

As neuroses atuais e a psicossomática

SUMÁRIO

Agradecimentos	iv
Apresentação	2
1 INTRODUÇÃO	3
2 O PERCURSO DA PSICOSSOMÁTICA NO CAMPO PSICANALÍTICO: PRINCIPAIS QUESTÕES	8
3 O CONCEITO DE NEUROSE ATUAL NA OBRA DE FREUD	16
3.1 Premissas conceituais	16
3.1.1 – O fenômeno das psiconeuroses: um impasse clínico	17
3.1.2 – A formulação do conceito de neurose atual e sua relevância para a psicanálise	19
3.2 – As três categorias da neurose atual – neurastenia, neurose de angústia, hipocondria	21
3.3 – Libido: Mente e Soma	26
3.3.1 – As organizações erógenas – face mental e face somática da libido	26
3.3.2 – Os efeitos tóxicos da erogenicidade	28
3.4 – Neurose Atual: núcleo da psiconeurose	31
3.5 – O impasse da angústia	32
4 A LOCALIZAÇÃO DAS NEUROSES ATUAIS NO QUADRO DAS CONCEPÇÕES MARTYNIANAS	38
5 CONCLUSÃO	41
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47

Apresentação

O presente trabalho é o resultado de algumas questões por nós suscitadas durante a graduação em Psicologia na Universidade Federal Fluminense, sendo este requisito parcial para obtenção de graus de Bacharel em Psicologia e Psicólogo. Ele consiste numa discussão a respeito do conceito freudiano de neurose atual que deu base ao desenvolvimento das teorias psicossomáticas modernas no campo psicanalítico.

1 INTRODUÇÃO

Desde a sua criação, a psicanálise se mostra como um dispositivo clínico que apresenta no seu interior tanto uma prática de intervenção quanto um método de investigação, além de um arcabouço teórico produzido como desdobramento dessas práticas. Nela encontram-se formas categorizadas de concepção e tratamento dos processos mentais que acarretam muitos dos distúrbios manifestados no comportamento humano. Não é, contudo, a única corrente de pensamento que se dispõe a estudá-los. Assim como a psicanálise, no âmbito das manifestações mentais, encontra-se uma diversidade de sistemas que partem de princípios distintos para o alcance etiológico de tais manifestações, o que se desdobra em formas não menos diversas de intervenção. A exemplo disso, aparece o behaviorismo, ou as abordagens humanistas.

No que concerne à psicanálise, o que se encontra é uma demarcação de campo que visa à construção de uma teoria acerca das afecções psíquicas, cuja base reside no conceito do inconsciente, entendido aqui basicamente como grupos de idéias que permanecem fora da consciência sob o mecanismo do recalque¹ (Freud, 1910).

A gama de fenômenos que aparece até hoje na clínica criada por Freud foi explicada a partir deste princípio – o inconsciente. O enfoque dado pela psicanálise acerca desses fenômenos demonstra uma delimitação que, num amplo grau de especificidade, parte de uma sintomatologia que está, sob esta perspectiva teórica, diretamente relacionada aos processos do inconsciente. Tal sintomatologia se enquadra numa categoria que recebeu de Freud o nome de “psiconeurose”, a qual se configura a partir do que se denomina “neurose histérica” e “neurose obsessiva” (Freud, 1898).

Observa-se, contudo, tipos peculiares de manifestações, dentro e fora da clínica

1-O termo recalque é utilizado no “Vocabulário de Psicanálise” (Laplanche, 1983) e seu conceito será definido segundo Freud, posteriormente, no terceiro capítulo deste trabalho.

psicanalítica, que de certa forma se diferenciam das chamadas psiconeuroses. São manifestações delineadas por muitos médicos e psicólogos como fenômenos implicados diretamente com o psiquismo. Refere-se aqui a ocorrências caracterizadas nos horizontes da psicossomática.

A psicossomática é um campo de investigações que concerne a patologias de ordem orgânica configuradas como lesões² supostamente ancoradas em processos ligados ao funcionamento do psiquismo. Parte-se do fato de que determinados indivíduos apresentam dificuldades extraordinárias no processo normal de cura mediante tratamento médico. São pacientes de grande especificidade, refratários à terapêutica aplicada, aos eficazes procedimentos utilizados pela medicina para a regressão do quadro patológico. Muitas vezes, o quadro se agrava quando as perspectivas de melhora são predominantes. Um outro fato que se remete a este fenômeno é a ocorrência de patologias orgânicas que não manifestam qualquer indício causal na fisiologia própria do indivíduo que justifique a ocorrência da doença. O psicanalista francês Wartel (1987) expõe a forma como aparece esse fenômeno, no momento em que entra em cena a psicossomática. “Ela [psicossomática] aparece quando o caso é rebelde à etiologia, quando não há razão para a lesão” (p. 10). Volich (1998), faz uma definição como “(...)doença cuja etiologia e desenvolvimento teimam em permanecer refratários a todos os procedimentos médicos” (p.17).

No quadro dessas manifestações aparecem diversas formas de construção teórica para sua explicação, que recorrem aos conhecimentos da psicologia em geral – como a psicologia experimental de Cannon e Seyle e a psicologia behaviorista, de Pavlov (Abreu, 1997) – ou das concepções psicanalíticas acerca das afecções psíquicas. Nesse ínterim, vários autores psicanalistas se esforçam em explicar tais fenômenos, partindo das formulações de Freud, no intuito de se construir um novo campo de investigações que visem à compreensão do fenômeno em questão e apresentem formas consistentes de intervenção terapêutica. Esse campo se denomina hoje de “psicossomática psicanalítica”.

2-Tais lesões configuram-se diferentemente dos casos de conversão histérica, onde não se encontram modificações de ordem bio-estruturais, apenas manifestações funcionais de ordem corporal sem qualquer lesão ou modificação orgânica constatável.

ORIGENS DA PSICOSSOMÁTICA PSICANALÍTICA

A psicossomática psicanalítica surgiu em decorrência de uma interlocução entre o discurso médico e o discurso psicanalítico. A importância de uma visão mais apurada dos processos psíquicos por parte da medicina e a introdução do ensino de psicanálise no curso de

medicina foram idéias defendidas por Freud em seu artigo “Sobre o ensino da psicanálise nas Universidades”, idéias essas que começavam a estabelecer uma primeira interlocução entre os dois discursos:

“Essa formação tem sido justamente criticada nas últimas décadas pela maneira parcial pela qual dirige o estudante para os campos da anatomia, da física e da química, enquanto falha, por outro lado, no esclarecimento do significado dos fatores mentais nas diferentes funções vitais, bem como nas doenças e seu tratamento” (Freud, 1919, p. 187).

A idéia de que a medicina deve aliar-se às perspectivas que trabalham o psíquico, aplicando uma visão não tão tecnocêntrica, foi fecunda neste século. Entretanto, a negligência dos fatores psíquicos inerentes à doença e ao adoecer não foi abolida. Volich (1998), num artigo sobre o surgimento da psicossomática psicanalítica, situando-a nesse movimento da medicina, necessário segundo Freud, coloca: “(...)o próprio médico se sente, muitas vezes, desorientado diante da evolução de seu paciente ou das reações deste à doença, ao tratamento e à própria pessoa do terapeuta” (p. 08).

O saber médico estende-se necessariamente a uma inter-relação que se estabelece em suas fronteiras com outros campos de saber tais como, Psicologia, Sociologia, Biologia, Psicanálise. O intercâmbio entre as ciências humanas e a medicina se configura nas suas respectivas fronteiras que pedem complementaridade no que tange à compreensão e cura da enfermidade, tendo em perspectiva o dinamismo que o sujeito apresenta. Birman esclarece esse processo, colocando:

“A prática médica passa assim a ser pensada e realizada com auxílio de outros saberes, que se articulam numa relação complexa com o discurso biológico. A Medicina entra na região da *interdisciplinaridade*, adquirindo neste campo de práticas o mesmo estatuto ambíguo, do ponto de vista epistemológico, que em outros campos teóricos. Com efeito, este conjunto de discursos não se refere ao mesmo *objeto científico*, mas a uma pluralidade de objetos que encontram sua delimitação e as suas verdades nos saberes de origem: Psicologia, Sociologia, Antropologia, Psicanálise e Biologia.(...) Desta perspectiva o enquadre interdisciplinar é regulado pela *lógica do complementarismo*.” (Birman, 1980, p.25)

Desta forma, estabeleceram-se relações intrínsecas entre o trabalho do médico e as perspectivas direcionadas pelas ciências humanas. A perspectiva de Freud acerca da importância da inserção de conhecimentos psicanalíticos no meio médico, levando-se em conta o exame das relações entre a vida física e a vida psíquica e considerando-se seus postulados metapsicológicos foi, segundo Volich (1998), a alavanca da psicossomática psicanalítica.

O movimento de articulação entre esses saberes deu abertura a psicanalistas que começaram a se engajar na investigação psicossomática. Para tanto, diversos autores basearam-se então nos escritos de Freud no intuito de se pensar a psicossomática e seus fenômenos. Nesse ínterim, a relação entre as teorias de Freud e o desenvolvimento da psicossomática psicanalítica foi de suma importância, de modo que se configura como sendo de extrema relevância o exame minucioso das suas formulações no que tange à raiz do pensamento psicossomático na psicanálise, com seus desdobramentos e conseqüências. Essa raiz é o conceito que se conhece por “neurose atual”, conceito este que abrange os caminhos iniciais percorridos por Freud para a concepção da teoria psicanalítica e para a concepção atual de autores pós-freudianos das teorias psicossomaticistas (Birman, 1980). Levando-se em consideração que “neurose atual” é o conceito base para as formulações teóricas posteriores do campo psicossomático psicanalítico, conforme será demonstrado no capítulo seguinte, pensou-se no estudo detalhado e na exposição das concepções acerca deste tipo de neurose, para que, então, se possa examinar cuidadosamente o caminho percorrido da neurose atual até a psicossomática e avaliar a coerência no que tange às formulações teóricas desenvolvidas por psicanalistas que se fundamentaram nesse conceito para a explicação das patologias psicossomáticas, especialmente aqueles dirigidos por P. Marty, o qual formulou uma abordagem que na atualidade tem merecido maior penetração em função de sua estruturação, haja vista a extensa obra produzida pelos integrantes dessa corrente (Marty et de M’Usan, 1963; McDougall, 1987, 1989; Fain, 1992; Marty, 1993, 1996, 1998, entre outros).

O presente trabalho fia-se em examinar a consistência das discussões sobre a neurose atual, de modo que se possa mapeá-la, colocando-se como questão principal a diferenciação entre neurose atual e psiconeurose na obra de Freud e a relação que se estabelece entre elas na teoria psicanalítica. Com o objetivo de se observar a possibilidade de problemas de ordem teórica ocorridos na derivação desse conceito, busca-se uma delimitação temática com o enfoque sobre do percurso de Freud que deu embasamento para o desenvolvimento das concepções acerca da psicossomática. Para tanto, é de suma relevância a circunscrição do conceito de neurose atual na obra de Freud para definir-se a consistência ou não do pensamento psicossomático no campo psicanalítico presente no discurso da atualidade.

2 O PERCURSO DA PSICOSSOMÁTICA NO CAMPO PSICANALÍTICO:

PRINCIPAIS QUESTÕES.

O movimento que se articulou a partir de psicanalistas interessados nos estudos das implicações psíquicas nas enfermidades orgânicas se iniciou com o trabalho de psicanalistas como F. Deutsch, Dunbar, Groddeck, os quais foram os fundadores da ligação entre as concepções psicanalíticas e as ocorrências psicossomáticas. Deutsch pensou inicialmente na ligação intrínseca entre os fatores orgânicos e a constituição psíquica mediante seu desenvolvimento. Não foi, porém, muito longe em seus ensaios, mas foi um dos importantes introdutores da discussão no tema da psicossomática (Birman, 1980).

Groddeck, por sua vez, aliou-se à psicanálise no sentido de constituir teorias a respeito da psicossomática já pensadas por ele antes do contato com Freud. Diferentemente dos psicanalistas em geral, Groddeck* (apud Birman, 1980) entrou para o estudo psicanalítico com objetivos próprios, como ele mesmo afirma na seguinte passagem:

“(…) Eu não vim, como a grande maioria dos discípulos de Freud, para a psicanálise pelo trabalho das doenças nervosas: mas foi por minha atividade terapêutica física, em doentes corporais crônicos, que eu fui constrangido ao tratamento psíquico, depois ao tratamento psicanalítico” (p. 97).

O pensamento de que há uma ligação intrínseca entre o corpo e o psíquico foi o ponto de partida para que Groddeck desenvolvesse suas idéias. Em suas convicções, defendeu que o corpo e o espírito são uma única entidade, encarando o humano em sua totalidade, que se determina sob a expressão do que ele chamou de Isso¹ (Volich, 2000).

Neste sentido, Groddeck não aceitou a separação entre as doenças somáticas e as doenças psíquicas, havendo no centro de toda doença somática uma implicação psíquica expressa pelo Isso que integra a totalidade do indivíduo. Tanto as doenças psíquicas quanto as

* Groddeck, G. (1917) – Détermination psychique et traitement psychanalytique des effections organiques in La maladie, l'arte et le symbole, Paris 1969.

