

**Psicanálise sobre o Corpo: A Pulsão e os Sintomas Psicossomáticos**

Ana Paula Marchesini Dias Delatorre¹; Fábio Sagula de Oliveira²

Resumo: Este artigo propõe uma reflexão sobre a articulação entre pulsão, sintoma e psicossomática na teoria psicanalítica, compreendendo o corpo como lugar de expressão do inconsciente. A pulsão é entendida como força de fronteira entre o somático e o psíquico, motor do desejo e da subjetividade, articulando corpo e linguagem. O sintoma surge como formação de compromisso que traduz simbolicamente os conflitos entre as exigências pulsionais e as defesas do eu, funcionando como mensagem cifrada do inconsciente. Quando o aparelho psíquico falha em transformar a excitação pulsional em representação, o corpo passa a expressar o sofrimento por meio da dimensão psicossomática. Nessa perspectiva, o corpo fala onde a palavra falha, revelando dificuldades de simbolização. A psicossomática, assim, representa uma resposta à impossibilidade de elaboração psíquica da dor, evidenciando a inscrição do inconsciente no corpo.

Palavras-chave: pulsão; sintoma; psicossomática; psicanálise.

Psychoanalysis on the Body: The Drive and the Psychosomatic Symptom

Abstract: This article proposes a reflection on the articulation between drive, symptom, and psychosomatics in psychoanalytic theory, understanding the body as a place of expression of the unconscious. Drive is understood as a frontier force between the somatic and the psychic, the engine of desire and subjectivity, connecting body and language. The symptom emerges as a compromise formation that symbolically translates conflicts between instinctual demands and the defenses of the ego, functioning as an encrypted message from the unconscious. When the

¹ Graduação em Direito pela Faculdade de Direito da Alta Paulista FADAP. Especialista em Direito e Processo Penal pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Analista judiciária - Justiça Federal de Primeiro Grau em São Paulo. Capacitada pela Escola de Magistrados do Tribunal Regional Federal da 3ª Região como Conciliadora. Supervisora da Central de Conciliação da Justiça Federal em Ourinhos/SP. Centro Universitário das Faculdades Integradas de Ourinhos. <https://orcid.org/0009-0004-5129-5723>. anapaula_marchesini@hotmail.com;

² Graduação em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Assis/SP. Mestre em Psicologia pela mesma instituição. Doutorado em Educação e Pós Doutorado em Filosofia da Educação pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Marília/SP. Especialização em Psicoterapia de Orientação Psicanalítica pelo Centro Universitário Eurípedes de Marília (UNIVEM) e em Psicoterapia Breve pelo Instituto de Educação em Psicologia e Saúde (Ampliatta), Bauru/SP. Docente do curso de Psicologia, no Centro Universitário das Faculdades Integradas de Ourinhos. professorfabio@unifio.edu.br.

psychic apparatus fails to transform drive excitation into representation, the body begins to express suffering through the psychosomatic dimension. From this perspective, the body speaks where words fail, revealing difficulties in symbolization. Psychosomatics, there fore, represents a response to the impossibility of psychic elaboration of pain, highlighting the inscription of the unconscious in the body.

Keywords: drive; symptom; psychosomatics; psychoanalysis.

Introdução

A psicanálise, inaugurada por Sigmund Freud, representa uma ruptura significativa com a tradição cartesiana ao propor que o corpo não pode ser pensado de forma separada do inconsciente. Segundo Ferraz (2007, p. 70), ao investigar a histeria, Freud demonstrou que sintomas corporais poderiam expressar conflitos inconscientes, inaugurando um novo paradigma clínico.

O presente trabalho se justifica pela relevância de compreender a trajetória do corpo na psicanálise e na psicossomática, considerando que, na contemporaneidade, observa-se uma intensificação de fenômenos clínicos que colocam o corpo em primeiro plano — como os transtornos alimentares, as dependências químicas, o *burnout* e as doenças autoimunes. Esses quadros clínicos, que frequentemente desafiam os modelos clássicos de analisabilidade, exigem novas reflexões teóricas e metodológicas (Ávila, 2012, p. 51-69).

O objetivo geral deste artigo é, a partir dos conceitos de pulsão, sintoma e psicossomática, compreender como a psicanálise pode oferecer instrumentos para compreensão dos modos pelos quais o inconsciente se inscreve no corpo e manifesta o que não pôde ser dito.

Sob o olhar da Psicanálise, a proposta deste trabalho reside, portanto, em buscar entender o fenômeno da formação do sintoma no sujeito visto em sua integralidade (seriam os sintomas representação simbólica da ausência de elaboração psíquica?) e como tal compreensão pode contribuir para seu alívio, fortalecimento e melhor enfrentamento.

Metodologia

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão bibliográfica narrativa da literatura, com o objetivo de reunir, analisar e discutir produções relevantes acerca da relação entre

psicanálise e psicossomática. A escolha desse método justifica-se pela possibilidade de construção de uma análise crítica e interpretativa, sem a adoção de protocolos rígidos de seleção.

A coleta do material foi realizada por meio consulta em livros e artigos científicos. As fontes foram obtidas a partir das bases de dados Google Acadêmico, Scielo e PubMed, além de obras provenientes de acervo pessoal, contemplando autores clássicos e contemporâneos da psicanálise.

A seleção dos materiais ocorreu com base na relevância temática e na adequação à perspectiva psicanalítica adotada neste estudo, para a qual foram priorizados trabalhos que abordam a psicossomática em interface com a psicanálise, sendo excluídas produções que não apresentavam relação direta com o objeto de investigação ou que se vinculavam a enfoques teóricos distintos.

A análise dos materiais foi conduzida de forma interpretativa, a partir de leitura exploratória e aprofundada das obras selecionadas, possibilitando a articulação entre os diferentes referenciais teóricos e a construção de uma discussão fundamentada.

Este estudo caracteriza-se, portanto, como uma revisão narrativa diante de seu objetivo que é reunir, analisar e discutir produções teóricas relevantes sobre o tema proposto. A pesquisa bibliográfica permite ao pesquisador o contato direto com o conhecimento já sistematizado, servindo como base para reflexões conceituais e aprofundamento teórico (Sousa et al, 2021, p. 64).

Finalmente, a abordagem adotada neste trabalho não segue protocolos rígidos de seleção, como ocorre nas revisões sistemáticas. Em vez disso, privilegia a interpretação crítica dos textos selecionados, permitindo uma construção argumentativa flexível e coerente com os objetivos da pesquisa (Sousa et al., 2021, p. 73). Além disso, os trabalhos acadêmicos que abordam o objeto deste estudo foram selecionados considerando-se a perspectiva psicanalítica.

A noção de pulsão a partir dos estudos sobre a histeria

O conceito de pulsão é essencial para compreensão do fenômeno psicossomático e é com Sigmund Freud que tal aspecto do homem passará a ser analisado a fim de superar a compreensão até então vigente baseada no dualismo cartesiano segundo o qual haveria a separação total entre mente e corpo, relegando o estudo da mente à religião e à filosofia e o

estudo do corpo, visto então como uma máquina, atribuído à medicina (Castro *et al*, 2006, p. 40).

Esse modelo resultou numa compreensão fragmentada do homem, dificultando a investigação de fenômenos complexos, como os que envolvem simultaneamente dimensões psíquicas e somática (Lionço, 2008, p. 118).

