotência psíquica é compreendida como uma atitude masoquista que pode estar profundamente arraigada desde a infância. Já em *Sobre o narcisismo: uma introdução* (1914/1974), Freud aponta como efeitos da impotência sexual a diminuição significativa da autoestima e a busca de supercompensação.

Nos últimos escritos de Freud em *Moises e o Monoteísmo* (1939/1975), é descrito o caso de um menino que sofre, ainda na puberdade, com sua impotência, além de apresentar sintomas como a perda da sensibilidade no órgão genital, com isso, impedindo-o de qualquer contato

sexual com o sexo feminino. Permanecia estagnado na compulsão à “masturbação psíquica, acompanhada por fantasias sadomasoquistas” (p.97). Freud traça mais detalhes sobre esse caso e apresenta características da dinâmica do desenvolvimento desse menino: nos primeiros anos de vida, dormia com os pais, se masturbava e insinuava para a mãe, até ser ameaçado pela mãe de que tudo seria revelado ao pai, e o pai responderia cortando seus órgãos. Com o início da puberdade, esse trauma e a dinâmica familiar explicam a neurose que o constitui.

Em suma, Freud refere-se à impotência como tendo uma causa psíquica, um obstáculo dentro do sujeito que dá origem à inibição de sua potência masculina. E, ao que parece, “os homens com tais sintomas se mostram incapazes de representar o obstáculo interno que interfere em seu desempenho, visto que eles são removidos da consciência”. (Grassi, 2004, pp.184- 185).

Outros autores, com base no aporte teórico psicanalítico, também desenvolveram o tema da impotência. Lowenkron (1986) e Marcondes (1930), depois de compreenderem Freud e Ferenczi, com base em suas experiências clínicas, atribuíram algumas causas dos distúrbios sexuais incluindo a fixação pelo incesto e o Complexo de Édipo. O pano de fundo da competição edipiana, de acordo com esses autores, seria, portanto, a ansiedade de castração.

Ferenczi marcou o início de um estudo psicanalítico contínuo sobre a impotência sexual do homem. Em acordo com a teoria freudiana sobre a impotência, Ferenczi (1992 [1908]) atribuía à incapacidade apresentada nos sonhos e aos relatos de seus pacientes, como o sentimento de perda da capacidade sexual, às metáforas da relação de relação sexual fracassada, ou seja, no conteúdo do sonho como a imagem da arma enferrujada e emperrada, não duravam muito, não acertavam o alvo, etc. O autor afirma que

A impotência psicosssexual é um sintoma parcial de uma psiconeurose, de acordo com a tese de Freud, ou seja, que se trata da manifestação simbólica da lembrança de acontecimentos sexuais vividos na primeira infância, depois recalçados no inconsciente,

do desejo inconsciente de conseguir a sua repetição, e do conflito psíquico que daí resulta. (Ferenczi, [1908] 1992, p.37).

No período pós-Freud surgiu uma importante contribuição para a compreensão da teoria da impotência. De acordo com França (2001), Melanie Klein raramente atendeu pacientes com disfunção erétil, mas constantemente buscou compreender o inconsciente na mente humana. Klein encontrou indícios que validavam a impotência a partir de fantasias inconscientes e experiências psíquicas que impediam o prazer sexual genital:

As análises de meninos e homens confirmaram plenamente a concepção de Freud de que o medo da castração é a principal ansiedade masculina, mas reconheci que, devido à identificação arcaica com a mãe (a posição feminina que anuncia os estágios iniciais do complexo de Édipo), a ansiedade relativa a ataques ao interior do corpo é de grande importância nos homens, assim como nas mulheres, e influencia e modela de diversas maneiras seus medos de castração (Klein, [1932] 1997, pp.163-164).

Por meio da prática clínica e da análise de pacientes homens, Klein percebeu que ao se depararem com seus medos e seus objetos introjetados como maus (fezes destrutivas, imagos más, o medo do corpo da mulher como destruidor), a capacidade sexual masculina foi sendo aprimorada e, com isso, aumentada a “potência” do paciente. De acordo com França (2001), a aquisição total da potência é decorrente do nível de ansiedade de castração que o menino é capaz de suportar, permitindo o desenvolvimento do conflito edípico.

Sobre a importância da fantasia, Nasio (2007) corrobora com a informação colocada por Klein quando relata que a fantasia tem grande importância na vida psíquica e física dos indivíduos, alegando que as formações fantasísticas podem se “estruturar pelas fantasias originárias<sup>9</sup> ou outras mais circunstanciais” (p. 33). Elas exprimem-se não apenas pelas verbalizações dos indivíduos mas também “através de seus comportamentos, seus sintomas,

---

<sup>9</sup>“estruturas fantasísticas típicas (vida intra-uterina, cena originária, castração, sedução) que a psicanálise descobre como organizando a vida fantasística sejam quais forem as experiências pessoais dos sujeitos”. Laplanche, 2001.



seus sonhos e seus devaneios” (p. 34). Vemos então, que o corpo se torna lugar para a expressão de conteúdos fantasísticos.

Na “Conferência XXIII”, Freud (1917 [1996]) aborda a questão da força da fantasia na vida dos sujeitos e relata que a fantasia determina o sintoma. Segundo Câmara (2011),

a fantasia é o elemento psíquico que escapa do teste de realidade. Se o sintoma está articulado com a fantasia é porque ambos representam a realização de um desejo. E se esse desejo não pode ser realizado, por influência das instâncias repressoras, então o sintoma é uma satisfação substituta de uma fantasia de desejo, uma formação de compromisso entre duas tendências psíquicas opostas.