1-Terminologia do termo alemão “das Es” que se traduz por “o Isso”.

doenças somáticas estariam, portanto, ligadas ao Isso, e aquelas seriam expressão deste. O Isso se expressa tanto no corpo quanto no psiquismo, segundo a linguagem na qual ele escolhe se uma enfermidade aparece ou não diante de um traumatismo ou precipitante interno. As enfermidades em sua totalidade são, para Groddeck, originadas no Isso, sendo, portanto, todas as lesões orgânicas, psicossomáticas.

“(…) O médico não pode senão observar, tão atentamente quanto possível, a linguagem do Isso, seu idioma corporal ou individual, adivinhar o que ele quer e lhe propor o que adivinhou. O Isso dispõe, examina tudo e retém o melhor. Ele procede na ocorrência como uma célula que, banhada por tesouros nutritivos, seleciona autocraticamente o que ela quer ter.” (Groddeck* *apud* Birman, 1980, p. 100)

Constituindo-se como expressão do Isso, as enfermidades orgânicas foram pensadas por Groddeck na dimensão do simbólico. Assim como nos sonhos e nas conversões histéricas, o Isso se expressaria simbolicamente na esfera somática. O sintoma orgânico seria um fenômeno a ser decifrado na busca do sentido que ele contém, através do processo psicanalítico. A psicanálise é, para Groddeck, a forma de tratamento do Isso e, conseqüentemente, das doenças orgânicas como um todo (Volich, 2000).

Mais do que pensar o Isso arraigado ao funcionamento orgânico, Groddeck propunha, segundo Volich (*ibid.*) como princípio do Isso, a força que anima o homem, aquilo que o vive, e se caracteriza por aquilo o que há de mais desconhecido pelo homem, motivo pelo qual denominou essa entidade como “Isso”. Assim, o Isso abrange toda a forma de concepção do humano, no que concerne às suas manifestações psíquicas e somáticas, ao processo de desenvolvimento e de criação do humano. Desta forma, no caso das doenças orgânicas, o Isso se encontra, tanto no adoecimento quanto na sua cura, sendo o objetivo do tratamento médico, assim defendido por Groddeck, alcançar uma forma de influência sobre o Isso em sua totalidade, tanto física quanto mental (*ibid.*).

A interação entre as idéias de Freud e as de Groddeck resultaram em algumas conseqüências teóricas. Por um lado, Groddeck apoiou-se nas teorias de Freud, expandindo o conceito de inconsciente e das implicações neuróticas para as doenças somáticas. Freud, por outro lado, em um segundo momento de sua construção teórica, alicerçou-se na noção de “Isso” de Groddeck, para definir uma instância psíquica na explicação do funcionamento

* Groddeck, G. (1925) – *Le ça et la psychanalyse* in *La maladie, l’arte et le symbole*, Paris 1969.

mental e das neuroses (Freud, 1923). A posição de Groddeck quanto ao Isso divergiu da de Freud, já que este aplicou o termo Isso (id) apenas numa dimensão relativa ao campo das neuroses e não na totalidade organismo-psiquismo defendida por Groddeck (Volich, 2000).

Groddeck pioneirizou uma discussão sistemática no campo psicossomático, deixando suas contribuições à teoria psicanalítica e ao impulso para se pensar o psicossoma. Contudo, a

crítica à posição teórica acerca das afecções psicossomáticas defendidas por Groddeck, sobre o ‘sentido’ contido nos sintomas orgânicos, sua natureza simbólica, veio com o psicanalista Alexander quando este defendeu que os processos que levam à enfermidade psicossomática não são os mesmos das conversões histéricas.

“A teoria da histeria de conversão foi erroneamente estendida a todas as perturbações físicas nas quais as emoções desempenham um papel, até a perturbação dos órgãos viscerais que funcionam sob o controle do sistema nervoso autônomo. A cuidadosa investigação psicossomática de disfunções emocionalmente condicionadas do estômago, dos intestinos e dos sistemas endócrino, circulatório e respiratório mostrou que a fisiologia e a psicodinâmica subjacente desses casos são essencialmente diferentes das observações nos mecanismos de conversão” (Alexander* *apud* Birman, 1980, p. 95-96).

A conversão histórica segue o processo de expressão simbólica de um conflito presente no psiquismo (Freud, 1894). Alexander defendeu a ruptura da idéia de que exista uma analogia entre a conversão histórica e a somatização e, conjuntamente a outros psicanalistas da Escola de Psicossomática de Chicago, empenhou-se em traçar perfis psicológicos relativos a grupos de afecções psicossomáticas, como a personalidade coronariana, asmática, ulcerosa, hipertensiva, etc. (Abreu, 1997). A teoria se baseia numa especificidade psicodinâmica que comprometeria o funcionamento neurovegetativo. Certas estruturas de personalidade, bem como conflitos emocionais de natureza diversa, estariam ligadas a determinadas doenças somáticas, estando isso situado nas respostas subjacentes ao sistema neurovegetativo. Volich (2000) define a questão da dinâmica psíquica em determinados casos segundo Alexander e a Escola de Chicago:

“Um paciente com uma constelação psicodinâmica característica, vulnerável no nível de um órgão específico ou de um sistema somático, desenvolverá uma doença correspondente se ele encontrar-se em presença de uma situação exterior que mobiliza seus conflitos primitivos, sem poder utilizar as defesas que ele elaborou contra tais conflitos” (p. 87).

* Alexander, F. (1965) – Fundamentos da Psicanálise, Rio de Janeiro: Zahar, 1965

Volich (op. cit.) esclarece ainda a respeito dos perfis de personalidade afirmando que o ulceroso, devido a um “(...)bloqueio das tendências de dependência (...) obriga-se a ser ativo, não se permitindo expressar suas necessidades de dependência(...)” (p. 88), o que causaria problemas no sistema nervoso parassimpático.

Apesar de serem ainda aplicadas atualmente as idéias de Alexander em muitas pesquisas no meio médico, essa concepção personalista da psicossomática passa a ser repensada por parte de alguns psicanalistas que empenham-se com a questão, devido à experiência clínica que torna muitas vezes questionáveis essas teorias. A constatação de que “(...)um mesmo traço ou um conjunto de fatores de personalidade pode ser encontrado em quadros clínicos diferentes, não sendo específico a um único tipo ou grupo de doenças(...)” (op. cit., p. 90), foi um ponto de discordância sobre as concepções da Escola de Chicago.

Ocupando-se mais com os escritos técnicos de Freud do que com as questões neurovegetativas, e afastando-se da idéia de que hajam grupos de doenças características de uma personalidade, surgiu na França um grupo de psicanalistas que desenvolveu novas concepções sobre esta questão, colocando em perspectiva a idéia central de uma impossibilidade de articulação entre excitações somáticas e representações mentais.

“A pesquisa e a clínica psicossomática devem então orientar-se para a investigação dos mecanismos individuais que transformam a doença orgânica, e qualquer doença, em único recurso possível para a superação de um impasse da história do sujeito ou de uma constelação conflitual impossível de ser elaborada ou superada de outra forma.” (Volich, 2000, p.91).

A partir dessa concepção, desenvolveram-se teorias que englobassem a enfermidade psicossomática à conjuntura psíquica e a eficácia de seu funcionamento. Na contramão do pensamento de Groddeck, fora então definido que era justamente por fatores de insuficiência do funcionamento psíquico que se processava a lesão somática. A ausência de uma capacidade de representação ou elaboração simbólica de excitações seria a causa principal dessas afecções. Essa idéia é o ponto privilegiado das teorias psicossomaticistas que vigoram na atualidade (Volich et al, 1998).

O psicanalista francês Marty, conjuntamente a outros (David, Fain, M’Usan), colocou então em perspectiva esse pensamento e desenvolveu novos conceitos para a explicação da afecção psicossomática. A Escola de Psicossomática de Paris é o centro de pesquisas orientado por Marty, onde foram postulados os principais conceitos que abrangem as concepções atuais acerca desse campo, tais como, o conceito de “pensamento operatório”, de “depressão essencial” e de “desorganização progressiva” (Marty, 1993). Os três conceitos se apoiam na mesma teoria acerca da “insuficiência psíquica” e da “carência simbólica da vida mental” (ibid.).

Partindo do princípio de que certas atividades mentais como pensamentos, sonhos e fantasias “(...) protegem a saúde física individual(...)” (ibid., p.17), Marty propôs o conceito de “pensamento operatório”. Assim, definiu alguns tipos clínicos específicos. Apresentando uma limitação na atividade do pensamento, esses pacientes encontrariam uma dificuldade para expressar verbalmente alguns conflitos. Há características específicas em sua fala que revelariam um empobrecimento da capacidade de elaboração simbólica desses conflitos, das exigências e excitações libidinais. A ausência de elementos típicos de uma psicose como sonhos, fantasias, devaneios, lapsos de linguagem, é sinal determinante de um estado psicossomático. A tese é de que o mal funcionamento dessas atividades não integra as tensões internas, de modo que, não havendo elaboração psíquica dessas tensões, não há proteção no plano somático de uma descarga direta de excitações geradora de patologias. A carência funcional dessas atividades psíquicas, caracterizada como “pensamento operatório”, levaria portanto a quadros de perturbações somáticas (ibid.).

Assim como o “pensamento operatório”, entra no quadro das manifestações psicossomáticas o que se denominou “depressão essencial”. Estando alguns pacientes com um déficit das atividades psíquicas, haveria em decorrência disso um comprometimento das dinâmicas afetivas e um “(...)rebaixamento do tônus libidinal(...)” (ibid., p. 19), apresentando esses uma enorme diminuição do interesse pelas coisas e uma forma peculiar de relação com o mundo. Essas depressões, não reconhecidas pelo próprio paciente, se orientam para a esfera somática devido à precariedade do trabalho mental (ibid.).

Os recursos utilizados pelo indivíduo para estabelecer uma articulação mental das excitações libidinais (defesas neuróticas, sintomatizações histéricas ou obsessivas) não aparecem em pacientes cujo funcionamento psíquico é precário. Diante de um acúmulo de excitações haveria uma desestruturação da organização libidinal levando, na maioria dos casos, a um quadro de somatização. A isso, Marty (1993) denominou “desorganização progressiva”.

Para a explicação dessa precariedade psíquica circunscrita aos pacientes somatizantes, Marty recorreu ao conceito freudiano de pré-consciente.

“O Pré-consciente revela-se como um reservatório de representações de diferentes épocas, mais ou menos ligadas entre si e mais ou menos prestes a atingir a consciência. As representações constituem em uma evocação de preocupações que,

inscritas e deixando de várias maneiras traços mnésicos, assumem diversos valores de objetos de referências mentais individuais” (Marty, 1993, p. 24-25).

Adiante, ele completa, afirmando:

“Poder-se-ia finalmente dizer que, quanto mais o pré-consciente de um sujeito se mostrar rico de representações permanentemente ligadas entre si, mais a patologia eventual correrá o risco de se situar na vertente mental. Quanto menos o pré-consciente de um sujeito se mostrar rico de representações, de ligações entre as que existem e de permanência das representações e suas ligações, mais a patologia eventual correrá o risco de se situar na vertente somática. É neste sentido que qualificamos o pré-consciente de ‘peça central’ da economia psicossomática.” (ibid., p. 28).

Assim, Marty separou do grupo dos neuróticos clássicos, ou psiconeuróticos, os “neuróticos mal mentalizados”, incluindo o que ele chamou de “neurose de comportamento” na qual o indivíduo recorre a tipos de comportamento para exprimir as suas excitações.

“Os indivíduos, de tal maneira limitados em sua aptidão para pensar, não possuem outro recurso além da ação no seu comportamento (e desde que tenham essa possibilidade) para exprimir as diversas excitações exógenas e endógenas que a vida lhes propicia. Foi assim que pudemos definir os ‘neuróticos de comportamento’ e, em um nível menor de pobreza quantitativa e qualitativa das representações, os neuróticos mal mentalizados” (idem, 1996, p. 30).

Os neuróticos mal mentalizados apresentam um funcionamento supostamente atípico do pré-consciente, sendo esses, passíveis de sofrer de doenças somáticas, diferentemente dos neuróticos mentais clássicos ou psiconeuróticos que se encontrariam “protegidos” de doenças somáticas devido a sua ampla capacidade de elaboração das tensões e excitações (Marty, 1996). Há aí, portanto, uma categorização que define o denominado “paciente somático”, sendo esse peculiar a tudo o que já se observou clinicamente dentro do meio psicanalítico a respeito de neuróticos histéricos, obsessivos e fóbicos (Marty, 1993, 1996).

“O mérito dos especialistas em psicossomática franceses foi prosseguir suas pesquisas fora dos caminhos usuais, na hipótese de uma construção incompleta ou de um funcionamento atípico do aparelho psíquico dos pacientes somáticos, diferente da construção e do funcionamento do aparelho psíquico dos neuróticos mentais” (Marty, 1993, p.16).