Foi justamente em reação a esse reducionismo que surgiram novas propostas no final do século XIX e início do século XX e a Psicanálise, inaugurada por Freud, apontou para a necessidade de compreender os sintomas corporais como expressões de conflitos psíquicos inconscientes e isso se deu a partir de sua obra “*Estudos sobre a Histeria*”, com Joseph Breuer.

Segundo Roudinesco & Plon (1998, p. 337), derivada da palavra grega *hysteria* (matriz, útero), a histeria é uma neurose caracterizada por quadros clínicos variados. Sua originalidade reside no fato de que os conflitos psíquicos inconscientes se exprimem de maneira teatral e sob a forma de simbolizações, através de sintomas corporais paroxísticos (ataques ou convulsões de aparência epiléptica) ou duradouros (paralisias, contraturas, cegueira).

As duas principais formas de histeria teorizadas por Sigmund Freud foram a histeria de angústia, cujo sintoma central é a fobia, e a histeria de conversão, onde se exprimem através do corpo representações sexuais recalcadas. A isso se acrescentam duas outras formas freudianas de histeria: a histeria de defesa, que se exerce contra os afetos desprazerosos, e a histeria de retenção, onde os afetos não conseguem se exprimir pela ab-reação (Roudinesco; Plon, 1998, p. 337).

De acordo com Quinodoz (2007, p. 19), a histeria era uma afecção bastante difundida no final do século XIX e indagava-se sobre sua origem: orgânica ou psíquica? Os médicos pareciam desconcertados ao não encontrar sua verdadeira causa enquanto os fenômenos históricos representavam um desafio, uma vez que não correspondiam a uma lesão anatômica localizável, apareciam e desapareciam de forma aleatória.

Em seus “*Estudos sobre a Histeria*” Freud (1893-1895/2010) relacionava os mais diferentes sintomas ligados ao trauma ocasionador. Como se pode inferir do seguinte fragmento de sua obra:

Nossas experiências nos mostraram, no entanto, que os *mais diferentes sintomas – tidos como produtos espontâneos, por assim dizer idiopáticos, da histeria – acham-se tão forçosamente ligados ao trauma ocasionador quanto os fenômenos acima mencionados, transparentes nesse ponto*. Pudemos fazer remontar a esses fatores ocasionadores nevralgias e anestésias dos mais diversos gêneros e que frequentemente duraram anos, contraturas e paralisias, ataques histéricos e convulsões epileptóides que todos os observadores haviam tomado por verdadeiras epilepsias, *petit mal** e

afecções da natureza de tiques, vômito contínuo e anorexia que chegava à recusa de alimento, os mais variados distúrbios da visão, alucinações visuais sempre recorrentes etc. (Breuer; Freud, p.20).

A clínica das histéricas revelou, pois, um funcionamento psíquico autônomo independente da razão, no qual o sujeito é “arrastado” por tendências que não consegue controlar.

É importante destacar aqui que Freud nunca utilizou a expressão “doença psicossomática” para caracterizar a neurose histérica, forjando o termo conversão para se referir ao mecanismo que tornaria possível a expressão de um conflito psíquico através de um sintoma somático (Santos; Peixoto Júnior, 2018, p. 02).

Em busca de um tratamento para a histeria surgiu o denominado “método catártico”, utilizado entre 1880 e 1895, criado por Breuer, era uma forma de psicoterapia que permitia ao doente evocar a lembrança de acontecimentos traumáticos quando da aparição dos primeiros sintomas histéricos. Com tal método, Freud e Breuer observaram que os sintomas desapareciam à medida que a paciente conseguia evocar essa lembrança e revivia com intensidade a emoção ligada ao acontecimento (Quinodoz, 2007, p. 19). Acreditava-se, portanto, que a paciente que havia sofrido um trauma real, ao reviver a cena ligada a este evento alcançaria a cura dos sintomas.

De tal forma, Freud; Breuer (1893-1895) estudaram como sintomas físicos poderiam funcionar como formações de compromisso entre desejos inconscientes e defesas psíquicas, na qual o corpo é fonte de excitação que afeta diretamente o psiquismo (Quinodoz, 2007, p. 27).

O célebre caso de Anna O. exemplificou o processo pelo qual sintomas físicos poderiam ser atenuados por meio da elaboração de conteúdos recalçados, inaugurando a noção de conversão histérica. Aos 21 anos, a paciente apresentava tosse nervosa, variações de humor, distúrbios da visão, paralisia do lado direito do corpo, “ausências” associadas a alucinações e alterações da linguagem. Josef Breuer observou que determinados sintomas desapareciam quando ela relatava, de forma detalhada, a lembrança vinculada ao momento de sua primeira manifestação (Freud; Breuer, 2016; Quinodoz, 2007, p. 22).

Ao final dos *Estudos sobre a histeria*, Freud; Breuer (1893-1895/2010) concluíram que a lembrança traumática, quando emergia à consciência acompanhada da carga afetiva original, podia dissolver o sintoma. Essa constatação fundamentou a chamada “cura pela fala” (*talking cure*), marcando o início de uma prática terapêutica que reconhece o poder simbólico da linguagem na transformação do sofrimento humano (Quinodoz, 2007, p. 23). Desde então, a

psicanálise se consolidou como espaço de mediação entre corpo e alma, fornecendo bases para a compreensão posterior dos fenômenos psicossomáticos.

O traumatismo originário estaria, portanto, sempre ligado a experiências traumáticas realmente vividas na primeira infância, anteriores à puberdade e tais experiências poderiam variar desde as mais simples investidas aos atos sexuais mais ou menos qualificados como abusos sexuais. Com a noção de um traumatismo sexual real na infância precoce, Freud lançou uma hipótese que durou entre 1895 e 1897. Novas observações clínicas, entretanto, fizeram com que Freud modificasse seu ponto de vista e passasse a considerar que o fator traumático dependeria mais da fantasia e da pulsão do que da cena sexual (Quinodoz, 2007, p. 27-28).

Nesse sentido, Quinodoz (2007), ensina que Freud considerou importante informar aos seus colegas médicos que a etiologia das neuropsicoses não repousa unicamente em fatores desencadeantes, como os abusos sexuais reais, mas também em experiências fantasiosas ligadas às forças pulsionais surgidas na infância e ao longo da puberdade (p. 44).

Segundo Roudinesco; Plon (1998), todos os cientistas do fim do século XIX preocupavam-se com a questão da sexualidade, na qual viam uma determinação fundamental da atividade humana. Nesse sentido, esclarecem:

Todos os cientistas do fim do século XIX preocupavam-se com a questão da sexualidade, na qual viam uma determinação fundamental da atividade humana. Assim, faziam da sexualidade uma evidência e do fator sexual a causa primária da gênese dos sintomas neuróticos. Daí a criação da sexologia* como ciência biológica e natural do comportamento sexual. Impregnado das mesmas interrogações que seus contemporâneos, Freud, no entanto, foi o único dentre eles a inventar não a prova do fenômeno sexual, mas uma nova conceituação, capaz de traduzir, nomear ou até construir essa prova. Por isso, ele efetuou uma verdadeira ruptura teórica (ou epistemológica) com a sexologia, estendendo a noção de sexualidade a uma disposição psíquica universal e extirpando-a de seu fundamento biológico, anatômico e genital, para fazer dela a própria essência da atividade humana. Portanto, é menos a sexualidade em si mesma que importa na doutrina freudiana do que o conjunto conceitual que permite representá-la: a pulsão*, a libido*, o apio* e a bissexualidade* (Roudinesco; Plon, 1998, p. 704).