Ao revisitarmos Grassi (2004) sobre os processos mentais relacionados aos sintomas, ela relembra Lacan, que também é um dos teóricos mais importantes da Psicanálise pós-freudiana, ao dizer que

(...) o sintoma como defesa não se trata ‘apenas’ de um erro de representação como colocado por Freud, mas há uma dimensão da verdade no sintoma, a verdade que perturba a boa ordem, instituindo para o sujeito um enigma de si mesmo, a verdade do inconsciente. É pelo deciframento do segredo do sintoma que o sujeito recupera a rememoração de sua história. (p.72).

Concordando com essa afirmação de Grassi sobre Lacan, podemos voltar a Groddeck quando ele descreve o sintoma como sendo uma manifestação do Isso – Das Es, uma linguagem que não é do conhecimento consciente mas que expressa um mundo interno, mental através do formato do corpo e de todas as suas partes, o calor da nossa pele. A linguagem do Isso também será expressa a partir da doença, do sintoma.

O Isso não fala apenas através da palavra, (...) nossos feitos, nossas sensações, o nojo, o amor, todos são modos de falar, formas de expressão do Isso. E uma dessas formas de expressão é a doença, sendo que a doença orgânica que ao mesmo tempo é psíquica, nos revela algo sobre o Isso e seu inconsciente com a mesma clareza que as enfermidades psíquicas, que concomitantemente são físicas. Assim como os atos falhos nos revelam recalques, como o sonho que nos apresenta o complexo de Édipo sob milhares de formas, como a neurose nos fala do narcisismo e a paranoia da homossexualidade, [...]

o sintoma orgânico é uma das formas de manifestação do Isso. (Groddeck, 2011, pp.118-119).

Essa forma de linguagem e expressão, na visão de Groddeck, faz-se importante para ampliar, com maior inteligência, a forma e as advertências provindas do Isso. Na visão groddeckiana, os sintomas que se apresentam no corpo são uma linguagem que representa um “balbucio da impotência humana” (Groddeck, 2011, p.2)

## **5.2 A impotência como uma linguagem do Isso**

Groddeck se mostra bem interessado na pesquisa da linguagem. Em sua conferência de 1909, ele insistiu que a linguagem é o corpo principal da cultura e a condição básica da comunicação humana. Como ferramenta de cultura, religião, filosofia, arte, ciência, tecnologia, ética e direito, etc., para ele, de fato, a linguagem é um meio de transformar ideias e, sempre fecunda, inspira novos pensamentos. Durante as pesquisas ele relata que a linguagem, mesmo sendo de suma importância na representação do mundo do ser humano, ainda não é suficiente para externar ou expressar o mais íntimo pensamento (Groddeck, 1909/2001, p.24).

Segundo o autor, as pessoas tornam-se um símbolo quando não é mais possível expor conscientemente as expressões orais primitivas por meio da linguagem. Os sintomas físicos tornaram-se sinônimos de crises repressivas de sobrevivência, evidenciando dor nos gestos, na imitação e na fisiopatologia, o que ajuda o ser humano a permanecer em silêncio. Groddeck está convencido de que esses símbolos são sexuais e que os humanos têm a capacidade de simbolizar compulsivamente:

(...) tente fazer uma ideia do imenso acúmulo de vida, de civilização e de desenvolvimento humano contidos no fato de que as pontes de associações foram despejadas, por não se sabe quais razões, milhares e milhares de micções no mar até o momento que, enfim, a navegação passou a existir, até que o mastro, símbolo da

potência viril, fosse plantado na embarcação e que remos começassem a se mexer na cadência amorosa. (Groddeck, 1921/2008, p.46)

Ao relacionarmos a questão dos símbolos, da linguagem como expressão do Isso e o fato de que, conforme Groddeck, somos formados pelo recalçamento, há de se lembrar das angústias que o recalque produz e, conseqüentemente, das formas de castração que a vida nos apresenta. O complexo da castração se mostra como uma das vias para a explicação da impotência humana, que, neste trabalho em especial, podemos relacionar à impotência sexual masculina.

Em *Inibição, sintoma e angústia* (1926[1925]/1991), Freud apresenta uma indicação sobre a causa primeva da impotência sexual masculina: “a fantasia de regresso ao ventre materno é o substituto do coito no impotente (inibido pela ameaça de castração)” (Freud, 1926[1925]/1991, p.131). É nessa obra que Freud apresenta a diferença entre sintoma e inibição. O primeiro correspondendo a um processo patológico e o segundo a uma função.

Neste aspecto, Henderson (2017) relata que:

Desta forma, vemos que, para uma inibição ser concebida como sintoma, é necessário não apenas o rebaixamento da função, mas esse rebaixamento ser uma variação patológica da função. A impotência sexual masculina não é necessariamente um sintoma, torna-se um sintoma a partir do momento em que se faz indício de um processo patológico. (pp. 59-60).

Para Freud, a inibição pode apresentar quatro funções específicas que se relacionam entre si: a função do trabalho, a função da alimentação, a função da locomoção e a função sexual. Esta última é a função que nos importa para melhor compreensão da impotência.

A função sexual sofre diversas perturbações, a maioria das quais apresenta o caráter de inibições simples. São resumidas como impotência psíquica. O sucesso da operação sexual normal pressupõe um curso muito complicado, e a perturbação pode intervir em qualquer ponto dele. As estações principais da inibição são, no homem: o afastamento da libido no início do processo (desprazer psíquico), a falta de preparação física (ausência de ereção), a abreviação do ato (ejaculação precoce) – que igualmente pode descrever-se como sintoma positivo –, a detenção do ato antes do desenlace natural

(falta de ejaculação), a não consumação do efeito psíquico (ausência de sensação de prazer do orgasmo). Outras perturbações resultam do enlace da função a condições particulares de natureza perversa ou fetichista. (Freud, 1925-1926[1996], pp.83-84, grifo nosso).