Esse pensamento, que vigora na atualidade, é o resultado de um processo de investigações que culminaram no enfoque dado ao plano da constituição do psiquismo. A idéia de que os pacientes psicossomáticos têm um psiquismo marcado pela operatoriedade nasceu de estudos baseados na obra de Freud, em concomitância às investigações clínicas que levaram os pesquisadores a adotarem essa posição teórica. Clinicamente se observou que esses pacientes são de grande especificidade, e apresentam, de acordo com a corrente de Marty, um

discurso pobre de simbolismo, de associações e fantasias. É um discurso objetivante, que não abre espaço para interpretações. Conforme já dissemos, segundo Marty e seus discípulos, portanto, o que gera a afecção psicossomática é, primordialmente, a incapacidade de articulação simbólica das tensões e excitações provindas dos impulsos libidinais e dos conflitos existentes a partir dessas tensões.

Freud foi um dos primeiros a relacionar reações somáticas a movimentos libidinais e ao funcionamento psíquico, apesar de pouco enfatizar essa questão. No desenvolvimento de suas teorias acerca do inconsciente e das manifestações da libido, ele, logo no início de sua obra, trabalhou alguns fenômenos clínicos referentes ao plano somático das neuroses. Denominando como “neuroses atuais” os fatos clínicos que apresentam manifestações desse tipo, deu o primeiro passo para um desenvolvimento teórico pós-freudiano que viria a ocorrer. Marty e seus discípulos, desenvolvendo a idéia de que a afecção psicossomática resulta de uma falta de articulação entre excitações e simbolizações, baseou-se nas teorias de Freud, sobretudo nas neuroses atuais, para o desenvolvimento de seus pensamentos. “Seu objetivo inicial foi melhor compreender as patologias somáticas cuja dinâmica não correspondiam ao modelo da conversão histérica, utilizando o conceito psicanalítico de neurose atual” (Volich, 1998, p. 22). Birman (1980) faz referência ao Vocabulário de Psicanálise, cujos autores são Laplanche e Pontalis*, expondo: “(...) a antiga noção de neurose atual leva diretamente às concepções modernas sobre as afecções psicossomáticas” (p. 105).

O trabalho de Freud serviu, portanto, de base para o desenvolvimento de teorias atuais acerca desta questão. Percebe-se que o modelo da neurose atual constituiu o ponto de partida da Escola de Marty que circunscreveu os tipos clínicos denominando de “pacientes somáticos” aqueles que apresentam afecções psicossomáticas, separando-os dos neuróticos clássicos.

Como colocamos na introdução aqui apresentada, o mapeamento das neuroses atuais,

* Laplanche, J. Pontalis, J.(1973) – Vocabulaire de Psychanalyse, Paris, PUF, 1973

que será feito no próximo capítulo e que se apresenta como foco central deste trabalho, é de suma relevância no que concerne à confrontação entre as teorias de Freud e as teorias de cunho psicossomático que vigoram na atualidade sob a direção de Marty.

Há ainda, de acordo com a experiência de psicanalistas como Dejours (1997), e McDougall (1987) impasses clínicos que inviabilizam a abordagem de Marty. Dejours define o caso de paciente cuja fala se apresenta com riqueza de material pré-consciente e que, contudo, manifestou também fenômeno psicossomático, contrariando as teorias de Marty baseadas em algumas observações clínicas. McDougall (op. cit.) afirma que qualquer pessoa pode apresentar problemas de ordem psicossomática independentemente de um discurso operatório ou, ao contrário, rico de simbolismo. “Existem (...) polissomatizantes que não criaram essa carapaça ‘operatória’ (...) que caracteriza as estruturas psicossomáticas mais estudadas pela pesquisa psicanalítica” (p. 21).

O estudo detalhado das neuroses atuais pode, portanto, iluminar esses caminhos teóricos e dinamizar a discussão de uma questão que aparece para a psicanálise – as patologias tidas como psicossomáticas.

3 O CONCEITO DE NEUROSE ATUAL NA OBRA DE FREUD

3.1 – Premissas conceituais

Apesar de sucintamente, Freud trabalhou o conceito de ‘neurose atual’ em quase toda a sua obra, e o fez concomitantemente ao desenvolvimento das teorias acerca das psiconeuroses. Mesmo dando ênfase aos problemas e implicações dos fenômenos psiconeuróticos, parece terem sido de extrema importância os seus apontamentos sobre as neuroses atuais para a teoria geral das neuroses.

Constatando manifestações somáticas de pacientes que apareciam em sua clínica, Freud, desde o ano de 1898¹, começava a formular o conceito de neurose atual em paralelo com o de psiconeurose. Essas manifestações, no que dizem respeito ao seu aspecto clínico, estariam, segundo Freud, ligadas a determinadas formas de atividade sexual desencadeadoras de reações de angústia e neurastenia. Assim, Freud caracterizou e categorizou de forma separativa esses fenômenos, denominando como “neurose atual” inicialmente a neurastenia e a neurose de angústia, partindo de sua sintomatologia e expondo sua etiologia na formação do conceito. Posteriormente, incluiu a hipocondria no quadro das neuroses atuais, considerando que esta se manifesta segundo as características, definidas por ele mesmo, de uma neurose atual.

A neurose atual é definida como manifestações de ordem somática ligadas a fatores contemporâneos da vida sexual de um indivíduo, desencadeadores de reações sintomáticas que aparecem na sua fisiologia (Freud, 1898).

Neurastenia, neurose de angústia e hipocondria são as três categorias da neurose atual a serem minuciosamente definidas segundo Freud, trabalhadas e diferenciadas das chamadas neurose histérica e neurose obsessiva.

1-Freud, S. (1898) - A sexualidade na etiologia das neuroses in Obras Completas, vol. III, Rio de Janeiro: Imago, 1996

Procura-se aqui examinar as neuroses atuais destacando-as das neuroses em geral, circunscrevendo seu conceito e trabalhando sua etiologia, no sentido de se mapear os

processos inicialmente apontados por Freud que levam um indivíduo a manifestar sintomas somáticos que se articulam aos processos neuróticos.

3.1.1 – O fenômeno das psiconeuroses: um impasse clínico

O caminho percorrido por Freud para chegar à explicação da neurose se iniciou com os estudos que fizera em conjunto com o seu professor, Joseph Breuer. Investigando casos de histeria através da clínica hipnótica, Freud começava a delinear as origens das manifestações históricas, apontando o caráter neurótico dos sintomas corporais, aos quais Freud deu o nome de “conversões históricas” (Freud, 1894).

Os estudos com Breuer apontavam para considerações de que os afetos ligados a traumas psíquicos eram desviados da elaboração consciente, levando a um caminho para a inervação somática, caracterizada como conversão histórica. O fator sexual era mais um dentre os diversos fatores emocionais que levavam ao sintoma.

Posteriormente, porém, Freud concluiu que a importância etiológica do fator sexual para a origem das neuroses era o ponto central de toda a manifestação neurótica. A causação de todas as neuroses encontra seu ancoramento na vida sexual, mais especificamente, em “vivências sexuais da infância” (Freud, 1905, p. 260).

Haveria nas suas concepções iniciais, elementos traumáticos nas vivências sexuais infantis para a causação das neuroses. Presentes no discurso das históricas como eventos reais, a sedução feita por parte de um adulto ou criança mais velha era levada em consideração por Freud como fator de trauma sexual na primeira infância. Somente com o decorrer das investigações, ele concluiu que esse discurso expressava “(...)ilusões de memória dos históricos sobre sua infância(...)”, e apontou que isso está ligado a “(...)fantasias de sedução como tentativas de rechaçar lembranças da atividade sexual do próprio indivíduo” (ibid., p. 260).

Isso levou Freud a postular a teoria do recalçamento, demonstrando que o sintoma psiconeurótico se constitui como expressão simbólica de um conflito entre o recalçamento sexual e a libido, concomitantemente presentes, constituindo-se o sintoma como “(...) valor de compromisso entre as duas correntes anímicas” (ibid., p. 263).

A psiconeurose é, portanto, o efeito sintomático do conflito de forças psíquicas que encontram sua etiologia no histórico da vida sexual do indivíduo, mais precisamente, em

vivências sexuais passadas, que foram expulsas da consciência e que retornam por meio de formações do inconsciente.²

No decorrer do desenvolvimento de suas teorias e partindo de incessantes e exaustivas investigações clínicas, verificou-se que o sintoma psicineurótico constitui também um substituto de satisfação da sexualidade recalcada. Já em 1905 apresentou essa idéia no artigo “Minhas teses sobre o papel da sexualidade na etiologia das neuroses”, afirmando que “os sintomas representam a atividade sexual do doente. (...) São representações convertidas de fantasias que têm por conteúdo uma situação sexual” (p. 264). Em 1926, no artigo “Inibições, sintomas e ansiedades” revela que essa idéia vigorou quando afirma que “(...)o sintoma é um substituto de uma satisfação que permaneceu em estado jacente”(p. 95).

Desta forma, os sintomas corporais histéricos (conversões) se situam no quadro das psiconeuroses, bem como as idéias obsessivas e os atos compulsivos que aparecem na neurose obsessiva. Tanto uma neurose quanto a outra são agrupadas por uma sintomatologia que diz respeito a conteúdos sexuais inconscientes, tendo como base de sustentação o que Freud denominou “libido”, ou energia psíquica.

O termo “libido” foi empregado por Freud para designar a energia psíquica que põe em marcha as atividades mentais. Essa energia, segundo ele, é oriunda de uma sexualidade infantil, das experiências de prazer-desprazer vividas pela criança logo após o nascimento e subseqüentemente nos primeiros anos de vida. A palavra “sexual” – base da libido – em psicanálise alcança uma amplitude que ultrapassa as concepções do senso comum. “Sexual”, a partir de Freud, designa as fontes corporais de prazer experimentadas pelo indivíduo desde o seu nascimento. A exemplo disso, verifica-se que o ato de um bebê ao sugar o leite materno se repete sem exigir mais comida. Atribui-se a isso um prazer sentido pela criança simplesmente pelo ato de sugar. Freud esclarece: “Só podemos atribuir esse prazer a uma excitação das áreas da boca e dos lábios; a estas partes do corpo denominamos ‘zonas erógenas’ e descrevemos

2- “Formações do inconsciente” é um termo utilizado na obra de Freud para designar as produções provindas do inconsciente que se encontram sob os processos de deslocamento e condensação do material ideativo recalcado ligado a séries de idéias que se articulam dinamicamente.

como sexual o prazer derivado da sucção” (1917, p.319). A relevância desse esclarecimento se encontra no fato justo de que os sintomas psiconeuróticos encontram sua base em atividades

“sexuais” caracterizadas pela energia à qual Freud deu o nome de libido. A libido, portanto, é a energia que circula pelo corpo através das “zonas erógenas” e que são a base de sustentação do funcionamento psíquico. Ela é a base que constitui a energia presente no psiquismo.

Freud em seus estudos coloca como eixo de todas as neuroses o conceito de libido e assim o estabelece também para explicação dos fatores etiológicos das neuroses atuais. A libido está ligada diretamente tanto às psiconeuroses quanto às neuroses atuais. É portanto imprescindível a delimitação do enquadre do conceito de libido em cada uma delas.

O que põe a psicose em evidência são os esclarecimentos de que tais atividades sexuais estão representadas simbolicamente segundo séries de idéias que permanecem fora da consciência. Ligadas a essas representações recalcadas, os sintomas psicopatológicos encontram sua gênese nos deslocamentos libidinais e nos representantes que atualizam as idéias recalcadas. Dizem respeito, portanto, a fatores históricos do indivíduo, não atuais, infantis.

Diante do impasse que se estabelecia clinicamente no que concerne a alguns tipos específicos de sintomas que apareciam além da histeria e da neurose obsessiva, (neurastenias e neuroses de angústia), Freud foi levado a diferenciá-los em suas características etiológicas apontando seu caráter de não historicidade. Por um lado, sintomas histéricos e obsessivos apareciam claramente associados a questões passadas, na fala dos pacientes. Por outro lado, neurastenias e neuroses de angústia – manifestações eminentemente somáticas que definiremos posteriormente uma a uma – não apareciam associadas a questões históricas quando Freud convidava o paciente a falar livremente o que lhe ocorresse à mente. Isso o levou a uma investigação diferenciada separando esses grupos de sintomas da histeria e da neurose obsessiva quanto ao seu caráter etiológico. A formação do conceito de neurose atual encontra seu ponto de destaque no que diz respeito, justamente, ao caráter de não historicidade do processo de sintomatização, o que configura o ponto chave para as conceituações de Freud, conforme o exposto que se segue.

3.1.2 – A formulação do conceito de neurose atual e sua relevância para a psicanálise

Como demonstramos, concomitantemente ao desenvolvimento do conceito de psicose, Freud identificava em sua clínica, quadros patológicos manifestados no plano somático, os quais se diferenciavam das conversões histéricas, mas eram identificados também como estados neuróticos (Freud, 1898). Examinando casos de neurastenia e neurose de

angústia Freud separou do grupo das psiconeuroses essas formas sintomáticas clínicas. Primeiramente, distinguiu neurastenia de histeria e neurose obsessiva num artigo de 1898, intitulado “A sexualidade na etiologia das neuroses”. Pacientes que apresentavam sintomas como pressão intracraniana, fadiga física, dispepsia, prisão de ventre, parastésias espinhais, etc, eram englobados na categoria de pacientes com “doenças nervosas” (Laplanche, 1983), assim como histéricos e neuróticos obsessivos. Clinicamente, contudo, percebeu-se que a opção por uma inquirição através de anamnese para a investigação dos quadros de neurastenia levava à descoberta de determinados fatores da vida sexual os quais constituíam, segundo Freud, a causa dos sintomas neurastênicos manifestados pelo indivíduo.