Para Freud, a pulsão estaria ligada à ideia de “representante”, que funcionaria como uma espécie de mensagem que o corpo envia para a mente que recebe uma demanda (excitação) do corpo (Laplanche; Pontalis, 1982/2022, p. 395) e podem se deslocar e se transformar ao longo do desenvolvimento psíquico. (Roudinesco; Plon, 1998, p. 472).

Essa força denominada pulsão é um termo surgido na França em 1625, tornando-se um grande conceito da doutrina psicanalítica, definido como a carga energética que se encontra na origem da atividade motora do organismo e do funcionamento psíquico inconsciente do homem. (Roudinesco; Plon, 1998, p. 628).

Como esclarecem Laplanche; Pontalis (1982/2022, p. 394), para Freud uma pulsão teria sua fonte numa excitação corporal (estado de tensão) e seu objetivo ou meta é suprimir o estado de tensão que reina na fonte pulsional. Ainda do ponto de vista terminológico, o termo *pulsion* foi introduzido nas traduções francesas de Freud como equivalente do alemão *Trieb*, termo de raiz germânica mais antigo que conserva a nuance da impulsão (*treiben* = impelir), para evitar implicações com o termo de uso mais antigo *instinct* (instinto).

É em *Pulsões e destinos das pulsões* (1856-1939/2025), que Freud reúne esses quatro elementos: pressão, fonte, objeto e meta, da seguinte forma:

Por pressão de uma pulsão entende-se seu fator motor, a soma de força ou a medida da exigência do trabalho que ela representa. O caráter impelente é uma característica geral da pulsão, sua própria essência. Toda pulsão é uma parcela de atividade; quando se fala de modo descuidado de pulsões passivas, essas nada mais seriam que pulsões com uma meta passiva. A meta de uma pulsão é sempre a satisfação, que só pode ser alcançada pela suspensão do estado de estimulação junto à fonte pulsional. Mas, mesmo que essa meta final permaneça inalterada para todas as pulsões, diferentes caminhos podem conduzir a essa mesma meta final, de modo que podem existir para uma mesma pulsão diversas metas aproximadas ou intermediárias, as quais podem ser combinadas ou substituídas umas por outras. A experiência também nos permite falar de pulsões “inibidas em sua meta” em processos que são tolerados durante uma parcela de seu caminho rumo à satisfação pulsional, mas que depois experimentam uma inibição ou desvio. Pode-se supor que mesmo a esses processos esteja ligada uma satisfação parcial (Freud, 1856-1939/2025, p. 25-27).

Nesse primeiro momento, Freud descreve a dinâmica interna da pulsão, enfatizando seu caráter ativo e orientado à satisfação. Ele destaca que, embora a meta final seja constante (a satisfação), os caminhos até ela são múltiplos e flexíveis. Isso introduz uma ideia central da psicanálise: a possibilidade de deslocamento, substituição e até inibição parcial das pulsões, o que ajuda a explicar a complexidade do comportamento humano.

O objeto da pulsão é aquele junto ao qual, ou através do qual, a pulsão pode alcançar sua meta. É o que há de mais variável na pulsão, não estando originariamente a ela vinculado, sendo apenas a ela atribuído por sua capacidade de tornar possível a satisfação. Não é necessariamente um objeto material estranho ao sujeito, podendo ser até mesmo uma parte do próprio corpo. Pode ser substituído incontáveis vezes no decurso dos destinos vividos pela pulsão, sendo a tal deslocamento da pulsão atribuídos os mais significativos papéis. Pode ocorrer o caso em que um mesmo objeto simultaneamente sirva para a satisfação de diferentes pulsões, segundo Alfred Adler, o caso do entrecruzamento pulsional. Uma ligação especialmente estreita da pulsão com o objeto é salientada como sua fixação. Ela se dá com frequência em períodos muito remotos do desenvolvimento pulsional e põe fim à mobilidade da pulsão ao se opor intensamente à dissolução da ligação ao objeto. Por fonte da pulsão entende-se o processo somático em um órgão ou parte do corpo, cujo estímulo é representado na vida anímica pela pulsão. Não se sabe se esse processo é regularmente de natureza química ou se também pode corresponder à liberação de outras forças, por exemplo, mecânicas. O estudo das fontes pulsionais já não pertence à Psicologia; ainda que a origem em uma fonte somática seja o elemento mais decisivo para a pulsão, só a

conhecemos na vida anímica por causa de suas metas. O conhecimento mais específico das fontes pulsionais não é estritamente necessário para a investigação psicológica. Por vezes, as fontes da pulsão podem ser inferidas, de modo retrospectivo, a partir de suas metas (Freud, 1856-1939/2025, p. 25-27).

O estatuto conceitual da pulsão é, portanto, de especial relevância. Ao concebê-la como um “conceito-limite” entre o somático e o psíquico, Freud deu visibilidade ao ponto de articulação entre organismo e psiquismo. Essa perspectiva permitiu deslocar a explicação da doença de uma causalidade puramente somática para uma dinâmica complexa, na qual o corpo se torna palco de inscrição simbólica. Tal compreensão abriu caminho para a constituição de toda uma clínica orientada não apenas para o corpo biológico, mas para o sujeito desejante (Laplanche; Pontalis, 1982/2022, p. 395).

O movimento pulsional, portanto, não se guia apenas pela satisfação da busca do prazer, mas pode se guiar por meio da repetição de uma dor, com o propósito de sua elaboração. Nesse sentido as observações de Roudinesco; Plon (1998):

Em *Mais-além do princípio de prazer**, observando fatos do cotidiano, como seu neto a brincar incansavelmente de atirar um carretel por cima da grade do berço e em seguida apanhá-lo de volta, puxando-o pelo barbante e pontuando seus gestos com duas exclamações, Fort (saiu) e Da (voltou), e observando as neuroses de guerra, nas quais os sujeitos não cessam de reviver episódios dolorosos, Freud aprofundou sua reflexão. Se essas formas de compulsão à repetição eram realmente o aspecto assumido pelo retorno do recalque, era impossível sustentar que obedecessem unicamente à busca do prazer: com efeito, restava uma espécie de resíduo que escapava a essa determinação, um “mais-além do princípio de prazer” (Roudinesco; Plon, 1998, p. 657).

Nesse trecho inicial, Roudinesco; Plon (1998) explicam que Freud parte de observações clínicas e cotidianas para questionar um dos pilares de sua teoria anterior: a primazia do princípio do prazer. A repetição de experiências dolorosas — tanto na brincadeira infantil quanto nos traumas de guerra — sugere que há algo no psiquismo que insiste além da busca por prazer, apontando para uma dimensão mais complexa do funcionamento psíquico.

Assim, Freud foi conduzido a desenvolver o que ele mesmo reconheceu ser uma especulação, porém uma especulação a que jamais renunciaria. Essa compulsão, essa força pulsional que produz a repetição da dor, traduz a impossibilidade de escapar de um movimento de regressão, quer seu conteúdo seja desprazeroso ou não. Esse movimento regressivo levou, por recorrência, a postular a existência de uma tendência para um retorno à origem, ao estado de repouso absoluto, ao estado de não vida, àquele estado anterior à vida que pressupõe a passagem pela morte (Roudinesco; Plon, 1998, p. 657).