O complexo de castração aqui apresentado e que aparece na função sexual, seja ela psíquica ou física, é retomado por Groddeck (2012), na *Carta 10*, de *O livro d'Isso*, quando relata um caso clínico e nos certifica que as imagos do pai e da mãe do paciente estão muito presentes em seu discurso. No discurso do paciente, ele subtrai o símbolo e a linguagem do Isso e faz o seguinte relato:

De fato, a palavra “boi” me diz que meu paciente, num dado momento, sentiu o desejo e a intenção de castrar o pai, a fim de fazer do touro um boi (o boi é castrado); e que em razão do desejo ímpio e em virtude da lei “olho por olho, dente por dente, membro por membro...” ele receia o próprio sexo (inibição sexual, causando-lhe a impotência) (Groddeck, 2012, p.77, grifo nosso).

Mais adiante, Groddeck continua com uma alusão ao complexo de castração, porém, agora, descreve-o de forma lúdica. Tal descrição nos remete à teoria da sexualidade infantil e às fantasias que estão presentes nessa fase da vida.

E outra vez num dado momento, na inquietude em que o jogam essas coisas inéditas, ele se convence que aquele rabinho foi de fato cortado, pois mamãe, em vez de um pipi amarelo, de vez em quando faz, no vaso, sangue vermelho. Isso quer dizer que de vez em quando lhes cortam o fazedor de pipi, aquela torneirinha da qual sai água; a coisa deve acontecer de noite e é papai que opera. A partir desse momento, o garotinho começa a sentir uma espécie de desprezo pelo sexo feminino, uma angústia por sua própria virilidade e uma vontade, cheia de piedade, de preencher o buraco da mãe (...) (Groddeck, 2012, p.79).

Essa fantasia de “preencher o buraco da mãe” é tida como proibida e, ao relacionar o ato à proibição, o homem pode sofrer uma inibição, que é uma sinalização da angústia. Com essa inibição, o Eu pode caminhar por uma série de mecanismos e estratégias, tais como: afastar

a libido, obstaculizar ou desviar a execução, prevenir, interromper por angústia, ou desfazer a função já executada (Freud, 1925-1926[1996]).

No texto freudiano “Inibição, Sintoma e Angústia”, encontramos três modos de conflitos que conduziriam o indivíduo a angustiar-se e, como resultado, sofrer uma inibição da ordem psíquica e sexual. Henderson (2017) relata esses três pontos de forma sucinta, como mostra o excerto:

(i) Inibição por angústia do Isso: o Eu renuncia a funções que lhe competem para não necessitar realizar uma nova repressão, e assim evitar um conflito com o Isso. (ii) Inibição por angústia do Supereu: o Eu não se permite realizar algumas atividades, visto que estas poderiam proporcionar proveito e êxito ao sujeito, que seu severo Supereu o impede de desfrutar. O Eu renuncia a essas operações para não entrar em conflito. (iii) Inibição por angústia de desvalimento: se o Eu tiver que realizar uma tarefa psíquica que exige um alto grau de energia, ele se empobrece tanto em sua energia disponível que se vê obrigado a limitar seu gasto. O luto, a sufocação de um afeto, a necessidade de frear fantasias sexuais são tarefas que exigem alto grau de energia. (p.61).

As várias formas de inibição apresentadas acima apresentam-se no discurso do homem impotente e suas queixas envolvem “eu não vou conseguir”, “eu não vou dar conta”. A baixa da energia libidinal, que aparece como sintoma da inibição, pode estar ligada à necessidade de reprimir, fantasias sexuais como a apresentada pelo analista: preencher a falta anatômica da mãe. Nesse aspecto, Souza (1997) diz que: “a contingência deflagradora do fenômeno psicossomático poderia relacionar-se com situações atuais insuportáveis (fantasias) ou uma atualização de um núcleo patógeno inconsciente, como significantes datais ligados à perda”.

Concernente à castração,

Em *O sepultamento do Complexo de Édipo* (1924), a ameaça de castração é tomada não apenas por sua realidade, mas como uma fantasia fundamental, que opera a repressão dos desejos incestuosos infantis, dando início ao período de latência. Depreendemos dois tempos do que entende por ameaça de castração: se em um primeiro momento a castração é a vivência do desamparo, a separação dos cuidados maternos, em um segundo, a castração propriamente dita, aquela em que a figura do pai castrador surge ameaçando a perda viril ou do falo no menino, só surgirá a partir do momento em que a criança passou pela experiência da visualização do órgão feminino, da constatação da

diferença sexual, adquirindo assim representação imaginária da castração. (Henderson, 2017, p.64).

Como mostra o excerto, a angústia da castração pode ser tomada como um certo tipo de punição que nos é lembrado por Ávila (1998, p.79) ao afirmar que “se o mais forte desejo humano é recalcado, repellido e rechaçado, só pode lutar para se expressar nas formas indiretas do sintoma e do símbolo”. Com isso, podemos retomar a teoria sexual infantil, proposta por Freud, que se estrutura nas questões edípicas, na relação mãe-filho, na tríade mãe-pai-filho, relação na qual se instalam as fantasias e as interdições.

Groddeck insiste no fato de que cada ereção representa o desejo pela mãe e, portanto, será sempre acompanhada pela fobia da castração. O relaxamento natural que se segue a cada ereção é uma castração simbólica. A mãe, que tanto estimula as brincadeiras e explorações corporais de seu filho, pune-o imediatamente quando a parte do corpo tocada é a genital. Imprime-se na criança, de modo mais profundo do que qualquer outra experiência, o mandato: “É proibido brincar com sexo!” e de imediato surge este pensamento: “Todo prazer é censurável”. (Ávila, 1998, pp.80-81).