Freud delimitou esses casos demonstrando que sua sintomatologia está ligada a fatores contemporâneos da vida sexual do paciente que não dizem respeito às vivências infantis, como acontece na histeria e na neurose obsessiva. Chegou também à conclusão de que a anamnese não era indicada para as últimas, cuja investigação era preferencialmente feita através do método psicanalítico pelo qual se atinge de forma indireta essas vivências infantis.³ O conceito de neurose atual tem origem na concepção de que os sintomas apresentados estão ligados a fatores contemporâneos, fatores esses que dizem respeito, segundo o pensamento de Freud, a determinadas formas de emprego da libido. “Em todo caso de neurose há uma etiologia sexual, mas na neurastenia é uma etiologia de tipo contemporâneo, enquanto que nas psiconeuroses os fatores são de natureza infantil” (Freud, 1898, p. 255).

O fato da contemporaneidade etiológica do sintoma originou o conceito de “neurose atual” como algo que se refere a fatores da vida presente do indivíduo.

Os estudos psicanalíticos de Freud encontram sua referência principal na problemática apresentada pelos sintomas chamados psiconeuróticos. Contudo, Freud percorreu um caminho que se inicia, tanto nos problemas histéricos, quanto nos problemas de neurastenia, e delineia a importância do fator sexual para a explicação etiológica das neuroses como um todo partindo das concepções de libido já trabalhadas nas neuroses atuais. Freud demonstra isso na seguinte

3- Este método tem como base a livre-associação de idéias, onde o paciente fala livremente o que lhe ocorrer á mente.
passagem:

“Originalmente, a teoria [sobre a importância do fator sexual] referia-se apenas aos quadros patológicos reunidos sob a denominação de “neurastenia”, dentre os quais

separei em dois tipos que às vezes se apresentam puros e que descrevi como “*neurastenia propriamente dita*” e “*neurose de angústia*”. Sempre se soube que os fatores sexuais poderiam desempenhar um papel na causação dessas formas de doença, mas não se constatava sua atuação invariavelmente, nem se pensava em conferir-lhes precedência sobre outras influências etiológicas. Fiquei surpreso, a princípio, com a frequência das grandes perturbações da *vita sexualis* dos pacientes nervosos; e quanto mais me empenhava em procurar essas perturbações (...) com maior regularidade descobria tais fatores patogênicos na vida sexual, até que me pareceu faltar pouco para presumir seu caráter universal” (Freud, 1905, p. 258).

As concepções a que Freud chegava acerca da neurastenia se configuravam como um caminho imprescindível para o reconhecimento de que a libido é o alicerce do funcionamento psíquico e está no centro etiológico da formação de sintomas psiconeuróticos. Freud declara que esse caminho fora necessário, tornando-se a teoria psicanalítica corolário desse caminho no que se refere ao auxílio das concepções sobre as neuroses atuais para o desenvolvimento da psicanálise: “A etiologia da neurose atual tornou-se uma etiologia auxiliar da psiconeurose” (1898, p. 265).

A investigação sobre os dois grupos de neuroses encontra sua etiologia num mesmo ponto (a libido), porém em processos diferentes. As neuroses atuais aparecem no plano somático, mas estão, muitas vezes, estreitamente vinculadas aos processos psiconeuróticos. Os primeiros achados de Freud sobre isso foram os fatores que revelavam haver uma mistura de sintomas. “Os casos mistos, em que os sinais de neurastenia se combinam com os de uma psiconeurose são de natureza muito frequente (...)” (ibid., p. 254). A ligação entre uma neurose e outra reside no fato de que as duas podem aparecer simultaneamente, misturadas, de forma que através de um rastreamento que parte dos sintomas “atuais”, se atinja uma psiconeurose. “Elas [psiconeuroses] aparecem em conseqüência de dois tipos determinantes, seja independentemente, seja no rastro das neuroses atuais” (ibid., p. 264).

É portanto, imprescindível para o estabelecimento das delimitações da neurose atual, não se perder de vista sua estreita ligação com as psiconeuroses, de modo que se configure o plano em que esses dois fenômenos estão associados a partir das considerações de Freud.

3.2 – As três categorias da neurose atual – neurastenia, neurose de angústia, hipocondria.

A neurose atual compreende três grupos de sintomas que apareceram na clínica de Freud, bem como nas clínicas de diversos médicos que registraram tais fenômenos, mas que encontravam dificuldades em rastrear sua etiologia ou a encontravam em formas que

contrariavam as concepções de Freud, como o “excesso de trabalho”, causador de neurastenia (Freud, 1898). O médico americano George Beard foi quem deu o nome de “neurastenia” para um grupo de sintomas que se inscrevem na ordem médica como fadigas físicas, cefaléias, dispepsias, prisões de ventre, parestesias espinhais, empobrecimento da atividade sexual (Laplanche, 1983). Neurastenia, etimologicamente, significa “fraqueza nervosa”, caracterizando-se esses quadros clínicos como quadros de origem “nervosa” (ibid.).

Freud deparou-se com esses quadros, rastreou e definiu sua etiologia, encontrando sua base nas atividades sexuais. Primeiramente, num de seus primeiros artigos, separou do grupo da neurastenia uma sintomatologia que denominou “neurose de angústia”, diferenciando tanto em seu aspecto fenomenológico quanto em seu aspecto etiológico (Freud, 1895). Ambas, contudo, encontram sua origem na atividade sexual, mais especificamente em casos em que “a libido foi desviada de seu emprego normal” (Freud, 1898, p. 256).

No que concerne à neurastenia, Freud defendeu que o funcionamento sexual incapaz de resolver de forma adequada a tensão sexual pode levar a esses sintomas, de forma que se possa pensar os efeitos tóxicos das substâncias originadas desse funcionamento. Tal ocorrência se dá em indivíduos que se entregam livremente à masturbação. A neurastenia se procede segundo uma etiologia sexual, e surge quando há uma descarga inadequada, quando a masturbação e a emissão espontânea são as formas de atividade sexual que prevalecem continuamente. (ibid.)

Assim como na neurastenia, percebe-se que os casos em que aparecem sintomas de natureza somática, denominados, contudo, de “neurose de angústia”, estabelecem-se no curso de atividades sexuais que implicam desvio da satisfação sexual, ou satisfação interrompida que não atinge sua finalidade – caracterizada pela baixa de tensão excitatória.

Partindo-se primeiramente da sintomatologia, a neurose de angústia, seguindo Freud (1895), pode apresentar, isoladamente ou simultaneamente, sintomas como *irritabilidade geral*, que aponta para um acúmulo de excitação; *expectativa angustiada*, que aparece como uma tendência a adotar uma visão pessimista das coisas, onde aparecem casos, tanto de imaginação pessimista na realidade ao seu redor, quanto de expectativa em relação à própria saúde,

caracterizada como hipocondria⁴; *ataques de angústia*, que se manifestam por distúrbios respiratórios (dispnéia nervosa, acessos de asma e similares) acessos de suor, tremores e calafrios, fome devoradora, diarreia, vertigem locomotora, congestões (denominadas

neurastenia vasomotora), acessos de parestesias (que raramente ocorrem sem angústia) e o acordar em pânico à noite.

Freud esclareceu que esta neurose aparece em casos de indivíduos que praticam o *coito interrompido*. A angústia nas mulheres se deve a casos cujos parceiros do ato sexual sofrem de ejaculação precoce ou potência enfraquecida, ou em casos em que estes praticam o coito interrompido, fatores que levam a mulher a não atingir a satisfação sexual, desenvolvendo, assim, a neurose de angústia.

“O coito interrompido é quase sempre prejudicial. Para a mulher, porém, so o é quando o marido o pratica descuidadamente – isto é, quando interrompe a relação tão logo que *ele* se aproxima da emissão, sem se importar com o curso da excitação *nela*. Quando, por outro lado, o marido aguarda a satisfação da mulher, o coito corresponde a uma relação normal para *ela*, mas *ele* padecerá de neurose de angústia. Coligi e analisei um grande número de observações em que estas asserções se fundamentam” (ibid., p. 102).

Além do coito interrompido, a *abstinência sexual* é, segundo Freud, desencadeadora de neurose de angústia, assim como o aumento na produção de excitação somática no caso do climatério feminino e masculino.

Fica claro que a consideração dos fatores sexuais presentes nessas patologias levou Freud a pensar os processos da libido que as desencadeiam. Põe em destaque que “a neurose de angústia é acompanhada por um decréscimo extremamente acentuado da libido sexual, ou desejo psíquico” (ibid., p. 108), e que há, no centro da sintomatização, uma “satisfação insuficiente” ou “excitação acumulada”. Tal excitação é de ordem somática, de maneira que há um acúmulo somático da excitação sexual acompanhado de um “decréscimo da participação psíquica nos processos sexuais” (ibid., p. 109). Há portanto, uma “deflexão da excitação sexual somática da esfera psíquica” (ibid., p. 109), o que compromete um desvio dessa excitação ou emprego anormal da mesma.

Isso demonstra, em primeiro lugar, que a excitação sexual torna-se um “(...)estímulo para a psique” (ibid., p. 109). Freud complementa: “Depois que isso acontece, o grupo de

4-Freud considerou a hipocindria como uma terceira neurose atual em 1914

representações sexuais presente na psique fica suprido de energia e passa a existir um estado psíquico de tensão libidinal que traz em si uma ânsia de eliminar essa tensão” (ibid., p.109). Essa tensão pode somente ser descarregada mediante ação adequada, que Freud descreveu

como um “(...)ato reflexo que promove a descarga das terminações nervosas, e em todas as preparações psíquicas que têm que ser feitas para acionar esse reflexo” (ibid., p. 109). Não havendo mediação psíquica dessas tensões, a descarga libidinal é desviada para a via somática desencadeando uma neurose de angústia (ibid.).

A abstinência, descrita por Freud, é também causadora de conseqüências no plano somático que aparece como neurose de angústia através do processo em que há um “(...)refreamento da ação adequada decorrente da libido(...)” (ibid., p. 110), em que a excitação se acumula e é “(...)desviada por outros canais que se mostram mais promissores em termos de descarga do que a via que passa pela psique” (ibid., p. 110). A libido então desaparece, transformando-se a excitação em angústia. Isso levou Freud a postular que a angústia provém da libido, que ela se configura como libido transformada (Freud, 1917). Da mesma maneira que no caso da abstinência, no coito interrompido há uma deflexão da esfera psíquica, fazendo com que a libido desapareça e, em seu lugar, venha a neurose de angústia. No climatério feminino e masculino, contudo, segundo Freud, há um aumento na produção de excitação. Por razão de ser esse aumento tão grande, “(...)a psique se mostra relativamente insuficiente para manejá-lo” (Freud, 1895, p. 111).

De toda forma, há uma insuficiência psíquica ocasional que leva a excitação a ser descarregada diretamente na esfera somática. A neurose de angústia é, portanto, segundo Freud, “(...)o produto de todos os fatores que impedem a excitação sexual somática de ser psiquicamente elaborada” (ibid., p. 110).

Tendo sido desenvolvidos os conceitos de neurastenia e neurose de angústia em seus escritos, Freud acrescentou à classificação das neuroses atuais um terceiro grupo de sintomas. O estudo da hipocondria levou-o a enquadrá-la também como uma neurose atual, além da neurastenia e da neurose de angústia. Aprofundando suas investigações sobre o funcionamento da libido, Freud pensou a hipocondria num plano ligado a um tipo de funcionamento em que se constata que a libido está terminantemente voltada para o ego do indivíduo hipocondríaco.

O estado hipocondríaco se caracteriza pela preocupação excessiva com o funcionamento do corpo e convicção de existência de sintomas orgânicos sem que estes existam (Volich, 2001).

Num trabalho exclusivo dedicado à hipocondria, Volich (ibid.), apoiado na leitura de Freud, faz a seguinte afirmação:

“(…) a hipocondria é normalmente caracterizada como uma preocupação exagerada do sujeito com seu estado de saúde. Essa preocupação se manifesta através de crenças, rituais e atitudes aparentemente irracionais com relação a seu corpo, como por exemplo, o medo constante de adoecer, de contaminar-se, de desenvolver uma doença grave” (p. 2).

As manifestações hipocondríacas aparecem de forma não isolada, quer em quadros neuróticos sob a forma “nosofóbica” (medo de adoecer), quer em parafrenias onde se assumem idéias delirantes com delírios paranóides esquizofrênicos, delírio de negação dos órgãos (ibid.), ou ainda na neurose de angústia como expectativa angustiada com idéias pessimistas sobre o funcionamento do corpo (Freud, 1895).