É evidente que a psicanálise se viu confrontada desde o começo com fenômenos de repetição. Se focalizarmos particularmente os sintomas, por um lado alguns deles são

manifestamente repetitivos (rituais obsessivos, por exemplo), e, por outro, o que define o sintoma em psicanálise é precisamente o fato de reproduzir, de maneira mais ou menos disfarçada, certos elementos de um conflito passado (é nesse sentido que Freud qualifica, no início de sua obra, o sintoma histérico como símbolo mnésico). De um modo geral, o recalcado procura “retornar” ao presente, sob a forma de sonhos, de sintomas, de atuação (Laplanche; Pontalis, 1982/2022, p. 83-84).

A compulsão à repetição, nesse cenário, se apresenta como manifestação clínica da pulsão de morte. Freud a descreveu como um fenômeno que desafia a lógica do princípio do prazer, pois leva o sujeito a retornar a experiências anteriores que não comportam prazer algum (Roudinesco; Plon, 1998, p. 487).

Trata-se, portanto, de uma tentativa inconsciente de dominar o traumático, reinscrevendo-o de forma compulsiva. Essa compreensão inaugurou novas formas de escuta clínica, que não buscam apenas eliminar o sintoma, mas compreendê-lo como mensagem cifrada de uma experiência não simbolizada.

A noção de pulsão, além de seu valor clínico, possui um alcance epistemológico importante. Ela rompe com a lógica dicotômica que opõe corpo e mente, inaugurando uma categoria conceitual híbrida, capaz de articular processos fisiológicos e representações psíquicas.

Como afirmam Laplanche; Pontalis (1982/2022, p. 395-396), a pulsão se caracteriza por sua “dualidade constitutiva”, situando-se entre o somático e o psíquico, entre a excitação corporal e sua tradução simbólica. Essa perspectiva permitiu compreender que o sofrimento humano não se restringe a uma dimensão isolada, mas emerge da relação intrínseca entre organismo e subjetividade.

O homem está, portanto, fadado à sua condição pulsional, insuperável e irresolúvel e ainda, enquanto ser pulsional, mantém-se em permanente estado de excitação ou em constante estado de estimulação, colocando seu organismo em uma tensão permanente, somática e é neste sentido que Freud nos faz compreender a distinção quanto a pulsão não ser um estímulo psíquico, mas para o psíquico (Lionço, 2008, p. 132-133).

O sintoma psicossomático e a busca de um significado

Segundo Ávila (2012, p. 59-60), o que se denomina hoje como psicossomática deve ser encarado sob duas perspectivas distintas. Por um lado, a abordagem prévia ao nascimento da

medicina científica, antes da instauração do método cartesiano, porque até então eram indissociáveis os processos mentais e corporais, das distinções que deram origem às “ciências da natureza” separadas das “ciências humanas”. Por outro lado, a psicossomática surge como extensão médica através do psiquiatra Johan Heinroth, em 1828.

Heinroth defendia a tese de que as patologias orgânicas poderiam ser provocadas por elementos de natureza anímica, acreditando que as doenças poderiam ser o resultado de um processo de degeneração na alma, provocado por uma vida pecaminosa e, a despeito dessa interpretação moralizante do adoecimento, propõe uma visão ampla do processo saúde-doença para além dos processos meramente fisiológicos (Santos; Peixoto Júnior, 2018, p. 02).

O termo “somático” refere-se, vulgarmente, ao que diz respeito ao corpo (Ferreira, 2013, p. 709) e seu verbo correspondente “somatizar” traz o sentido de converter a experiência ou estado mental em sintoma orgânico (Ferreira, 2013, p. 709).

Ao introduzir o inconsciente como dimensão fundamental da vida psíquica e investigando o fenômeno da histeria, Freud percebeu que sintomas corporais, como paralisias ou cegueiras sem causa orgânica, eram manifestações de conflitos inconscientes (Ferraz, 2007, p. 70). O corpo, portanto, não era mero suporte biológico, mas também lugar de inscrição do sofrimento psíquico. Seriam então as ideias as fontes das manifestações históricas? Freud (1893-1895/2010) não acreditava que todas as manifestações da histeria fossem ideogênicas, isto é, provocadas por ideias, contudo, ressaltou que muitos dos fenômenos históricos estudados, de origem ideogênica, que poderiam ser denominados de históricos. Com efeito, assim observou:

Não diremos: “São históricas aquelas manifestações patológicas ocasionadas por ideias”, mas apenas: Muito dos fenômenos históricos, provavelmente mais do que hoje sabemos, são ideogênicos. Porém a alteração patológica fundamental, comum, que possibilita tanto às ideias quanto aos estímulos não psicológicos exercer ação patogênica, é uma excitabilidade anômala do sistema nervoso. Em que medida está é, ela mesma, de origem psíquica, essa é outra questão. Assim, se apenas uma parte dos fenômenos históricos deve ser ideogênica, são justamente esses que se pode denominar especificamente históricos, e a sua investigação, a descoberta de sua origem psíquica, constitui o mais essencial e recente progresso na teoria dessa doença. Uma outra pergunta que se coloca então: como se produzem, qual é o “mecanismo psíquico” desses fenômenos? (Freud, 1893-1895/2010, p. 270).

O termo sintoma, ora visto sob a ótica da Medicina, corresponderia a manifestação subjetiva de uma doença ao passo que o sinal corresponderia à manifestação objetiva da doença (Ferreira, 2010, p. 701-702).

Considerando a Psicanálise enquanto nosso objeto de estudo e o corpo enquanto local onde o sintoma encontra vias de expressão, Roudinesco (1998) pontua que, para Freud, o sintoma equivaleria a manifestação da moção inconsciente recalcada, ou seja, o reaparecimento de um desejo que surge de forma distorcida, simbólica (p. 116).

A partir deste ponto, podemos questionar se haveria diferença entre os sintomas históricos observados por Freud e os sintomas psicossomáticos?

Segundo Santos; Peixoto Júnior (2018), os sintomas somáticos da histeria, geralmente, não possuem substrato orgânico e, nesse caso, o corpo afetado é o corpo tomado em sua dimensão simbólico-imaginária e não o corpo “real”, utilizando aqui a expressão lacaniana. Em consequência, haveria diferença radical entre a conversão histórica e o que se costuma chamar atualmente de doenças psicossomáticas, pois no caso dessas, geralmente é possível encontrar uma lesão orgânica subjacente aos sintomas (Santos; Peixoto Júnior, 2018, p. 02).

De acordo com Birman (2020), a histeria colocou em questão os cânones da anatomoclínica, evidenciando seus impasses, sobretudo entre o que era dito pelo paciente e o que era observado pelo médico, pois os sintomas apresentados pela histeria eram gasosos, voláteis. Com efeito, o corpo da histeria não indicava alteração alguma, qualquer lesão observada. Até mesmo os cadáveres históricos evidenciavam corpos mudos, marcados pelo silêncio das lesões, de forma que não se podia ver nada de diferente no corpo histórico pelo exame anatomopatológico do cadáver (Birman, 2020, p. 49-51).