Em alguns homens, como no caso da impotência psíquica, a fobia de castração poderá ocorrer antes da ereção e, por meio da presença intensa no inconsciente, revelará ao homem apenas o fato de não conseguir manter a relação sexual genital. Cabe aqui ressaltar a necessidade de um processo de análise para que este indivíduo tenha a oportunidade de se expressar diante do sintoma e de sua inibição. Nos casos de impotência masculina, a fantasia parece ter um lugar central no aparecimento do sintoma. É uma fantasia que invade, que inibe e que congela. Sob o mesmo ponto de vista, Henderson (2017) descreve que:

Entendemos dessa forma a importância da fantasia na formação dos sintomas: após a frustração do sujeito, a libido só encontra os pontos de fixação libidinal através da fantasia, pois nela tais objetos e metas primordiais se conservam. O investimento libidinal, agora direcionado às fantasias, obriga o Eu a reprimi-las, que, se antes eram mais ou menos conscientes, agora se tornam inconscientes. E a libido buscará as origens de tais fantasias no inconsciente. (p.81).

Tais fantasias estão sempre presentes no psiquismo humano e, no caso dos homens que sofrem de impotência, França (2001) faz um contraponto com a teoria freudiana e afirma que:

Apesar de acreditar no postulado freudiano segundo o qual a angústia de castração jamais libera o homem para uma vivência tranquila de sua sexualidade, concordo com Bleichmar (2006, p.16), quando diz que a teoria da angústia de castração é insuficiente para analisar esses casos, e por isso precisamos progredir essa teoria. (p.289).

Nesse contexto em que os homens têm uma vivência tranquila da própria sexualidade, vemos que, para os meninos, esse caminho de masculinidade é necessário e difícil, porque os meninos se separam do mundo da mãe quando se aproximam dos valores do pai. A partir daí, o contato sexual com mulheres estabelecerá o reconhecimento das habilidades masculinas. Pelo contrário, o medo do comportamento sexual, a falha sexual com as mulheres e a rejeição das mulheres podem se manifestar por meio de dificuldades sexuais, como a impotência e a ejaculação precoce (Grassi, 2004).

Outro ponto na dificuldade das vivências ocorre por meio do processo de construção da masculinidade, proposto na pesquisa de Ceccarelli (1998). A partir da pesquisa sobre masculinidade, o autor destaca que há um processo de construção da masculinidade, que terá impacto na forma como os meninos vivenciam o comportamento sexual e a aquisição da identidade sexual. A complexidade desse processo evidencia a perspectiva de que o homem nasce sem garantias de que se tornará homem.

Com isso, é preciso caminhar ainda mais na teoria da castração para compreender e ampliar as proposições apresentadas sobre a impotência sexual como sintoma e como expressão do Isso. Enfim, Grassi (2004, p.74) reforça a ideia de que a “doença revela e ao mesmo tempo alimenta a fragilização de todo funcionamento psicossomático”, e na teoria groddeckiana essa fragilização está à mercê do Isso, que tem uma linguagem própria.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste trabalho nos dá um panorama de onde se insere a unidade somatopsíquica e seu dinamismo com o Isso, por meio dos sintomas e inibições. A impotência masculina foi alvo do nosso trabalho e vemos que o assunto não se esgota, necessitando de pesquisas mais profundas, que levem em consideração o olhar psicanalítico.

Entrar em contato com as faltas masculinas no mundo atual, que vende a imagem de virilidade total, ainda se mostra um desafio para a construção da identidade do homem. Como a pesquisa mostrou, os dados são alarmantes quando falamos de disfunção erétil e, com isso, tornam-se uma problemática da ordem da saúde coletiva.

Ao analisar os sintomas de impotência na obra de Freud e Groddeck, fomos levados a pensar tal fenômeno como psicossomático, uma linguagem do Isso que descreve a própria história do sujeito. Não por meio de verbalizações, mas de inibições e sintomas, revelando objetivos dos processos inconscientes manifestados na formada doença, da dor e da impotência sexual. Essas suposições não revelam apenas seu potencial, mas também expõem o corpo-mente humano como lugar em que se insere os desejos, conflitos, pedidos e sugestões mais profundas do Isso.

Neste trabalho fizemos um percurso sobre as questões do corpo e, de acordo com a história da humanidade, o corpo obteve um certo valor diante das questões da mente. Com a construção e a chegada da teoria psicanalítica, o corpo-mente tomou um novo lugar nos estudos e pesquisas sobre a importância dessa unidade, que foram descritos na segunda parte do trabalho.

Ao adentrarmos a história inicial da Psicossomática Psicanalítica e como esta foi sendo elaborada e pensada a partir dos autores apresentados no texto, trouxemos a importância do *Das Es* – o Isso, o Inconsciente –, conforme as proposições de Freud e Groddeck. Sem o Isso e a



sexualidade não há Psicanálise. Sendo assim, o conceito de corpo erógeno, pulsão, recalque, sexualidade, inconsciente e suas manifestações foram de suma importância ao longo desse trabalho. Ao longo dos anos, estes conceitos foram e ainda deverão ser repensados e ampliados, pois acompanham o desenvolvimento da sociedade e seu dinamismo. Característicos dos fenômenos psíquicos, dos sintomas e de suas inibições podem ter estreita relação com as exigências sociais atuais, favorecendo alguns pontos e levando a cabo outros aspectos.

A relevância da teoria de Groddeck, o pai da psicossomática psicanalítica, é desvelada à medida que apresenta inovações no modo de pensar o fenômeno psicossomático e sua relação com o Isso. Groddeck propôs considerar o corpo e a mente como uma única substância, tendo o Isso como grande mestre e mediador dinâmico do funcionamento dessa unidade. Em sua prática clínica, integra o indivíduo e sua história e, com isso, elimina a separação entre natureza e saúde mental.