A hipocondria se sublinha no quadro das neuroses atuais pelo fato de haver íntimas relações com a neurose de angústia (Volich, 2001). No início de sua obra, Freud já apontava para a ligação entre as duas, sendo que a hipocondria se configurava especificamente como um dos sintomas da neurose de angústia, permanecendo ela num enquadre separado das manifestações físicas reais, integrando o que Freud chamou de “expectativa angustiada”. A hipocondria é, sob esse ínterim, resultado também de uma excitação não descarregada psiquicamente, oriunda de um “(...)acúmulo de excitação devido à impossibilidade atual de descarga da energia libidinal” (ibid., p. 8).

É importante ressaltar, contudo, que a hipocondria manifesta-se regularmente em outras neuroses e, principalmente, nas psicoses – denominadas por Freud de “parafrenias” (Freud, 1914).

Ao examinar de forma mais aprofundada os fenômenos da libido, Freud foi levado a denominar as parafrenias de “neuroses narcísicas”. Em 1914, escreveu um artigo⁵ que distribuiu, a partir da teoria da libido, os tipos de neurose e suas implicações. Ao conceituar a libido como fator principal para as manifestações psíquicas – caracterizando, numa nova

5-Freud, S. – Sobre o Narcisismo - uma introdução in Obras Completas, vol. XIV, Rio de Janeiro: Imago, 1996 posição teórica a pulsão⁶ de auto-conservação como parte integrante da libido sexual – ele mesmo dividiu a libido em dois tipos: libido do ego e libido de objeto (Freud, 1914). As parafrenias seriam o resultado da retirada da libido objetal, direcionada para o ego. A hipocondria, sob a mesma lógica, foi caracterizada por Freud como uma “neurose atual”, porém relacionada às “neuroses narcísicas” que englobam as parafrenias, onde o que se circunscreve é a libido do ego ou “libido narcísica” (ibid.). As demais neuroses atuais

neurastenia e neurose de angústia – estariam relacionadas à histeria e à neurose obsessiva, onde o que se encontra é a libido objetal.

É interessante aqui salientar que na hipocondria não se manifestam alterações somáticas concretas, o que leva-nos a pensar a hipocondria como uma neurose atual determinada por uma experiência corporal sem alterações orgânicas que, associada às neuroses narcísicas, tem como ponto central a libido que se voltou para o ego e, associada às neuroses histérica e obsessiva, tem como ponto central, como esclarece-nos Volich (2001), “tentativas de ligação da excitação e da angústia segundo um nível mais primitivo de funcionamento, a partir de uma experiência corporal, com ou sem representação psíquica associada” (p. 16). Isso significa dizer que, aí, a excitação libidinal que não encontrou descarga psíquica pode aparecer como expectativa angustiada sob forma de hipocondria. As neuroses atuais são categorizadas sob três planos distintos, contudo interativos. Por um lado, Freud necessitou destacar da neurastenia, uma síndrome chamada “neurose de angústia”, denominando essas duas de “neuroses atuais”. Por outro lado, destacou ainda a hipocondria, com suas peculiaridades, como uma terceira neurose atual que pode aparecer conjuntamente a qualquer outra neurose ou psicose. As características corporais das neuroses atuais estão calcadas num plano da libido que apresenta-se com alterações orgânicas (com ressalvas à hipocondria) devido ao fato de que ela – a libido – se manifesta, tanto em seus fenômenos mentais, quanto somáticos.

3.3 – Libido: mente e soma

3.3.1 – As organizações erógenas – face mental e face somática da libido

Conforme o exposto no início deste capítulo, o emprego do termo ‘libido’ feito pela psicanálise tem como objetivo designar a energia oriunda da sexualidade que se manifesta nos processos psíquicos. A sexualidade abrange, porém, não só os fenômenos psíquicos,

6-O conceito de “pulsão” será discutido no próximo tópico aparecendo sobretudo em seus aspectos somáticos, fato indiscutível que Freud pôs em evidência: “(...) a função sexual não é uma coisa puramente psíquica, da mesma forma que não é uma coisa puramente somática. Influencia igualmente a vida corporal e mental” (Freud, 1917, p. 338).

Diante disso, conclui-se que os mecanismos psiconeuróticos e ‘atuais’ encontram sua lógica neste ponto: nas psiconeuroses o que está em pauta é uma face mental da energia

libidinal, enquanto que nas neuroses atuais o que se evidencia é sua face somática. Desta maneira, Freud aponta: “Se, nos sintomas das psicose neuroses, nos familiarizamos com as manifestações de distúrbios na atuação *psíquica* da função sexual, não nos surpreenderemos ao encontrar nas neuroses ‘atuais’ as conseqüências *somáticas* dos distúrbios sexuais”(ibid., p. 338).

A libido se organiza, segundo a teoria de Freud, sob processos que se encontram nas experiências de prazer-desprazer vividas desde a infância pelo ser humano. A superfície do corpo é o lugar de onde elas se originam, mais especificamente em determinadas áreas características, como a boca, os olhos, o ânus, os genitais (Freud, 1905).

A partir do desenvolvimento das teorias acerca da sexualidade, cujo ponto central encontra-se no conceito de “libido”, Freud construiu a teoria das pulsões⁷, apontando para a delimitação que se circunscreve entre o plano do psíquico e do somático. A pulsão sexual é aquilo o que se coloca como sendo a fronteira dessas duas instâncias:

“Se agora nos dedicarmos a considerar a vida mental de um ponto de vista biológico, uma ‘pulsão’ nos aparecerá como sendo 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 de exigência feita à mente no sentido de trabalhar em conseqüência de sua ligação com o corpo” (Freud, 1915, p. 127).

O conceito de pulsão deriva de uma suposição de Freud a respeito da ligação entre o psíquico e o somático no estudo da libido. É um conceito de ordem ‘mítica’, aparecendo para Freud como questão teórica que se supõe devido às manifestações da libido que aparecem

7-O conceito “pulsão” é definido por Freud conforme o supracitado. Contudo, há uma questão de ordem conceitual da tradução feita pela editora inglesa. Freud utilizou o termo alemão “trieb”, diferentemente de “instinkt” (instinto). Muitos teóricos da psicanálise traduzem “trieb” como “pulsão”, outros traduzem “trieb” como “instinto”, sobretudo a editora inglesa da obra de Freud. Aqui se optou por utilizar a primeira tradução pelo fato de que, no alemão, “instinkt” é diferente de “trieb”. Aquilo o que se situa no humano como estando entre o mental e o somático, foi trabalhado por Freud como “trieb” (pulsão), e não “instinkt” (instinto). tanto no plano psíquico, quanto no plano somático.

A pulsão sexual parte de um corpo libidinal, erógeno. Ela apresenta quatro características fundamentais definidas por Freud como a “pressão” ou “força”, que compreende seu fator motor, ou “(...) a medida da exigência de trabalho que ela representa” (Freud, 1915, p. 127); a “finalidade”, que se constitui como *satisfação* “(...) obtida eliminando-se o estado de estimulação (...)” (ibid., p. 128); o “objeto”, que se caracteriza

como “(...) coisa em relação à qual ou através da qual a pulsão é capaz de atingir sua finalidade” (ibid., p. 128); a “fonte”, que compreende a origem libidinal da pulsão definida como ‘zona erógena’.⁸ Os órgãos utilizados pelo indivíduo para autoconservação são investidos libidinalmente, e essa erogeneização do órgão provoca, tanto os processos descritos como psíquicos, como alterações no plano somático da zona erógena. Freud aponta:

“(…) o protótipo familiar de um órgão que é dolorosamente delicado, que de alguma forma é alterado e que, contudo, não está doente no sentido comum do termo, é o órgão genital em seus estados de excitação. Nessa condição, ele fica congestionado de sangue, entumecido e umectado, sendo a sede de uma multiplicidade de sensações. Descrevemos agora, tomando qualquer parte do corpo, sua atividade de enviar estímulos sexualmente excitantes à mente, como sendo sua ‘erogenicidade’, e refletimos ainda, que as considerações nas quais se baseou nossa teoria da sexualidade de há muito nos habituou a idéia de que certas outras partes do corpo – as zonas erógenas – podem atuar como substitutos dos órgãos genitais e se comportarem analogamente a eles” (Freud, 1914, p. 90-91).

Desta assertiva se conclui que outras partes do corpo podem atuar como zonas erógenas e manifestar alterações somáticas similares ao entumecimento do órgão genital quando excitado. Freud chama atenção para as alterações *tóxicas* dessas regiões quando libidinalizadas, o que será trabalhado no próximo tópico.

As zonas erógenas são, portanto, a fonte de onde se origina a libido, cujos efeitos aparecem, muitas vezes concomitantemente, na irrupção tanto das neuroses atuais quanto das psiconeuroses.

8-Em 1920, no texto “Além do princípio de prazer”, Freud construiu uma nova teoria das pulsões apontando para questões ainda mais profundas que dizem respeito ao seu caráter destrutivo. Além da pulsão sexual, uma pulsão não-sexual denominada “pulsão de morte” foi trabalhada por Freud até o fim de sua vida, caracterizando-se basicamente por movimentos destrutivos no humano que não estão articulados ao princípio de prazer, mas que estão para além deste princípio, constituindo-se como uma ‘compulsão’.

3.3.2 – Os efeitos tóxicos da erogenicidade

No início de suas teorizações, Freud postulou que a oposição entre as forças pulsionais de caráter sexual e não sexual – dois planos pulsionais, um ligado à sexualidade, outro ligado à autopreservação do indivíduo (‘pulsões do ego’ ou de ‘autoconservação’) – é o fator principal para o processo de recalçamento, em que uma idéia ligada à pulsão sexual é expulsa da consciência, permanecendo em estado latente no inconsciente. A formação de substitutos para

o que foi recalcado é o que se caracteriza como sintomas da psicose, os quais aparecem como formações de compromisso entre a idéia recalcada e o ego consciente (Freud, 1910).⁹

Trabalhando a etiologia da perturbação psicogênica da visão em casos de histeria, Freud (ibid.) demonstrou como os planos, tanto mentais como somáticos da libido, estão em jogo, envolvendo a pulsão sexual e a pulsão de autoconservação neste processo. As duas pulsões entrariam em choque devido a uma dupla exigência entre sexualidade – uso libidinal do olho – e ego – que se concentra no uso perceptual da visão e não permite, por fatores diversos, a presença de idéias ligadas a essa atividade sexual na consciência.

A ampliação da energia sexual recalcada sobre o órgão, gera a formação de sintomas como a cegueira histérica. Existem, contudo, conforme o exposto, no estudo da pulsão sexual que ocasiona o conflito, os fatores somáticos da libido, ou seja, a consideração imprescindível para a questão aqui trabalhada, de que a libido aparece também em seu estatuto somático.

Freud salienta que o aumento do fator erógeno em uma determinada zona do corpo – que atua como um genital – promove alterações fisiológicas que podem tornar aquela área uma área intoxicada. Há, muitas vezes, como ele coloca, uma exageração do papel erógeno daquele órgão, o que o levou a pensar numa “submissão” ou “complacência somática” derivada de fatores neuróticos de indivíduos que apresentam maior “disposição para adoecer” (Freud, 1910, p. 227) de perturbações psicogênicas, devido às suas condições psíquicas.

A neurose ocorre segundo um distúrbio no metabolismo sexual do indivíduo, ou porque as condições psíquicas limitam o emprego adequado dessas substâncias, ou porque se

9-Posteriormente, Freud (1914) aprofundou a teoria das pulsões, como demonstramos, modificando seu eixo, não mais concebendo a pulsão de auto-conservação (ou do ego) como distinta da libido sexual. “(...) se concedemos ao ego uma catexia primária da libido, por que há a necessidade de distinguir uma libido sexual de uma energia não-sexual das pulsões do ego” (p. 84)? O novo dualismo pulsional apareceu posteriormente em 1920, quando Freud conceituou a ‘pulsão de morte’ como distinta da pulsão sexual, conforme também demonstramos.

produzem mais toxinas do que a capacidade de metabolização delas (Freud, 1917). Apesar de Freud afirmar que nada sabe a respeito dessas “toxinas sexuais” – que se circunscrevem sob o domínio da fisiologia – utiliza-se desse termo para designar sua atuação desencadeante de patologias neuróticas.

Faz alusão ao fato de que há estados patológicos extremamente semelhantes aos sintomas da neurastenia e da neurose de angústia em casos de introdução de substâncias

tóxicas no corpo e abstinência. As substâncias tóxicas internas produzidas no corpo, assim como os casos de intoxicação externa que causam reações sintomáticas parecidas com a neurastenia, são para Freud as causadoras da última, assim como a abstinência dessas substâncias provoca sintomas semelhantes à neurose de angústia quando há abstinência sexual ou coito interrompido.

“As neuroses atuais, nos detalhes de seus sintomas e também em sua característica de exercer influência em todo o sistema orgânico e toda função, mostram uma inconfundível semelhança com os estados patológicos que surgem da influência crônica de substâncias tóxicas externas e de uma suspensão brusca das mesmas – as intoxicações e as situações de abstinência. (...) Em vista dessas analogias, penso que não podemos evitar considerarmos as neuroses resultado de distúrbios no metabolismo sexual (...) E para nós, esta seria a ocasião de lembrar as zonas erógenas e nossa afirmação de que a excitação sexual pode ser gerada nos mais variados órgãos” (ibid., p. 389).