Nota-se que o corpo histórico não apresentava lesão física detectável em virtude de um mecanismo que Freud denominou de conversão, enquanto transposição de um conflito psíquico em uma tentativa de resolvê-lo em termos de sintomas somáticos motores (paralisias, por exemplo) ou sensitivos (anestesias ou dores localizadas, por exemplo), e no qual a libido é desligada da representação recalcada e transformada em energia de inervação (Laplanche; Pontalis, 1987/2002, p. 103).

O sintoma psicossomático, por sua vez, traz uma lesão orgânica identificável de onde podemos inferir que, se na histeria o corpo “fala”, na psicossomática o corpo adoece.

Para Mello Filho e outros (2010), os primeiros estudos derivados da Psicanálise e que deram origem à Psicossomática correspondera ao problema da psicogenia de certos transtornos somáticos como, por exemplo, a asma brônquica, o eczema, a hipertensão essencial, a úlcera péptica, o hipertireoidismo, a colite ulcerativa, a enxaqueca.

Para Mello Filho *et al* (2010), os primeiros estudos derivados da Psicanálise e que deram origem à Psicossomática correspondera ao problema da psicogenia de certos transtornos

somáticos como, por exemplo, a asma brônquica, o eczema, a hipertensão essencial, a úlcera péptica, o hipertireoidismo, a colite ulcerativa, a enxaqueca e acrescentam que, quando Perestrello ressaltou que “todas as doenças são psicossomáticas” foi alvo de críticas, contudo, hoje é assente que a questão psicossomática é a de toda patologia. Por que então houve dissociação entre mental e somático da patologia? É que ainda persiste na concepção psicológico-psiquiátrica por um lado e, somática, por outro, quanto ao sofrimento, bem como das consequências na terapêutica e ambas disputam suas áreas de domínio na patologia, nos tratamentos e insistem nas inter-relações (Mello Filho *et al*, 2010, p. 101).

Ao estudar o humor e as doenças, Ballone *et al* (2002) destacam que acredita-se que atualmente os transtornos psicossomáticos ou psicofisiológicos sejam o reflexo de uma ruptura na homeostasia corporal, resultando em toda sorte de sintomas como dores de cabeça, dores nas costas, algumas arritmias cardíacas, tipos de hipertensão arterial, algumas moléstias digestivas, entre tantas outras doenças, podem ser produzidas por uma excessiva ativação das respostas fisiológicas e, conseqüentemente, ruptura da homeostasia do órgão ou do sistema que sofre (cardiovascular, respiratório, etc), equivalendo a um tipo de disfunção do órgão ou sistema por responder em excesso ou por muito tempo à sobrecarga emocional (Ballone *et al*, 2002, p. 64).

No estudo da relação entre emoções e fatores orgânicos, uma das hipóteses levantadas com vistas a traçar explicações sobre algumas doenças reside, segundo Ballone *et al* (2002), nas pessoas com estilo retraído e repressivo das emoções, muitas vezes sem que tenham consciência da alta ativação do Sistema Nervoso Autônomo e que podem inclusive referir-se a si mesmas como calmas, relaxadas e tranquilas. São pessoas que não se permitem manifestar livremente as emoções negativas, disfarçando sentimentos de raiva, contrariedade, mágoa, frustração, irritabilidade, etc. Advertem os autores que, pensar, contudo, que levar essas pessoas a acreditar que seria saudável manifestar livremente suas emoções negativas seria apenas meia verdade, uma vez que o ideal seria: não sentir emoções negativas ou sentindo-as, manifestá-las em adequado grau de liberdade; ou ainda, não podendo, procurar fazer com que essas emoções sejam mais breves possíveis e, por fim, não sendo breves, procurar compensações sadias (Ballone *et al*, 2002, p. 67-68).

A Medicina atual confirma a relação indissociável entre corpo e alma, trazendo, como exemplo, a perda total da visão em alguns pacientes, sem que o reflexo foto-motor se encontre alterado, não se tratando de simulação, mas de sintomas que simbolizam a nível corporal, um conflito inconsciente (Ballone *et al*, 2002, p. 185).

Nesse contexto em que o corpo é o portador dos sintomas do sujeito, ter saúde equivaleria ao “silêncio dos órgãos” no qual o ser humano viveria uma espécie de adormecimento, esperando nunca ser acordado para aquilo que evita desde o momento em que se inscreveu na civilização e na ordem simbólica: a finitude, a impotência diante da morte, ou, para utilizar um termo psicanalítico, a castração (Quayle; Lucia, 2007, p. 21).

A psicossomática na contemporaneidade

Após a morte de Freud em 1939, com o fim da Segunda Guerra Mundial e com o advento de autores pós-freudianos que ampliaram ou revisaram alguns de seus conceitos, a psicossomática ganha maior robustez.

Santos; Peixoto Júnior (2018) referenciam o psiquiatra húngaro Franz Alexander (1891-1964) como um dos pioneiros, juntamente com Félix Deutsch e Helen Dunbar, na fundação do campo interdisciplinar conhecido como medicina psicossomática e, tendo imigrado para os Estados Unidos entre o final da década de 1920 e início da década de 1930 radicou-se em Chicago, impulsionando a escola que viria a se tornar conhecida (Santos; Peixoto Júnior, 2018, p. 03).

Em 1962, no artigo “The Development of Psychosomatic Medicine”, Alexander expôs suas concepções acerca da relação entre estados emocionais e doenças orgânicas e sua hipótese é a de que conflitos emocionais recorrentes tendem a provocar estresse crônico sobre o organismo, provocando efeitos fisiológicos cumulativos, que, por sua vez, podem dar origem a doenças reversíveis ou irreversíveis (Santos; Peixoto Junior, 2018, p. 03-04).

A partir das investigações no Instituto Psicanalíticos de Chicago, em 1962, foi verificada a existência de padrões emocionais associados a determinadas doenças, sendo inicialmente constatadas em sete enfermidades: úlcera duodenal, colite ulcerativa, asma, hipertensão essencial, artrite reumatóide, tireotoxicose e neurodermatite. Alexander teria feito a ressalva, contudo, de que nem sempre os indivíduos que apresentavam os padrões em questão tornavam-se doentes e a enfermidade somente aconteceria a partir do encontro entre dois fatores: a vulnerabilidade orgânica (genética, congênita ou adquirida) e uma vulnerabilidade emocional para certas situações interpessoais específicas (Santos; Peixoto Júnior, 2018, p. 03).

A medicina psicossomática tem, portanto, raízes históricas em um movimento que procurava entender as causalidades psíquicas do adoecimento a partir de formulações psicanalíticas e a difusão desse pensamento se deu no Instituto Psicanalítico de Chicago, até

que, em 1950 essa proposta de trabalho ganhou mais relevância com os estudos de Michel Balint (1896-1970), médico e psicanalista húngaro, discípulo de Sandor Ferenczi, e cujo objetivo era de modificar a relação médico-paciente, dando-lhe uma conotação mais humanizada e construir um modelo para etiologia das doenças em que os fatores psíquicos fossem considerados fundamentais na formação das enfermidades somáticas, ganhando nomes como “medicina psicossomática” ou “psicologia médica” (Guedes *et al*, 2020, p. 804).