A partir dessa relação entre corpo-mente e o Isso, analisamos a impotência masculina enquanto sintoma psíquico com o objetivo de contribuir para o melhor entendimento sobre uma manifestação psicossomática que tem acometido muitos homens ao redor do globo. Dada a incidência e a prevalência muito alta, como apontam as pesquisas, é necessário repensar a forma como esse fenômeno é olhado, cuidado e conduzido. Nesse sentido, profissionais de saúde, psicólogos e psicanalistas poderão se beneficiar do tratado groddeckiano sobre a psicossomática psicanalítica ao tratar da impotência masculina.

Essa necessidade é mais urgente sobretudo neste momento atual, em que as questões relacionadas com a masculinidade estão sendo revistas, repensadas e reestruturadas. Possivelmente, parte considerável dos homens nem mesmo cogita pensar nessas transformações sociais, ficando relegados à falta de conhecimento sobre o próprio corpo-mente, sobre si mesmo, enfim, expostos a fenômenos psíquicos como a inibição, a castração, etc.; tudo porque não foram apresentados às mudanças de paradigmas.

Sob este aspecto das faltas que a psicanálise nos apresenta a incompletude do ser humano. Todos nascem com a única certeza da morte. Nossos sistemas físico, psíquico e biológicos são falíveis. Há a certeza, dentro de nós, de uma pulsão de morte. E isso nos leva a vivenciar um contexto contraditório. Desejamos a completude e temos a certeza da incompletude. O ser humano está sempre a escolher algo pelo que lhe falta, sendo necessário admitir as ilimitadas perspectivas do que é ser, do que é existir. Nesse aspecto, de certa forma compulsório ao homem, é necessário “imaginar” outras formas de viver e existir fazendo com que corpo-mente construa lugares de refúgio como a fantasia, o sintoma e o fenômeno psicossomático.

Seria importante a elaboração de novas pesquisas e estudos de caso sobre homens com disfunção erétil – que sofrem de impotência sexual –, utilizando-se do aporte teórico psicanalítico, especialmente aquele sobre a Psicossomática Psicanalítica, assim como repensar casos de indivíduos que não apresentam nenhuma dificuldade sexual, para identificar semelhanças e diferenças no processo de constituição sexual da masculinidade. Este, talvez, poderia se configurar um trabalho de continuidade a esta pesquisa.

Para concluir, este trabalho apresenta possibilidades de ampliação de pesquisa sobre o aparato psíquico e suas características no processo masculino, apontando a importância de apurar e compreender profundamente a história dos homens que chegam aos consultórios médicos acometidos de dificuldades sexuais e que tendem a seguir a proposta cultural de abreviar as soluções.

## REFERÊNCIAS

- Adbo, C. H. N. et al.. (2006). Disfunção erétil – Resultados de estudos da vida sexual do brasileiro. *Rev Assoc Med Bras*; 52(6), 424-429. Recuperado de [http://http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0107/pdfs/IS27\(1\)010.pdf](http://http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0107/pdfs/IS27(1)010.pdf).
- Aisenstein, M. (1994). *Da medicina à psicanálise e à psicossomática*. Tradução J. M. Canelas Neto. Revista Brasileira de Psicanálise, São Paulo, 28 (1), 99-110.
- Alexander, F. (1989). *Medicina psicossomática: Princípios e aplicações*. Tradução C. B. Fischmann. Porto Alegre: Artes Médicas.
- APA. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5*. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento et al. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed. Recuperado de <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>.
- Aristóteles. (1914). *As categorias*. Rio de Janeiro: Imprensa Régia.
- Assoun, P. L. (1983). *Introdução à Epistemologia Freudiana*. Rio de Janeiro: Imago.
- Avatshi, A., Basu, D., Kulhara, P., & Banerjee, S. T. (1994). Psychosexual dysfunction in Indian male patients: revisited after seven years. *Archives Sexual Behavior*, 23, 685-695.
- Ávila, L. A. (1997). A alma, o corpo e a psicanálise. *Psicologia: Ciência e profissão*. Brasília, 17 (3), 5-39.
- Ávila, L. A. (1998). *Isso é Groddeck*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Ávila, L. A. (1999). O telescópio e o caleidoscópio: o inconsciente em Freud e Groddeck. *Psicologia USP*, 10(1), 157-168. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0103-65641999000100008>.
- Ávila, L. A. (2002) *Doenças do corpo e doenças da alma: investigação psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Escuta.
- Barbosa, Maria Raquel, Matos, Paula Mena, & Costa, Maria Emília. (2011). Um olhar sobre o corpo: o corpo ontem e hoje. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 24-34. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000100004>
- Bitelman, B. (2004). Psicossomática em gastroenterologia. In: Volich, R. M.; Ferraz, F. C. (orgs.). *Psicossoma I: Psicanálise e psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Breger, L. (2000). *Freud: o lado oculto do visionário*. São Paulo: Manole.
- Byington, C. A. B. (1988). *Dimensões simbólicas da personalidade*. São Paulo: Editora Ática.
- Calder, R. (1970). *O homem e a medicina: história da arte e da ciência de curar*. São Paulo: Boa Leitura.