Freud faz também uma ligação direta entre as psiconeuroses e as neuroses atuais, demonstrando um exemplo da relação entre distúrbios histéricos e neurastenia:

“Tomemos como exemplo um caso de dor de cabeça ou dor lombar histérica. A análise nos mostra que, pela condensação e pelo deslocamento, o sintoma tornou-se satisfação substitutiva de toda uma série de fantasias e recordações libidinais. Mas essa dor, em determinada época, era também uma dor real e era, então, um sintoma sexual-tóxico direto, expressão somática de uma excitação libidinal” (ibid., p. 391).

Freud toca ainda de maneira mais profunda na questão apontando fatos de extrema relevância para o presente estudo. Ele afirma que, num caso de lesão orgânica já existente por qualquer motivo, há possibilidades de haver revestimento neurótico sobre esta lesão, transformando ela num representante de fantasias inconscientes:

“Não é absolutamente raro acontecer, no caso de uma pessoa que está predisposta a uma neurose sem realmente sofrer de uma neurose manifesta, que uma modificação somática patológica (talvez por inflamação ou lesão) põe em marcha a atividade da formação do sintoma, que lhe foi apresentado pela realidade, em representante de todas as fantasias inconscientes que estavam apenas aguardando a ocasião de lançar mão de algum meio de expressão. Num caso destes, o médico adotará ora uma, ora outra linha de tratamento. Ou se esforçará por abolir a base orgânica, sem importar-se com a ruidosa elaboração neurótica; ou atacará a neurose que aproveitou essa oportunidade favorável para surgir, e prestará pouca atenção à sua causa precipitante orgânica. O resultado mostrará que uma ou outra linha de conduta está certa ou errada; é impossível fazer recomendações gerais para abordar esses casos mistos” (ibid., p. 391-392).

Vemos a importância do fator libidinal e sua natureza somática que parece ser pontual em muitos fenômenos, onde se percebe a mistura da “atualidade” da neurose com sua natureza

histórica, determinando o destino de muitas patologias orgânicas de forma extremamente complexa.

Sendo assim, percebe-se que pode haver efeitos marcantes no corpo quando uma determinada região torna-se uma zona erógena. Estas concepções, sem dúvida deixam caminhos abertos importantes para a investigação das implicações psíquicas sobre o plano somático, a partir do momento em que se pensa a sexualidade como fator fundamental para a gênese das neuroses e do funcionamento psíquico como um todo, levando-se em consideração a face somática que nela reside.

3.4 – Neurose atual: núcleo da psiconeurose

Tendo demonstrado os pontos objetivos que circunscrevem as neuroses atuais, pode-se examinar definitivamente, o fato irrefutável da ligação intrínseca entre neurose atual e psiconeurose.

O estudo de Freud acerca da neurastenia e da neurose de angústia revelou a ele mesmo que a psiconeurose tem como núcleo uma excitação sexual somática que só pôde ter sido revelada como fator relevante nos fenômenos psiconeuróticos quando se focalizou a etiologia das neuroses atuais. Nas neuroses atuais – conforme aqui se constata – há uma excitação sexual que não atinge a psique e é descarregada diretamente sobre o soma, gerando patologias por seus fatores tóxicos. Por outro lado, Freud constatou a importância da excitação sexual para a constituição psíquica, quando descobriu as organizações erógenas e seus efeitos no psiquismo. Isso levou ele mesmo a afirmar que “(...) a etiologia das neuroses atuais tornou-se uma etiologia auxiliar das psiconeuroses”. (Freud, 1898, p. 265)

Mais do que tudo, a mescla de patologias encontradas clinicamente entre neurose atual e psiconeurose evidencia que um psiconeurótico pode apresentar problemas de ordem orgânica que estão intrinsecamente ligados à libido. Questões de ordem sexual causadoras de distúrbios na esfera psíquica dão origem a sintomas psiconeuróticos em concomitância com sintomas atuais. Muitas vezes, de acordo com Freud, um sintoma “atual” eclode em sintomas psiconeuróticos– ligados esses ao plano do inconsciente – e vice-versa. (Freud, 1917) Há também casos em que sintomas psiconeuróticos são atingidos clinicamente pela via de um “rastreamento” da neurose atual. Através de um sintoma “atual” que se apresenta em evidência, muitas vezes se atinge sintomas psiconeuróticos ligados àqueles, já que os

distúrbios sexuais têm consequência tanto na esfera psíquica, quanto na esfera somática. Na maioria das vezes, portanto, quando há neurose atual, há também, psicose. “(...)um sintoma de uma neurose atual é freqüentemente o núcleo e o primeiro estágio de uma psicose.” (Freud, 1917, p. 391)

Apresentados esses fatos, temos que o ponto primeiro do pensamento freudiano está em sua investigação sobre a sexualidade nas neuroses atuais, o que o levou a apontá-las como complexo nuclear e eclósivo, tanto da psicose e seus fenômenos, quanto até mesmo do desenvolvimento da própria teoria psicanalítica. Concluindo com Freud:

“As neuroses atuais – neurastenia e neurose de angústia – fornecem às psicoses a necessária ‘submissão somática’, que é então psiquicamente selecionado e recebe um ‘revestimento psíquico’, de maneira que, falando de um modo geral, o núcleo do sintoma psicose – o grão de areia no centro da pérola – é formado de uma manifestação sexual somática. Isto é mais claro, é verdade, na neurose de angústia e sua relação com a histeria do que na neurastenia. Na neurose de angústia há no fundo um pequeno fragmento de excitação não descarregada vinculada ao coito que emerge como ansiedade ou fornece o núcleo de um sintoma histérico.” (Freud, 1912, p.266)

A neurose atual é, portanto, núcleo da psicose. As duas aparecem muitas vezes mescladas e, se podemos afirmar, articuladas pelo plano libidinal, onde se constata o valor preponderante da excitação sexual nos dois fenômenos.

3.5 – O impasse da angústia

O caminho percorrido por Freud no estudo das neuroses parece-nos muitas vezes um caminho repleto de dificuldades teóricas para as quais ele mesmo indicava e propunha soluções baseadas terminantemente em sua escuta analítica a pacientes perturbados psiquicamente. Assim ocorreu com conceitos como “angústia”¹⁰, o qual sofreu modificação de ordem teórica devido à experiência clínica e à lógica do funcionamento psíquico segundo o próprio Freud.

O desenvolvimento teórico acerca da angústia (ou ansiedade) – fenômeno constatado

10-“Angústia” é tomado aqui como termo de igual valor para “ansiedade”.

em sua clínica – repousou sobre o esquema da neurose de angústia, onde o que se constata – conforme o que foi exposto neste trabalho – é uma deflexão da libido despendida subcorticalmente em manifestações somáticas.

Mais uma vez, percebe-se que o estudo das neuroses atuais foi imprescindível para algumas concepções psicanalíticas. Freud encontrava a etiologia da neurastenia e da neurose

de angústia nos distúrbios da área sexual e assegurava-se de que os distúrbios psiconeuróticos estavam terminantemente ligados também à sexualidade, sobre a qual foi montado o esquema psíquico freudiano com sua “pedra angular” no conceito de recalque (Freud, 1905).

Numa conferência sobre a angústia, Freud (1917) demarcou o campo da angústia neurótica com seu princípio numa transformação da libido oriunda do processo de recalque. Ligado ao conceito de “angústia”, temos que a neurose de angústia forneceu o material clínico principal para que Freud chegasse a essa concepção de angústia. Na neurose de angústia, a libido é descarregada sobre o soma devido a uma *limitação sexual*. Essa limitação sexual, que se faz presente não só no coito interrompido, mas também no recalque, gera angústia no lugar da quota de libido não aplicada. “... a ansiedade constitui moeda corrente universal pela qual pode ser trocado qualquer impulso, se o conteúdo ideativo estiver sujeito a repressão” (ibid., p. 404).

A angústia neurótica encontra-se, sob esse contexto, em contraponto à angústia realística. Na segunda, o que há é uma reação a um perigo real que vem de fora. O ego reage com angústia devido a ameaça que o constrange como uma reação de fuga. A angústia neurótica, por outro lado, provém da libido, conforme exposto. Contudo, Freud parece, nessa conferência, tentar relacionar os dois tipos de angústia, de forma que se configure a angústia em geral como reação ao perigo, e para isso, propõe que a angústia neurótica seja também uma reação de fuga a um perigo, porém um perigo vindo de dentro – a libido.

“Conforme sabemos, a geração de ansiedade é a reação do ego ao perigo e o sinal para empreender a fuga. Assim sendo, parece plausível supor que, na ansiedade neurótica o ego faz uma tentativa semelhante de fuga da exigência feita por sua libido, que o ego trata este perigo interno como se fora um perigo externo. Portanto, isso corresponderia à nossa expectativa de que, onde se manifesta a ansiedade aí existe algo que se teme. (...) A dificuldade de entender situa-se agora em outra parte. A ansiedade que significa uma fuga do ego para longe de sua libido, deriva-se, em última análise, desta mesma libido. Isto é obscuro e sugere não esqueçamos que, afinal de contas, a libido de uma pessoa é fundamentalmente algo seu e não pode ser posta em contraste com a mesma pessoa, como se fosse algo externo” (ibid., pág. 405-406).

Freud constatou essa contradição, o que resultou em estudos mais aprofundados que, com alterações conceituais na teoria psicanalítica, ele encontrou solução. A questão que se coloca é: de que perigo o ego foge na angústia neurótica, se essa mesma angústia deriva-se da libido?

Trabalhando minuciosamente o problema das fobias, Freud constatou que a angústia se situa em sua ligação intrínseca com o recalçamento, contudo, como fator desencadeante e não como resultado do último. A angústia é a força motriz que põe em movimento o recalque promovido pelo ego.¹¹

Primeiramente, suscitou a questão de que o ego, sendo impotente contra os impulsos libidinais, precisa transmitir um “sinal de desprazer” a fim de alcançar seu objetivo – o recalçamento. Freud (1926) esclarece: “(...)o caso retira sua catexia do representante instintual que deve ser reprimido e utiliza essa catexia para a finalidade de liberar desprazer (ansiedade)” (p. 96).

Essa concepção nos demonstra que a demarcação do campo da angústia se configura agora sob um outro mecanismo. O que origina o recalque é a angústia. Este esquema foi encontrado por Freud de forma mais evidente nos processos da psicose fóbica. Trabalhou então, em 1926, questões cruciais do sintoma fóbico de Hans – um paciente de cinco anos que tinha medo paralisante de cavalos. Em princípio, apontou para características básicas do sintoma, esclarecendo que ele se localiza no temor pelo animal supracitado, situação na qual o menino recusava-se a sair de casa devido a esse temor.

As questões que rodeiam essa fobia demonstram a formação do sintoma como um conflito psíquico que se exprime como ambivalência de sentimentos (amor/ódio) dirigidos ao pai que se impunha como representante de interdição de seus impulsos dirigidos à mãe. Hans, por causa deste conflito, e temendo uma ação provinda do pai, deslocou sob forma de sintoma esse temor na fobia de cavalos. Hans tinha concomitantemente ódio e admiração pelo pai. Não suportando a idéia de que seu pai poderia exercer uma ação muito específica em relação ao

11- O conceito “ego” é aqui tomado como uma instância psíquica definida no texto de Freud “O ego e o id”. Para colocá-lo é preciso mencionar também a instância chamada “id”, termo que Freud utilizou para designar a instância psíquica que comporta as pulsões, as forças animadoras do psiquismo. O ego é uma superfície do id, organizada segundo o princípio de realidade, e muitas vezes se opõe ao id, gerando o recalque. Enquanto o ego é regido pelo princípio de realidade, o id é regido pelo princípio de prazer (Freud, 1923, 1926).

próprio Hans – uma fantasia que provém da culpa oriunda do sentimento de ódio pelo pai e desejo que o mesmo fosse derrubado, para sair de uma posição de interdição – distorceu esse temor no sintoma. Essa ação específica do pai configura-se como um perigo – o perigo da castração, da perda de seu órgão genital. Diante do perigo da castração, o ego produz angústia

provocando o mecanismo do recalque do conteúdo ideativo inaceitável na consciência. É portanto, a angústia, uma *angústia de castração* (Freud, 1926).

O medo da castração é encontrado na fobia de forma distorcida. Esse temor é o que gera a angústia, uma reação do ego ao perigo, porém um perigo que não provém da libido. Tampouco a angústia é resultado da transformação da libido. Não. A angústia é sempre, segundo Freud, a partir de 1926, no texto “inibições Sintomas e Ansiedade”, uma reação do ego ao perigo.¹² “Era portanto um medo realístico, o medo de um perigo que era realmente iminente ou que era julgado real. Foi a ansiedade que produziu a repressão e não, como eu anteriormente acreditava, a repressão que produziu ansiedade” (ibid., p. 110-111).

Tendo sido exposto o processo que origina a angústia e tendo ficado evidente que o primeiro modelo de angústia provém das assertivas acerca da neurose de angústia, fica a questão a respeito da última que parece contrastar com a nova teoria de 1926. A idéia de transformação da libido em angústia devido ao recalque faz parte do percurso de Freud no estudo da neurose de angústia, da descarga somática da libido limitada no ato sexual.