Enquanto isso, a partir do início da década de 1950, alguns analistas da Sociedade Psicanalítica de Paris, notadamente Pierre Marty, Michel de M’Uzan, Michel Fatin e Christian David começaram a publicar trabalhos sobre a interface entre psicanálise e medicina psicossomática seguindo a tendência da Escola de Chicago de traçar perfis subjetivos relacionados a certas doenças. Esses estudos deram origem à Escola Psicossomática de Paris, na qual verificaram um elemento comum nos casos analisados que era a existência de uma insuficiência profunda ou passageira no funcionamento mental, em outras palavras, o aparelho psíquico dos pacientes analisados não teria capacidade suficiente de manejar fluxos de excitação que a eles convergem (Santos; Peixoto Júnior, 2018, p. 04).

Os pressupostos que sustentam a matriz teórica da Escola de Psicossomática de Paris são as noções de pensamento operatório, depressão essencial e desorganização progressiva. O pensamento operatório poderia ser descrito como aqueles sem investimento libidinal, unicamente ações do sujeito, os acontecimentos externos. Os sonhos desses pacientes seriam repetitivos, pobres e relacionados a sua vida atual. A depressão essencial se caracterizaria pela ausência tanto de objeto quanto de sintomas clássicos de melancolia como autoacusações e culpa, sendo tal quadro chamado de depressão sem objeto ou depressão psicossomática. Por fim, a desorganização progressiva seria aquele aspecto no qual haveria uma verdadeira destruição da organização libidinal e, por corolário, do psiquismo como um todo (Santos; Peixoto Júnior, 2018, p. 06).

Segundo Castro (2006) os sujeitos psicossomáticos se diferenciam dos demais pela pobreza no mundo simbólico, havendo pouca elaboração psíquica. Seu pensamento é do tipo operatório, aprisionado no concreto e à orientação pragmática, tendo pouca ligação com seu inconsciente (Castro, 2006, p. 41).

A noção de “pensamento operatório”, foi introduzida por Pierre Marty, correspondendo a um modo de funcionamento psíquico marcado pela pobreza simbólica, ausência de fantasias e predomínio de descrições concretas. Segundo ele, quando a mente não consegue metabolizar as excitações internas ou externas, a energia pulsional não simbolizada retorna ao corpo,

favorecendo o surgimento de doenças somáticas (Capitão e Carvalho, 2006, p. 25). Em outras palavras, o sintoma psicossomático não é mero acidente orgânico, mas o resultado de uma falha no trabalho psíquico.

Concluem Santos e Peixoto Junior (2018) que, a compreensão do funcionamento psíquico através da analogia com uma máquina de descarga de tensões proveniente do corpo, bem como a tese de que um funcionamento mental suficientemente potente protegeria o corpo contra sua autodestruição, se impuseram como os fundamentos teóricos da Escola de Psicossomática de Paris (p. 09).

O pensamento operatório, portanto, nas reflexões de Santos; Peixoto Júnior (2018) assume um papel importante na produção do sintoma, no seguinte sentido:

Cremos que essa concepção acerca da origem e dos processos subjacentes ao adoecimento somático reproduz, inadvertidamente, um conhecido dito popular cujo enunciado geralmente é expresso da seguinte forma: “Quando a cabeça não pensa, o corpo padece”. Tanto essa concepção popular das relações entre corpo e mente, quanto a matriz teórica da Escola de Psicossomática de Paris estão fundamentadas em, pelo menos, duas ideologias modernas: o dualismo e o iluminismo. De fato, o aforismo popular é dualista, na medida em que concebe a cabeça (mente) como algo essencialmente distinto do corpo. É, também, iluminista, pois postula uma concepção em que a mente possui a função ativa de elaboração das experiências, ao passo que o corpo seria apenas a substância passiva que sofre os efeitos dessa elaboração (Santos; Peixoto Júnior, 2018, p. 09).

Cabe, contudo, a ressalva feita por Santos; Peixoto Junior (2018), de que o modelo teórico proposto por Marty e seus colegas vem recebendo críticas desde Dejours, por certa insuficiência de suas proposições no campo clínico e de que a tese de que o bom nível de funcionamento mental impediria o corpo de sofrer uma patologia precisaria ser relativizada (Santos; Peixoto Júnior, 2018, p. 04).

O tema em estudo, na perspectiva brasileira, também é objeto de investigação, pelo menos a partir da década de 50, quando Danilo Perestrello, psiquiatra e psicanalista, inicia um movimento crítico contra o reducionismo organicista da medicina e apresenta algumas noções que podem ser identificadas como uma matriz das bases teóricas da medicina psicossomática. São elas:

1) Soma e psiquismo foram uma só unidade; 2) O objeto da psiquiatria deve ser o indivíduo concreto, e são e o doente, em suas relações com o meio e não com as doenças; 3) Não há hereditariedade sem ambiente, nem ambiente sem hereditariedade; 4) Não há setor no organismo que possa ser concebido separadamente da psique; 5) O psicobiológico pressupõe a biografia da pessoa; 6) A unidade psicobiológica, o todo integrado ou pessoa, é uma unidade biopsicossocial; 7) O diagnóstico psicobiológico deixa de ser nosológico para ceder lugar ao diagnóstico da personalidade enferma (Guedes et al, 2020, p. 807).

O trabalho de Perestrello, de orientação psicanalítica, contribuiu para compreensão da etiologia das doenças, tendo apresentado em um Congresso realizado em 1946 a conferência com o título “Importância do fator psicológico na etiopatogenia da úlcera gastroduodenal” e sua relevância para compreensão do fenômeno psicossomático vem descrita por Guedes *et al*, (2020, p. 810):

Centrado nas contribuições de Franz Alexander, o artigo focaliza os estudos realizados nos pacientes com úlcera e afirma que eles vivem uma situação de conflito, com dois grupos de tendências opostas: de um lado, o anseio de volta à situação infantil de dependência, submissão e passividade; de outro, a necessidade de se tornar independente e bastar a si próprio. O processo orgânico que leva à ulceração remonta ao primeiro estágio de evolução da libido, a fase oral, quando as funções de nutrição representam toda a fonte de prazer para a criança. O desejo de ser amado, cuidado, de receber e de depender de alguém está associado às funções de nutrição, mas como o ego adulto não pode admitir a volta às atitudes infantis, entram em cena os mecanismos regressivos, e o desejo de ser amado converte-se no desejo de ser alimentado. Assim, a úlcera péptica aparece como resultado do estímulo crônico do estômago “vazio”. Sendo objeto constante de estímulo, o estômago vai se autodigerindo, à medida que se torna mais faminto de amor e ajuda.

Eis que em 1951, Perestrello publica o livro *Medicina Psicossomática*, lançado como obra inaugural no contexto brasileiro e seu constructo teórico pode ser sistematizado em seis princípios:

1) O objeto de estudo do médico é o homem doente, e não a doença; 2) Não há doença local, toda enfermidade é geral e acomete o indivíduo como um todo, não havendo diferença entre o somático e o psíquico, pois não há perturbação na qual deixe de participar o fator psicológico; 3) O indivíduo isolado é uma abstração, só podendo ser concebido em seu ambiente, com suas condições culturais, seus gostos, inclinações, seus problemas e dificuldades como parte essencial de sua vida; 4) Os estados emocionais podem perturbar o funcionamento de qualquer órgão e são tão eficazes na produção de modificações somáticas quanto os estímulos físicos; 5) Não são as preocupações conscientes, reais, mas os conflitos inconscientes os principais responsáveis pelos sintomas somáticos; 6) Os distúrbios funcionais podem, pela continuidade ou intensidade, acarretar lesões estruturais (Guedes *et al*, 2020, p. 813).