- Câmara, G. (2011). O trauma, a fantasia e o Édipo. *Cógito*, 12, 57-61. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-94792011000100011&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-94792011000100011&lng=pt&tlng=pt).
- Capobianco, C. S. M.. (2003) *O corpo em off: a doença e as práticas psi na pediatria hospitalar*. São Paulo: Estação Liberdade.
- Cardoso, M. R. (2001). Christophe Dejours. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 4(2), 89-94. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1516-14982001000200007>.
- Cardoso, N. M. P. (1995) *Doença Oncológica e Alexitimia*. Contributo Pessoal. Dissertação de Mestrado. Universidade de Coimbra.
- Castro, J. de. (2003) *Alguns aspectos da anamnese clínica: uma visão sociocultural e psicossomática do paciente*. 3 ed. Fortaleza.
- Cataldo, M. (1991). Hipocondria: revisão. *Revista Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 13(3), 185-190.
- Ceccarelli, P. R. (1998). A Construção da Masculinidade. *Revista Percurso*, 19, 49-56.
- Cerchiari, E. A. N. (2000). Psicossomática um estudo histórico e epistemológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 20(4), 64-79. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1414-98932000000400008>.
- Cukiert, M. e Prizskulnik, L. (2000). *O corpo em psicanálise: Algumas considerações*. Psychê, São Paulo, 5: 53-63.
- D'Épinay, M. L. (1988). *Grodeck: a doença como linguagem*. (G. P. Therezo, Trad.). Campinas: Papirus.
- De Marco, M. A. (2003). *A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Debray, R. (1995). *O equilíbrio psicossomático*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dejours, C. (2019). *Psicossomática e teoria do corpo*. Tradução de Paulo Sérgio de Souza Júnior. São Paulo: Blucher.
- Del Vogo, M. J. (1998). *O instante de dizer: o mito individual do doente sobre a medicina moderna*. Tradução M. Gambini. São Paulo: Escuta.
- Demetrios, J. S. (2001). Functional neuroanatomy in the Pre-Hippocratic Era. *Neurosurgery*, 48(6), 1352-1357.
- Descartes, R. (1637 [2000] *Discurso sobre o método*. 9. ed. São Paulo: Hemus, 2000.
- Dockhorn, C. N. de B. F., & Macedo, M. M. K. (2015). Estratégia Clínico-Interpretativa: Um Recurso à Pesquisa Psicanalítica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(4), 529-535. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/0102-37722015042473529535>.

- Fava, G.; Sonino, N. (2000) Psychosomatic medicine: emerging trends and perspectives. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(4), 184-197.
- Feldman, H. A. et al.. (1994) Impotence and its medical and psychosocial correlates; results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol*, n. 151, 54-61.
- Ferenczi, S. (2011). *A psicanálise dos estados orgânicos* (Cabral, A. Trad.). In *Obras Completas/Sándor Ferenczi* (vol. 2.2a ed.). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Fernandes, M. H. (2011). *Corpo*. (Coleção clínica psicanalítica/Dirigida por Flávio Carvalho Ferraz), 4ª edição. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Foucault, M. (1978) *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Foucault, M. (1994). *História da sexualidade II*. O cuidado de si. Lisboa: Relógio D'água.
- França, C. P. (2001). *Ejaculação precoce e disfunção erétil: uma abordagem psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Freud, S. (1893 [1980]) *Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas*. . Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. I. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1893-1895 [1996]) *Estudos sobre a histeria*. In: FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. II. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1895 [1996]) *Projeto para uma psicologia científica*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. I. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1905 [1980]) *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1905 [1996]) *Fragmento da análise de um caso de histeria*. In Salomão, J. (Org.) Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. VII. Tradução V. Ribeiro. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1909 [2010]). *Análise de uma fobia de um menino de cinco anos*. In. *Obras Completas*, volume X. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1914 [1990]). *Sobre o narcisismo: uma introdução*. Em Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. 14. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1915 [1996]) *A pulsão e seus destinos*. Em Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1915). *Metapsicologia*. Trad. Jorge Luis Veschi. 1993. [Mimeografado]
- Freud, S. (1917 [1996]). *Conferências introdutórias sobre psicanálise*. Em Edição standard brasileira das obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, v. XVII.

- Freud, S. (1921 [1976]). *Psicologia de grupo e análise do ego* (J. Salomão, Trad.). Em Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1923 [1976]). *O ego e o id uma neurose demoníaca do século XVII e outros trabalhos* (J. Salomão, Trad.) Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud (Vol. XIX, 15-80). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1923 [1996]). *O Ego e o Id*. In S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad., Vol. 19, 15-80). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1923 [2006]) *O Eu e o Isso*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1925-1926/1996). Inibição, sintoma e angústia. *Obras completas*, ESB, v. XX. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1926 [2006]) *Inibição, sintoma e ansiedade*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XX. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1950 [1892-1899]). Extratos dos documentos dirigidos à Fliess. In: Freud, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. 2. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1988). *Pegan a um niño*. In Obras Completas (Vol. XVII, pp.173-200). Buenos Aires: Amorrortu. (Obra original publicada em 1919).
- Freud, S. (1990). *Moisés e o monoteísmo*. In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. 23, 11-161. Edição Standard Brasileira. (Trabalho original publicado em 1939).
- Freud, S. (2004). *O Recalque*. In: S. Freud, Obras Psicológicas de Sigmund Freud, Vol. 1: Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente (pp. 175-193). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (2006 [1915]). *O inconsciente*. In FREUD, S. Escritos sobre a psicologia do inconsciente. Vol. II. Rio de Janeiro: Imago.
- Galdi, M. B., & Campos, É. B. V.. (2017). Modelos teóricos em psicossomática psicanalítica: uma revisão. *Temas em Psicologia*, 25(1), 29-40. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-03Pt>
- Gil, A. C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5. ed. São Paulo: Atlas.
- Grassi, M. V. F. C. (2004). *Psicopatologia e disfunção erétil: a clínica psicanalítica do impotente*. São Paulo, Escuta.
- Groddeck, G. (1977 [1917-34]). Correspondence with Sigmund Freud. In: The meaning of illness. *New York: International Universities Press*. 31-108.