Freud (1926) afirma:

“Talvez se pergunte como cheguei a essa idéia de transformação no primeiro exemplo. Foi quando estudava as neuroses atuais (...). Constatei que irrupções de ansiedade e um estado geral de preparo para a ansiedade eram produzidos por certas práticas sexuais tais como o *coitus interruptus*, a excitação sexual não descarregada ou a abstinência forçada – isto é, sempre que a excitação sexual era inibida, presa ou defletida em seu rumo à satisfação. Visto que a excitação sexual era uma expressão de impulsos

12-No caso das fobias, o medo da castração aparece de forma evidente no sintoma – medo de ser mordido pelo cavalo. No caso da neurose obsessiva, isso se faz visível no medo de uma instância organizada no psiquismo como resultado desse complexo de castração. A essa instância psíquica, Freud denominou “superego”. (1923) No caso da neurose histérica o medo se configura como perda do amor do outro. Em todas as neuroses o que se inscreve é a angústia da perda; essa angústia provoca recalque e põe em movimento os mecanismos de deslocamento e condensação na teoria do inconsciente, conforme o que foi exposto no presente trabalho. Configurando a segunda tópica da teoria psicanalítica, Freud conclui que o recalque não se dá simplesmente devido à oposição entre pulsões sexuais e pulsões do ego, como defendia em 1910, mas na oposição entre o ego acometido pela angústia e a representação sexual incompatível na consciência.

sexuais libidinais, não parecia ser muito precipitado presumir que a libido era transformada em ansiedade por intermédio dessas perturbações. As observações que fiz na ocasião ainda são válidas. (...) Talvez seja verdade, portanto, que na repressão a ansiedade é produzida a partir da catexia libidinal dos impulsos instintuais. Mas como podemos reconciliar essa conclusão com nossa outra conclusão de que a ansiedade sentida em fobias é uma ansiedade do ego e que surge neste, e de que não parte da repressão, mas, ao contrário, põe a repressão em movimento? Parece haver aqui uma

contradição que de modo algum constitui um assunto simples de solucionar. Podemos tentar fazê-lo supondo que, quando o coito é perturbado ou a excitação sexual interrompida ou a abstinência forçada, o ego fareja certos perigos aos quais reage com ansiedade. Mas isso não nos leva a parte alguma. Por outro lado, nossa análise das fobias parece não admitir qualquer correção. Não está claro” (p. 112).

Fica claro que Freud moveu-se no sentido de encontrar pontos de conciliação entre a neurose de angústia e a angústia de castração. Há que ser feita, de acordo com o que se percebe, uma revisão desse processo da neurose de angústia. Freud afirmou que o ego pode farejar certos perigos e produzir ansiedade na interrupção do coito ou na abstinência forçada. Há, nesse processo, reações somáticas que delimitam o campo da neurose de angústia.

Distinguindo processos do ego e processos do id, Freud propôs que a angústia tem sede no ego. Há, contudo, expressa a forma “ansiedade do id”, que configura-se como um processo de reação a certas situações quem também estabelecem perigo, porém situações registradas como um trauma muito antigo, quando o ego não era ainda formado. Esse trauma é o trauma do nascimento.

“A ansiedade é um estado afetivo e como tal, naturalmente, só pode ser sentida pelo ego. (...) Por outro lado muitas vezes, acontece ocorrer ou começar a ocorrer processos no id que fazem com que o ego produza ansiedade. Na realidade, é provável que as primeiras repressões, bem como a maioria das ulteriores, sejam motivadas por uma ansiedade do ego dessa classe, no tocante a processos específicos do id. Aqui estamos mais uma vez, fazendo uma distinção correta entre os dois casos: o caso no qual ocorre algo no id que ativa uma das situações de perigo mais antiga e original e que o induz a emitir o sinal de ansiedade para que a inibição de processe, e o caso no qual uma situação análoga ao trauma do nascimento se estabelece no id, seguindo-se uma reação automática de ansiedade. Os dois casos podem ser mais aproximados, se se ressaltar que o segundo corresponde à situação de perigo mais antiga e original, ao passo que o primeiro corresponde a qualquer um dos determinantes ulteriores de ansiedade que dela se tenha originado; ou, conforme aplicado a perturbação com que de fato nos defrontamos, que o segundo caso é atuante na etiologia das neuroses atuais, ao passo que o primeiro permanece típico para o das psiconeuroses.

Vemos, então, que não se trata tanto remontarmos aos nossos primeiros achados, mas de pô-los em harmonia com descobertas mais recentes. Constitui ainda um fato inegável que na abstinência sexual, na interferência imprópria no curso da excitação sexual, ou se esta for desviada de ser elaborada psiquicamente, a ansiedade surge diretamente da libido; em outras palavras, que o ego fica reduzido a um estado de desamparo em face de uma tensão excessiva devida à necessidade, como ocorreu na situação do nascimento, e que a ansiedade é então gerada” (ibid., p. 139).

Fica indicado, portanto, que há, nas neuroses atuais, um *estado de desamparo* do ego, devido a uma situação análoga à experiência traumática do nascimento que faz com que sejam despendidas no soma catexias libidinais impossibilitadas de elaboração psíquica. Há na

neurose de angústia, como Freud colocou anteriormente, o “farejamento” de um perigo, causador de uma angústia referida a traumas de épocas anteriores à formação do ego.

As neuroses atuais e o conceito de angústia estão, como se percebe, num plano próximo, de grande interação. As primeiras não podem ser desmembradas das psiconeuroses, já que a angústia se coloca como núcleo dos processos psíquicos causadores das psiconeuroses.

Fica evidente, portanto, que nas neuroses atuais aparece a questão da *limitação*, da ruptura de uma situação que envolve prazer-desprazer, seja no coito interrompido, seja na abstinência, seja na masturbação (onde há insatisfação sexual). Se percebemos a angústia de castração como uma imposição psíquica de limitação sexual no caso do processo de recalçamento, percebemos também que o perigo de perda ou ruptura sexual, aparece nas neuroses atuais como situação análoga ao trauma do nascimento, causadora de angústia. Esta é uma questão que não se esgotou dentro da psicanálise. Não é objetivo nosso também, esgotá-la, mas sim apontar os pontos de maior relevância para uma discussão consistente das patologias psicossomáticas, já que as teorias modernas (Marty, 1993) têm como ponto de partida o conceito de neurose atual para o seu subsequente desenvolvimento.

4 A LOCALIZAÇÃO DAS NEUROSES ATUAIS NO QUADRO DAS CONCEPÇÕES MARTYNIANAS

Tendo desenvolvido de forma detalhada todo o caminho percorrido por Freud para a definição do conceito de neurose atual e suas conseqüências para a psicanálise, procura-se articular no presente momento as teorias psicossomáticas modernas ao estudo das neuroses atuais de forma que se coloque em perspectiva a confrontação entre as teorias de Freud e as primeiras, que se basearam nos conceitos freudianos para seu estabelecimento no campo psicanalítico. O pensamento psicossomático da Escola de Psicossomática de Paris apóia-se definitivamente no conceito freudiano de “neurose atual”. Basta agora examinar em que âmbito isso se inscreve.

Conforme o já exposto anteriormente, na primeira tópica de sua teoria, Freud apontou para a importância das implicações da sexualidade na vida psíquica. A neurose atual ofereceu-lhe muitas vezes, o material base, digamos, o produto de uma excitação libidinal para a ocorrência de uma neurose. Ele encontrou o ponto principal de sua causação no que podemos chamar de *limitação* da libido. A leitura de Freud nos mostra que essa limitação acarreta, no caso das neuroses atuais, uma descarga direta no soma, ou seja, a excitação em seu estatuto de concretude vai de encontro às vísceras do corpo sem que haja mediação com as representações inscritas no psiquismo.

Marty recorreu a esse modelo. Uma economia sexual causadora de sintomas circunscritos sob a categoria “neurose atual” foi estendida a patologias de maior alcance no meio médico para a explicação dos fenômenos caracterizados no capítulo I (Introdução) do presente trabalho. Nesta medida, dezenas ou até centenas de lesões orgânicas que se manifestam dentro de um enigma na ordem médica, seria trabalhada sob a ótica de uma descarga direta da tensão libidinal que, por falta de articulação com as representações mentais, por uma dificuldade de o indivíduo pensar, refletir, articular e elaborar essas tensões, lesa o organismo (Marty, 1993).

O modelo da neurose atual é circunscrito pelo desvio da libido da elaboração psíquica devido a uma *limitação sexual* (Freud, 1917, 1926) que Freud encontrou essencialmente em determinadas práticas sexuais também definidas neste trabalho. Visto que o problema psicossomático se baseia numa falta de elaboração psíquica do acúmulo de excitações (Marty, 1998), o modelo da neurose de angústia se apresenta como base para as concepções de Marty, fato inquestionável ao se encontrar a definição freudiana acerca desta manifestação:

A neurose de angústia é o produto de todos os fatores que impedem a excitação sexual somática de ser psiquicamente elaborada. As manifestações da neurose de angústia aparecem quando a excitação somática que foi desviada da psique é subcorticalmente despendida em reações totalmente inadequadas” (Freud, 1895, p. 110).

Marty parte, portanto, deste modelo, circunscrito à neurose atual.

Estando também a neurastenia no enfoque das manifestações somáticas orgânicas, onde se observam modificações bio-estruturais, é também ela uma neurose atual que baseia a psicossomática de Marty, já que nela há manifestações corporais orgânicas observáveis e uma dificuldade de manejo psíquico das excitações sexuais. Outrossim, se apresenta como resultado também da libido descarregada no corpo. Parece-nos, no entanto, plausível pensar que a hipocondria permanece num plano de pouca interação com a abordagem de Marty, já que na hipocondria não há manifestação de modificações constatáveis no corpo. Contudo nela se estabelece também o mesmo modelo das demais neuroses atuais, apresentando ela uma experiência corporal subjacente ao excesso de excitação sexual.

A lesão orgânica psicossomática aparece sob o pensamento de Marty segundo os mesmos princípios das neuroses atuais, primordialmente, da neurose de angústia e da neurastenia; há ainda, a extensão de um pensamento que alcança ainda alguns conceitos metapsicológicos freudianos, sobretudo o de pré-consciente, na tentativa de explicação do fenômeno sob a observação do discurso, da fala dos “pacientes somáticos” peculiares à clínica psicanalítica. O discurso desses pacientes é, segundo Marty, objetivante, não abre espaços para interpretação, é pouco associativo. É um discurso marcado pela “operatoriedade” (Marty, 1993). Houve, portanto, uma categorização, circunscrevendo-se os “pacientes somáticos” sob a categoria de “neuróticos mal mentalizados” (ibid.).

Tais considerações configuram-se como pertinentes devido ao fato de haver uma classificação sistemática que, diante da existência dos fenômenos psicossomáticos, visa ao esgotamento da discussão, destacando e isolando os citados “pacientes somáticos” dos

pacientes clássicos tratados pelo método psicanalítico básico da livre-associação de idéias. Os primeiros são considerados por Marty como inacessíveis ao processo analítico. Não nos é pertinente questionar aqui este fato, mas simplesmente apontá-lo para uma revisão concreta das neuroses atuais que parece colocar em cheque a teoria que se baseia nela para a questão psicossomática.

5 CONCLUSÃO

Como se constata, o desenvolvimento da teoria psicanalítica deu margem a se pensar no campo clínico as causas fundamentais que acarretam os distúrbios somáticos constatados na clínica médica supostamente ligados aos processos psíquicos. Partindo de considerações de Freud pertinentes à psicanálise, a psicossomática se estabeleceu com suas singularidades, na tentativa de se instaurar um modelo teórico que, baseado nos princípios das neuroses atuais, desse conta de explicar as ocorrências dos chamados “pacientes somáticos”. O tema aqui trabalhado portanto, é referência central de toda essa discussão, principalmente no que tange às formulações da abordagem francesa articulada por Marty.

Vimos na obra freudiana que as neuroses atuais aparecem para a psicanálise no centro de toda a questão de Freud: a sexualidade e sua importância para a vida mental. Desenvolvendo uma teoria da sexualidade, Freud demonstrou uma gama de determinantes das questões psíquicas que levam o homem ao sofrimento. Os sintomas mais básicos que aparecem na neurastenia revelam a brutalidade do fator sexual para a vida humana quando aquele aparece como um problema. Nela, encontramos sintomas como cefaléias, prisões de ventre e outros que decorrem de uma atividade sexual não satisfatória segundo Freud. Há nesse ponto, uma íntima ligação desses fatores com as questões que levam à histeria, ou à neurose obsessiva (Freud, 1917). Há também na neurose de angústia sintomas de natureza diversa como distúrbios respiratórios ou cardíacos que aparecem quando há uma deflexão da libido de sua aplicação satisfatória, a qual Freud encontrou de forma mais objetiva e fatural no coito interrompido.