Os aspectos até agora estudados demonstram a preocupação com o aspecto holístico a ser levado em consideração quando falamos em psicossomática, isto é, a influência de fatores psicológicos, biológicos e ambientais na etiologia do adoecer, é trazida por Castro *et al* (2006, p. 42), no seguinte sentido:

A medicina psicossomática, através de sua visão holística, tem considerações quanto aos cuidados dos pacientes que envolvem a avaliação do papel dos fatores psicossociais que afetam a vulnerabilidade individual a todos os tipos de doença, quanto à interação entre os fatores psicossociais e biológicos no curso da doença e quanto ao uso de terapias psicológicas para a prevenção, reabilitação e tratamento de

doenças. Em relação à vulnerabilidade individual, alguns fatores são considerados capazes de causar alterações: acontecimentos recentes na vida, estresse crônico, eventos na infância, personalidade, bem-estar psicológico, comportamentos e atitudes saudáveis.

As reflexões feitas até aqui podem ser aplicadas também ao mundo do trabalho, diante da retomada de níveis intensos de exploração com intensificação de tempo e ritmo, valendo aqui citar os apontamentos de Antunes (2006, p. 205):

A classe trabalhadora, os “trabalhadores do mundo na virada do século”, é mais explorada, mais fragmentada, mais heterogênea, mais complexificados, também no que se refere a sua atividade produtiva: é um operário ou uma operária trabalhando em média com quatro, com cinco, ou mais máquinas. São desprovidos de direito, o seu trabalho é desprovido de sentido, em conformidade com o caráter destrutivo do capital não só degradam a natureza, levando o mundo à beira da catástrofe ambiental, como também precarizam a força humana que trabalha, desempregando ou subempregando-a, além de intensificar os níveis de exploração.

Dejours faz a observação da dificuldade em se falar da doença e do sofrimento relacionado ao trabalho, havendo como um consenso social em se condenar a doença e o doente, como uma espécie de consenso social em associar doença à vagabundagem, falta de ânimo (Dejours, 2015, p. 36).

Essa perspectiva do sentimento social de vergonha relacionada de parar de trabalhar por adoecimento, é apontada por Dejours como “ideologia da vergonha”, com as seguintes nuances:

Seja sexualidade, a gravidez ou a doença, tudo deve ser recoberto de silêncio. O corpo só pode ser aceito no silêncio “dos órgãos”; somente o corpo que trabalha, o corpo produtivo do homem, o corpo trabalhador da mulher são aceitos; tanto mais aceitos quanto menos se tiver necessidade de falar deles. A atitude em relação à dor é, neste sentido, exemplar. O corpo? Não existe nem palavra nem linguagem para falar do corpo do subproletariado. Não se sabe o que significa sentir-se bem no corpo. [...] A segunda característica desses comportamentos relativos à doença diz respeito à relação existente entre a doença e trabalho. Para o homem a doença corresponde sempre à ideologia da vergonha de parar de trabalhar (Dejour, 2015, p. 40-41).

Ao tratar dos efeitos da organização do trabalho na economia psicossomática do sujeito, Dejours (2015) ainda leciona que:

As doenças psicossomáticas aparecem, sobretudo, em indivíduos que apresentam uma estrutura mental caracterizada pela pobreza ou ineficácia das defesas mentais (falta de vida onírica ou de atividades fantasmáticas, ausência de sintomas psiconeuróticos, má qualidade do funcionamento mental: ineficácia mental do pré-consciente (p. 164).

Dejours (2015) conclui, portanto, que a forma de organização do trabalho afeta a estrutura psíquica uma vez que, quanto mais rígida for a organização, menos ela facilitará estruturas favoráveis à economia psicossomática individual e acrescenta:

A organização do trabalho é causa de uma fragilização somática, na medida em que ela pode bloquear os esforços do trabalhador para adequar o modo operatório às necessidades de sua estrutura mental (Dejours, 2015, p. 167).

Nesse contexto, vemos como a organização do trabalho pode favorecer o aparecimento de sintomas psicossomáticos, dentre os quais podemos citar aqui a “síndrome de Burnout”, inserida no CID-11 (2022), sob o código QD85 e assim descrita:

O esgotamento (“burnout”) é uma síndrome conceituada como resultante de estresse específico no ambiente de trabalho que não foi bem gerenciado. É descrito por três dimensões: 1) sensação de falta de energia ou exaustão; 2) aumento da distância mental em relação ao próprio trabalho, ou sentimentos negativos ou clínicos relacionados ao próprio trabalho; e 3) uma sensação de ineficácia e falta de realização. O esgotamento se refere especificamente a especificidades no contexto de trabalho e não deve ser utilizado na descrição de experiências em outras áreas da vida (Organização Mundial da Saúde, 2022).

Diante do que se analisou, supõe-se que as aptidões ligadas à mentalização e às produções fantásmicas (de fantasias) constituem a melhor via de liberação da tensão pulsional imposta à economia psicossomática, sendo, segundo Dejours (2015, p. 168), mais raras em sujeitos com maior capacidade de mentalizar do que em relação àqueles que “mentalizam” menos.

Resultados

A análise da literatura permitiu identificar que o conceito de pulsão ocupa posição central na compreensão psicanalítica da relação entre corpo e psiquismo. Freud rompeu com a tradição dualista ao conceber a pulsão como um conceito-limite entre o somático e o psíquico, permitindo compreender o corpo como espaço de articulação entre as excitações orgânicas e suas representações psíquicas (Laplanche; Pontalis, 2022). Nessa perspectiva, os sintomas corporais observados na histeria revelaram que determinadas manifestações somáticas poderiam expressar conflitos inconscientes por meio de processos simbólicos (Quinodoz, 2007). Tal formulação inaugurou uma nova compreensão do corpo, que deixou de ser visto apenas como organismo biológico para ser reconhecido como lugar de inscrição da subjetividade.

Outro resultado relevante refere-se à compreensão do sintoma como formação de compromisso entre as exigências pulsionais e os mecanismos de defesa do sujeito. Para Freud, o sintoma constitui uma manifestação distorcida de conteúdos recalçados que buscam retornar à consciência (Roudinesco; Plon, 1998). A revisão evidenciou ainda que os sintomas histéricos diferem dos fenômenos psicossomáticos propriamente ditos, pois, na histeria, não há lesão orgânica identificável, predominando a dimensão simbólica do corpo (Santos; Peixoto Júnior, 2018). Em contrapartida, os quadros psicossomáticos caracterizam-se pela presença de alterações orgânicas objetivamente verificáveis, indicando outra forma de expressão do sofrimento psíquico (Santos; Peixoto Júnior, 2018).