- Groddeck, G. (1992). *Condicionamento psíquico e tratamento de moléstias orgânicas pela psicanálise*. In G. Groddeck, Estudos psicanalíticos sobre psicossomática (9-28). São Paulo, SP: Perspectiva. (Trabalho original publicado em 1917).
- Groddeck, G. (1992). *Estudos psicanalíticos sobre psicossomática*. Trad. Neusa Messias Soliz. São Paulo: Perspectiva.
- Groddeck, G. (1994). *O homem e seu isso*. São Paulo, SP: Perspectiva.
- Groddeck, G. (1994). *O Isso e a Psicanálise*. In G. Groddeck, O homem e seu isso (pp. 185-193). São Paulo, SP: Perspectiva. (Trabalho original publicado em 1926).
- Groddeck, G. (2001 [1909]). *Escritos Psicanalíticos sobre Literatura e Arte*. São Paulo, SP: Perspectiva. (Trabalho original publicado em 1909).
- Groddeck, G. (2008). *O Livro d'Isso*. São Paulo, SP: Perspectiva. (Trabalho original publicado em 1921).
- Groddeck, G. (2011). *Estudos psicanalíticos sobre psicossomática*. Trad. Neusa Messias Soliz. São Paulo: Perspectiva.
- Haggard, H. W. (1943) *El médico en la historia*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Henderson, G. F. (2017). A impotência sexual na obra de Freud. Dissertação de mestrado. Universidade de Brasília. Recuperado de [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/24314/1/2017\\_GuilhermeFreitasHenderson.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/24314/1/2017_GuilhermeFreitasHenderson.pdf)
- Ivanovic-Zuvic, F. (2004). Consideraciones epistemológicas sobre la medicina y las enfermedades mentales en la Antigua Grecia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 42(3), 163-175.
- Johannes CB, Araújo AB, Feldman HA, Derby CA, Kleinman KP, McKinlay JB. (2000) Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: Longitudinal results from The Massachusetts Male Aging Study. *J Urol*;163, 460-463.
- Klein, M. (1932 (1997)) Os efeitos das situações de ansiedade arcaicas sobre o desenvolvimento sexual do menino. In: *A psicanálise de crianças*. Rio de Janeiro: Imago, 213-257.
- Kubin, M.; Wagner, G.; Fugl-Meyer, A. R. (2003). Epidemiology of erectile dysfunction. *Int J Import Res*, n. 15, 63-71.
- Lacan, J. (1979). *Seminário*, Livro 11. Rio de Janeiro: Zahar.
- Laplanche, J. (2015). *O gênero, o sexo e o sexual*. In: *Sexual: a sexualidade ampliada no sentido freudiano 2000-2006 (154-189)*. Porto Alegre, RS: Dublinense. Trabalho original publicado em 2003.
- Laplanche, J., Pontalis, J. B.(1986). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Laqueur, T. (1990). *La construcción del sexo: cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid: Ediciones Cátedra.

- Le Breton, D. (2003). *Adeus ao corpo: Antropologia e sociedade*. Tradução Marina Appenzeller, - Campinas, SP: Papyrus.
- Le Goff, J., Truong, N. (1924 [2006]) *Uma história do corpo na Idade Média*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. Tradução de Marcos Flamínio Peres; revisão técnica Marcos de Castro.
- Leite, S. (2012). Histeria de conversão: algumas questões sobre o corpo na psicanálise. *Tempo psicanalítico*, 44(1), 83-102. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-48382012000100006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382012000100006&lng=pt&tlng=pt).
- Lévi-Strauss, Cl. (1967). *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro.
- Madeira, M. O. M. & Jorge, M. A. C. (2019). O encantador do Isso – um retorno a Groddeck. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, 22(2), 238-253. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2018v22n2p238.5>
- Mak R, De Backer G, Kornitzer M, De Meyer JM. (2002). Prevalence and correlates of erectile dysfunction in a population-based study in Belgium. *Eur Urol*. 41:132-8.
- Marty, P., & M'Uzan, M. (1994). *O pensamento operatório*. Revista Brasileira de Psicanálise, 28(1), 165-174. (Trabalho original publicado em 1963)
- Mattern, S. (2011). *The art of medicine Galen and his patients*. The Lancet, v. 378, p. 478 – 479.
- McDougall, J. (1991). *Reflections on affect: A psychoanalytic view of alexithimia*. In J. McDougall, Theaters of the Mind. Illusion and truth on the psychoanalytic stage. New York: Brunner/Mazel.
- McDougall, J. (1991). *Teatros do Corpo*. São Paulo: Martins Fontes.
- McDougall, J. (2015). *Teatros do Eu: Ilusão e verdade na cena psicanalítica*. Trad. M. D. Claudino, Orlando Coddá. 2 ed. São Paulo: Zagodoni.
- Mello, J., Filho, & Burd, M. (Eds.). (2010). *Psicossomática hoje* (2. ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Melman, A., & Gingell, J. C. (1999). The epidemiology and pathophysiology of erectile dysfunction. *Journal of Urology*, 16, 5-11.
- Mendonça, J. L. (2006). Breve História da Psicossomática: da Pré-História à Era Moderna. *Revista de Medicina Minas Gerais*, 16(2), 116-22.
- Moreira Junior, E. D. et al.. (2004) Epidemiologia da disfunção erétil no Brasil: resultados da pesquisa nacional do Projeto Avaliar. *Revista Brasileira de Medicina*, v. 61, n. 9, 613-625. Recuperado de [http:// https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/19471](http://https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/19471).
- Morillo LE, Diaz J, Estevez E, Costa A, Mendez H, Davila H et al. (2002). Prevalence of erectile dysfunction in Colombia, Ecuador and Venezuela: a population-based study (DENSA). *Int J Impot Res.*;14 (Suppl 2):S10-8.