Os resultados também demonstraram que a psicossomática contemporânea ampliou a compreensão freudiana do adoecimento ao investigar situações em que a capacidade de simbolização se revela insuficiente para elaborar as tensões pulsionais. Nesse contexto, a Escola Psicossomática de Paris destacou a relevância do pensamento operatório como forma de funcionamento psíquico marcada pela pobreza simbólica e pela predominância do pensamento concreto (Capitão; Carvalho, 2006). Segundo Santos e Peixoto Júnior (2018), a insuficiência do trabalho psíquico dificultaria a elaboração das excitações internas, favorecendo sua descarga através do corpo. Dessa forma, o adoecimento psicossomático passou a ser compreendido como possível consequência de falhas nos processos de mentalização e simbolização.

Por fim, a revisão evidenciou a consolidação de uma perspectiva biopsicossocial do adoecimento, na qual fatores emocionais, relacionais, biológicos e socioculturais participam da constituição dos quadros psicossomáticos. Castro, Andrade e Muller (2006) ressaltam que a medicina psicossomática passou a considerar a interação entre aspectos psicológicos e biológicos na vulnerabilidade às doenças. De modo semelhante, Guedes, Rangel e Camargo Jr. (2020) destacam a contribuição de Danilo Perestrello para uma compreensão integrada do sujeito, superando a separação entre soma e psiquismo. No âmbito do trabalho, Dejours (2015) demonstrou que formas rígidas de organização laboral podem fragilizar a economia psicossomática do indivíduo, favorecendo o surgimento de sofrimento psíquico e manifestações corporais. Tais achados reforçam a necessidade de compreender o adoecimento humano a partir da inseparabilidade entre corpo e subjetividade.

Considerações finais

A análise da trajetória do corpo na psicanálise evidencia a superação progressiva da dicotomia cartesiana entre corpo e mente. Desde Freud, que identificou no corpo histérico a expressão do inconsciente, até os autores contemporâneos, que buscam compreender as novas formas de sofrimento, observa-se um movimento contínuo de integração entre soma e psiquismo.

O corpo deixou de ser concebido como mero organismo biológico para ser reconhecido como locus privilegiado de subjetivação, linguagem e expressão simbólica. A psicossomática psicanalítica, nesse contexto, oferece uma contribuição essencial para a clínica atual, marcada por fenômenos em que o corpo se apresenta como cenário privilegiado do sofrimento humano.

Conclui-se que pensar o corpo na psicanálise é, simultaneamente, pensar a subjetividade e os modos singulares de expressão do sofrimento, ampliando horizontes para a escuta clínica e para a compreensão do adoecimento na contemporaneidade.

A pulsão revela-se assim, conceito central na compreensão do fenômeno psicossomático podendo encontrar no sintoma o representante psíquico de um conflito que tenta retornar ao presente.

Referências

ANTUNES, Ricardo. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. 6. ed. São Paulo: Boitempo, 1999.

ÁVILA, Luiz Augusto. O corpo, a subjetividade e a psicossomática. *Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 1, 2012.

BALLONE, Geraldo José; PEREIRA NETO, Eurico; ORTOLANI, Isabela V. *Da emoção à lesão: um guia de medicina psicossomática*. São Paulo: Manole, [s.d.].

BIRMAN, Joel. *As pulsões e seus destinos: do corporal ao psíquico*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

CAPITÃO, Cláudio Garcia; CARVALHO, Fernanda Maria. Psicossomática: duas abordagens de um mesmo problema. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, Porto Alegre, v. 8, n. 2, 2006.

CASTRO, Maria da Graça de; ANDRADE, Tânia Maria Rodrigues; MULLER, Marisa Campio. Conceito mente e corpo através da história. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 1, 2006.

CERCHIARI, Ednéa Albino Nunes. Psicossomática: um estudo histórico e epistemológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 20, n. 4, p. 64-79, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932000000400008>. Acesso em: 5 maio 2026.

DEJOURS, Christophe. *A loucura do trabalho*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

FERRAZ, Flávio Carvalho. A tortuosa trajetória do corpo na psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 41, n. 4, 2007.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Mini Aurélio: dicionário da língua portuguesa*. 8. ed. Curitiba: Positivo, 2013.

FREUD, Sigmund; BREUER, Josef. *Estudos sobre a histeria*. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

GUEDES, Carla Ribeiro; RANGEL, Vanessa Maia; CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. O movimento da medicina psicossomática no Brasil: a trajetória teórica e institucional de Danilo Perestrello. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 803-817, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702020000400006>. Acesso em: 5 maio 2026.

GUEDES, Carla Ribeiro; RANGEL, Vanessa Maia; CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. Da medicina psicossomática à psicologia médica: a trajetória teórica e institucional de Julio de Mello Filho. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 29, p. 181-196, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702022000500012>. Acesso em: 5 maio 2026.

JUCÁ, Natália Bezerra Holanda; CAPRARA, Andrea. Quando a pele grita: estresse e lesões de pele em profissionais de saúde durante a COVID-19. *Aracê*, v. 8, n. 1, e11648, 2026. Disponível em: <https://doi.org/10.56238/arev8n1-026>. Acesso em: 5 maio 2026.

KNOBEL, Elias. *Coração é emoção: a influência das emoções sobre o coração*. São Paulo: Atheneu, 2010.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2022.

LIONÇO, Tatiana. Corpo somático e psiquismo na psicanálise: uma relação de tensionalidade. *Ágora (Rio de Janeiro)*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 117-136, jan./jun. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-14982008000100008>. Acesso em: 5 maio 2026.

MACÊDO, Karla Borges. Corpo e sintoma no paciente somatizador: uma visão psicodinâmica. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-44142021002002>. Acesso em: 5 maio 2026.

MELLO FILHO, Julio de; BURD, Miriam. *Psicossomática hoje*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação internacional de doenças para estatísticas de mortalidade e morbidade*. 11. ed. Genebra: OMS, 2022. Disponível em: <https://icd.who.int/>. Acesso em: 5 maio 2026.

QUAYLE, Julieta; LUCIA, Mara Cristina Souza de. *Adoecer: as interações do doente com sua doença*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

QUINODOZ, Jean-Michel. *Ler Freud: guia de leitura da obra de Sigmund Freud*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

RIBEIRO, A. S. et al. Psicopatologia na contemporaneidade: análise comparativa entre o DSM-IV e o DSM-V. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, v. 32, 2020.

RIBEIRO DA FONSECA, Eduardo. Algumas questões filosóficas envolvendo a doutrina das pulsões na obra freudiana. *Psicologia Argumento*, Curitiba, v. 32, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.7213/psicol.argum.32.S01.AO11>. Acesso em: 5 maio 2026.

ROUDINESCO, Élisabeth; PLON, Michel. *Dicionário de psicanálise*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SANTOS, Luciana Nunes dos; PEIXOTO JÚNIOR, Carlos Augusto. Análise crítica dos pressupostos e fundamentos conceituais da escola de psicossomática de Paris. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 34, 2018.

SOARES, C. *Breves considerações acerca do “recalcamento” em Freud*. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/ep/n59/2175-3482-ep-59-0047.pdf>. Acesso em: 5 maio 2026.

SOUSA, Angélica Silva; OLIVEIRA, Guilherme Saramago de; ALVES, Laís Hilário. A pesquisa bibliográfica: princípios e fundamentos. *Cadernos da FUCAMP*, v. 20, n. 43, 2021. Disponível em: <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/download/2336/1441>. Acesso em: 5 maio 2026.

●

Recebido: 23/06/2026; Aceito: 15/07/2026; Publicado: 31/07/2026.