- Nasio, J. D. (1995) *Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan* (V. Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Nasio, J. D. (2007) *A fantasia: O prazer de ler Lacan*. Tradução de André Telles e Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar.
- Nicholson, L. (2000). Interpretando o gênero. *Estudos feministas*. CFH/CCE/UFSC. Vol 8, N. 2, 9-41.
- Oliveira, S. R. C., Abdo, C. H. N. (2001) Disfunção erétil e ejaculação precoce: conceito, etiologia e tratamento psiquiátrico. In: C. H. N. Abdo (org.). *Sexualidade e seus transtornos*. (79-91). São Paulo: Lemos editorial.
- Pelegri, T. (2006). Imagens do corpo: reflexões sobre as acepções corporais construídas pelas sociedades ocidentais. [versão online]. *Revista Urutagua*, 08. Recuperado de [www.urutagua.uem.br/008/08edu\\_pelegri.htm](http://www.urutagua.uem.br/008/08edu_pelegri.htm).
- Peres, R. S. & Santos, M. A. (2006). *A exclusão do afeto e a alienação do corpo*. São Paulo: Vetor.
- Perestrello, D. (1983). *A medicina da pessoa*. Rio de Janeiro: Atheneu, v. 4.
- Porter, R. (2004) *Das tripas coração: uma breve história da medicina*. Rio de Janeiro: Record.
- Porto, M. A. T., Moreira, M. F. S., & Simão, M. C. F. (2001). Anatomia e fisiologia na Idade Trágica dos gregos. *Mneme Revista de Humanidades*, 2(4) 1-15.
- Quinet, A. (1991). *O Ato Psicanalítico e o Fim de Análise*. In: *As 4+1 Condições da Análise*. 4. ed. – Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar.
- Reale, G. (2002). *Corpo, alma e saúde: O conceito de homem de Homero a Platão*. São Paulo, SP: Paulus.
- Rodrigues, A. L. e Rodrigues, D. M. (1991). Introdução à história da medicina psicossomática. *Revista Brasileira de Pesquisa em Psicologia*, São Caetano do Sul, 3 (2), 79-85.
- Rodrigues, J. C. (1999) *O corpo na História*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Rosa, C. A. de P. (2010) *História da Ciência: Da Antiguidade ao Renascimento Científico*. 2. ed. vol. 1. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão.
- Roudinesco, E. e Plon, M. (1998) *Dicionário de Psicanálise*. Tradução Vera Ribeiro, Lucy Magalhães; supervisão da edição brasileira Marco Antonio Coutinho Jorge. – Rio de Janeiro: Zahar.
- Safra, G. (2001). Investigação em psicanálise na universidade. *Psicologia USP*, 12(2), 171-175. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642001000200014>.

- Santos, L. N. dos, & Peixoto Junior, C. A. (2018). Análise Crítica dos Pressupostos e Fundamentos Conceituais da Escola de Psicossomática de Paris. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 34, e34432. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/0102.3772e34432>.
- Severino, A. J. (2007) *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Cortez. 23. ed. rev. e atual.
- Sifneos, P. E. (1975). Problems of psychotherapy of patients with alexithymic characteristics and physical disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*; 26, 65-70
- Silva, M. C. (2009). *O Pensamento de Groddeck - Genuinidade e Originalidade* [Groddeck's thought – Genuinity and Originality] Mestrado em Psicossomática e Psicologia Hospitalar, v. 1.
- Simanke, R. T. (2006). *Loucura e psicose no âmbito da psicopatologia psicanalítica*. In Simanke, R. T. & Caropreso, F. (Orgs.). *Temas de introdução à psicanálise freudiana*. São Carlos:EdUFSCar, 126-155.
- Sousa, M. A. S. M. (2005) A arte médica em Roma antiga nos De Medicina de Celso. *Agora: Estudos clássicos em debate* 7. p. 81-104.
- Souza, M. L. de. (1997). A medicina, a psicanálise e a psicossomática: O usufruto do corpo. *Estilos da Clínica*, 2(3), 43-50. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71281997000300006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71281997000300006&lng=pt&tlng=pt).
- Taylor, G. J. (1984). Alexithymia: Concept, Measurement and Implications for Treatment. *American Journal of Psychiatry*; 141, 725-732.
- Trillat, E. (1991). *História da histeria*. São Paulo: Escuta.
- Triviños, A. N. da S. (2008). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.
- Tucherman, I. (2004). *Breve história do corpo e de seus monstros*. Lisboa: Veja.
- Uchôa, A. C. ( 2017). Da histeria à somatizações: o corpo em cena. In V.R.Béjar ( Org.). *Dor psíquica, dor corporal- Uma abordagem multidisciplinar*. São Paulo: Editora Blucher.
- Vaz, P. (2006). *Corpo e risco*. [versão online]. Recuperado de <http://www.angelfire.com/mb/oecantador/paulovaz/INDEX.html>.
- Vieira, W. C. (1997). *A psicossomática de Pierre Marty*. In Ferraz, F. C., Volich, R. M. (Orgs). *Psicossoma: Psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 15-22.
- Virag R, Beck-Ardilly L. (1997). Nosology, epidemiology, clinical quantification of erectile dysfunctions. *Rev Med Interne*; 18(Suppl 1):10S-3.
- Volich, R. M. (2016). *Psicossomática de Hipócrates à psicanálise*. Coleção clínica psicanalítica / dirigida por Flávio Carvalho Ferraz. 8. Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Winnicott, D. W. (1990) *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Editora Imago.

- Winograd, M. e Mendes, L. da C. (2009) Qual o corpo para a psicanálise: Breve ensaio sobre o problema do corpo na obra de Freud. *Psicologia: teoria e prática*, 11(2), 211-223. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-368720090002000015&Ing=pt&tIng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-368720090002000015&Ing=pt&tIng=pt).
- Zimerman, D. E. (1999). *Fundamentos Psicanalíticos: Teoria, técnica e clínica*. Porto Alegre: Artmed.