De acordo com a análise feita neste trabalho acerca das neuroses atuais, verifica-se que Freud moveu-se no sentido de explicar como se processam as somas de excitação nos enquadres das neuroses atuais. Na neurose de angústia, há um “desvio” da libido da sua aplicação satisfatória. Tal excitação é de ordem somática, de maneira que há um acúmulo somático da excitação sexual. Freud afirma que isso vem acompanhado de um “(...)decrécimo da participação psíquica nos processos sexuais” (Freud, 1895, p. 109). Adiante, vimos que no climatério feminino e masculino há um aumento na produção de excitação. Por razão desse

aumento , “(...) a psique se mostra relativamente insuficiente para manejá-lo” (ibid., p. 111). Tal insuficiência psíquica na neurose atual é, segundo Freud, *relativa* à soma de excitação. Isso levaria Freud (1895) a postular que a neurose de angústia é o resultado da excitação somática que não foi elaborada psiquicamente.

Mesclados na maioria das vezes com as psiconeuroses, esses fenômenos põem em destaque a importância dessa excitação em todos os processos psíquicos que levam à neurose segundo a teoria psicanalítica. Freud deparou-se com sintomas de natureza diversa (conversões histéricas, neuroses de angústia, idéias obsessivas, neurastenias, etc.) observando que a etiologia de cada manifestação, guardadas suas peculiaridades, tem como centro estrutural de toda a questão acerca da neurose, a sexualidade. Temos como ponto decisivo dentro da teoria freudiana, a revelação de que os fatores sexuais trabalhados nas neuroses atuais influenciaram com grande peso a descoberta do caráter universal do fator sexual nas psiconeuroses, como o próprio Freud afirma num texto de 1905.¹ Clinicamente as neuroses atuais e as psiconeuroses aparecem mescladas, simultaneamente. A neurose atual se centralizou como complexo eclosivo da psiconeurose, na medida em que na atualidade da dinâmica psicosssexual do paciente, a neurose atual vem como manifestação bruta de uma complexidade sexual psiconeurótica que encontra sua etiologia num passado correlato à sexualidade infantil. Como vimos na obra de Freud, portanto, a neurose atual está contida na psiconeurose, configura-se como “grão de areia no centro da pérola”, (idem, 1912, p. 266) seu núcleo.

O lançamento de um olhar objetivo e preciso que parte dos estudos da obra de Freud sobre o desenvolvimento teórico que se deu num período pós-freudiano a respeito da psicossomática nos levanta algumas questões, as quais têm pertinência central neste trabalho. É importante pensar que o enfoque dado à obra de Freud na construção de tal teorização necessita algumas revisões no que concerne aos fundamentos da psicossomática psicanalítica e

1-Freud, S. (1905) Minhas teses sobre o papel da sexualidade na etiologia das neuroses in Obras Completas, vol. VII, Rio de Janeiro: Imago, 1996

sua coerência dentro da psicanálise fundada por Freud. Marty categoriza os pacientes com problemas psicossomáticos num plano isolado. Distancia-os do quadro psiconeurótico quando determina que há uma precariedade psíquica de âmbito representacional pré-consciente,

colocando-os numa condição de neuróticos de má mentalização ou “mal mentalizados” (Marty, 1993). Ou seja, diferentemente dos “neuróticos mentais clássicos” – aqueles que são constituídos psiquicamente de uma riqueza de pensamentos, fantasias, associações de idéias (histéricos, fóbicos, obsessivos) – esses neuróticos apresentariam patologias somáticas pelo fato de que a interação satisfatória entre excitações e representações, supostamente, não existe. A classificação sistemática que se faz nos enfoques de Marty para a psicossomática define que o paciente somático é sempre peculiar, específico dentro do quadro clínico, não havendo possibilidades de um contexto, por exemplo, obsessivo e ao mesmo tempo, psicossomático. Uma psiconeurose se apresentaria, nesse âmbito, como resultado de uma elaboração mental de um conflito, estando o último na raiz da sintomatização. Na falta de recursos representacionais pré-conscientes, por uma disfunção básica do aparelho psíquico, não haveria sintomatização psiconeurótica, havendo assim uma desorganização libidinal sobre o soma. Tal disfunção básica se supõe devido à precariedade na articulação dos pensamentos que aparece quando se oferece o dispositivo analítico para o tratamento de lesões no corpo. A fonte teórica para essa idéia se encontra nas neuroses atuais, ou seja, parte-se do modelo de uma excitação somática não elaborada psiquicamente para se pensar as patologias concebidas como psicossomáticas.

Contudo, o exame aqui trabalhado minuciosamente acerca das neuroses atuais indica que há uma estreita ligação entre a neurose atual e a psiconeurose. Algumas afirmações de Freud denunciam esta realidade. No âmbito clínico, ele afirma que “Elas [psiconeuroses] aparecem em dois tipos determinantes, seja independentemente, seja no rastro das neuroses atuais” (idem, 1898, p. 264). Ou seja, através da manifestação de uma neurose atual, alcança-se uma complexidade psiconeurótica, rastreando-se os seus sintomas. Freud (1917) afirma também, em outro momento: “(...)um sintoma de uma neurose atual é freqüentemente o núcleo e o primeiro estágio de um sintoma psiconeurótico” (p. 391). Percebe-se nitidamente neste trecho a concepção freudiana acerca da ligação entre as duas neuroses. Os textos de Freud onde aparecem trabalhos sobre neuroses atuais são muito claros quanto a esta questão: “Na neurose de angústia há no fundo um pequeno fragmento de excitação vinculada ao coito que emerge como ansiedade ou fornece o núcleo de um sintoma histérico” (idem, 1912, p. 266). A psiconeurose aparece aqui intrinsecamente ligada à manifestação da neurose de angústia, colocada mais uma vez como ponto central do sintoma histérico. O que se coloca ainda como fundamental no aspecto clínico e teórico segundo as observações freudianas é o seu

apontamento acerca dos casos mistos, onde as fronteiras entre psiconeuroses e neuroses atuais apresentavam-se de maneira extremamente tênue e sutil, para as quais ele se direcionou empenhando-se esforçadamente para alcançar sua delimitação: “Os casos mistos, em que os sinais de neurastenia se combinam com os de uma psiconeurose são de natureza muito freqüente (...)” (Freud, 1898, p. 254). Portanto, as neuroses atuais e as psiconeuroses, intrinsecamente ligadas, aparecem simultaneamente, sem qualquer problema de contradição fenomenológica. Ou seja, para se constatar clinicamente uma delas, não é necessário que a outra inexista em cada caso. Tais questões se ampliam quando se constata no discurso de Freud que, no que concerne às neuroses atuais, Freud nunca considerou uma “carência” ou “insuficiência” de recursos psíquicos, mas uma insuficiência ocasional *relativa* ao excesso de excitação que impede o seu manejo psíquico.

O que se apresenta como foco central e se torna absolutamente pertinente para o estudo da psicossomática é que, na obra de Freud, não existe nenhum indicativo de uma disparidade entre problemas de ordem somática de uma neurose atual e questões tidas como psiconeuróticas. A interação existente entre um grupo de neuroses e outro é ponto indiscutível na investigação psicanalítica. Marty apropriou-se do modelo da neurose atual, dando uma certa continuidade às suas características básicas para pensar uma “psicossomática”, mas desagregou o próprio conceito de uma organização distanciada de sua raiz, contradizendo as assertivas de Freud no que concerne à dinâmica, à articulação, à interação entre as psiconeuroses e as neuroses atuais.

Vemos, portanto, o quão sério se torna o problema quando contrapomos a psicossomática com o dizer de Freud. O que se estabelece parece ser uma descontinuidade nos enfoques teóricos, um desvio de rota sobre a leitura que se faz com base na psicanálise acerca desses problemas cuja concepção não leva em consideração a importância da ligação entre as psiconeuroses e as neuroses atuais.

Assim, o estudo minucioso das neuroses atuais levou-nos a pensar algumas questões cruciais que advêm das conclusões retiradas na leitura fiel da obra de Freud. De que maneira podemos pensar as neuroses atuais a partir da segunda tópica freudiana, onde Freud promoveu modificações teóricas importantes, colocando a angústia de castração no centro das neuroses e modificando o próprio conceito de angústia? Na primeira tópica, conforme demonstramos no capítulo 3.5 do presente trabalho, Freud concebia a angústia como resultado da libido não

aplicada quando se dava o processo de recalçamento. Essa idéia é um desdobramento do modelo da neurose de angústia, no qual a libido desviada desaparece e, em seu lugar, aparece a angústia (Freud, 1895). Na segunda tópica, Freud descobre que a angústia é uma reação do ego diante do perigo fantasístico da castração, configurando-se isso como angústia, causadora do recalque e não resultado deste. A angústia é angústia de perda do objeto investido libidinalmente, ou ruptura de uma situação que envolve prazer (Freud, 1926). Diante disso, a neurose de angústia, uma das neuroses atuais, deve certamente, a partir daí, ser pensada sob novas perspectivas, deve ser aprofundada e trabalhada à luz do conceito de angústia a partir da segunda tópica, e não da primeira.

Outras questões se colocam, como: se há uma interação entre as psiconeuroses e as neuroses atuais articulada pela libido, podemos conceber a neurose atual num possível entrelaçamento com a historicidade subjetiva do sintoma psiconeurótico, aparecendo a primeira como eixo auxiliar de uma atualização neurótica? Pommier (1992), num trecho de um texto a respeito da sexualidade na neurose, coloca a seguinte questão:

“...decerto já é preciso distinguir a parcela da neurose e a parcela do que Freud chamou de “neurose atual”, ou seja, os distúrbios gerados por problemas imediatos da sexualidade. Se neurose atual quer dizer, simplesmente, que surgem sintomas por ocasião dos fracassos da vida amorosa, como é possível opor essa “atualidade” à neurose propriamente dita?” (p. 10).

Colocado isso, podemos pensar que haja determinação da historicidade das questões da sexualidade dos problemas psiconeuróticos no sintoma da neurose atual? A sexualidade é marca vigente do psiquismo e, se há comprometimento do psiquismo devido a isso, pensemos se ela não deve ser concebida num âmbito único de estruturação do sujeito acometido pelo sexo que desemboca possivelmente, tanto em problemas histéricos ou obsessivos, quanto em sintomas neurastênicos ou os constatados na neurose de angústia. Sob esse ponto, a estruturação sexual situada por uma via histórica de conteúdo inconsciente seria determinante nas neuroses atuais.

A “psicossomática” parece permanecer como uma incógnita para a psicanálise. Se há um embasamento nas neuroses atuais, há que se levar a cabo todas as particularidades dessa base. Para tanto, necessita-se levar em consideração a localização precisa da neurose atual no quadro geral da psicanálise. Se a neurose atual é uma etiologia auxiliar da psiconeurose, tanto

teoricamente quanto clinicamente, ela não se situa fora da questão principal de Freud – o inconsciente – mas se situa como fator fundamental e intrínseco a essa concepção.

Parece pertinente verificar a viabilidade ou não do embasamento da neurose atual para uma discussão no campo psicossomático. Para isso, não se pode perder de vista as questões acima levantadas sob a perspectiva de uma nova formulação de pesquisa literária ou até mesmo clínica que possa lançar luz sobre estas questões. Alguns conceitos como o de “libido” podem ser destacados, de modo que haja uma investigação mais apurada sobre a vida subjetiva do homem, onde o sexo parece apresentar-se como origem e finalidade de toda empreitada humana, aparecendo como coisa banal, mas ao mesmo tempo problema central em toda sua complexidade. Colocando isso em perspectiva, a neurose atual aparece como ponto que revela a realidade problemática da sexualidade humana e merece ser aprofundada num movimento de investigação se quisermos pensar o enigma das patologias psicossomáticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, Cristina Rollo. Psicanálise e Psicossomática In: Guir, J. A psicossomática na clínica lacaniana. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.

Birman, Joel. Enfermidade e Loucura – Sobre a Medicina das inter-relações. Rio de Janeiro: Campus ed. 1980.

Dejours, Cristophe. Biologia, Psicanálise e Somatização (1997). In: Volich et al. Psicossoma II – Psicossomática Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

Fain, M. Vie operatoire et potencialités traumatiques. *Rev. Fr. Psycosom.*, 1992.

Freud, Sigmund. (1893) Estudos sobre histeria. In: Obras Completas, vol. II. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1894) As neuropsicoses de defesa. In: Obras Completas, vol. II. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1895) Sobre os fundamentos para se destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia”. In: Obras completas, vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1898) A sexualidade na etiologia das neuroses. In: Obras Completas, vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1905) Minhas teses sobre o papel da sexualidade na etiologia das neuroses. In: Obras Completas, vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1905) Três ensaios sobre teoria da sexualidade. In: Obras Completas, vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1910) A concepção Psicanalítica da perturbação psicogênica da visão. In: Obras Completas, vol. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1912) Contribuições a um debate sobre a masturbação, II (Considerações finais). In: Obras Completas, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1914) Sobre o Narcisismo – Uma introdução. In: Obras Completas, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1915) As pulsões e suas vicissitudes. In: Obras Completas, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1915) O Inconsciente. In: Obras Completas, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1917) Conferências Introdutórias sobre Psicanálise – A vida sexual dos seres humanos. In: Obras Completas, vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1917) Conferências Introdutórias sobre Psicanálise – o estado neurótico comum. In: Obras Completas, vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1917) Conferências Introdutórias sobre Psicanálise – a ansiedade. In: Obras Completas, vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1919) Sobre o ensino da Psicanálise nas Universidades. In: Obras Completas, vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1920) Além do princípio do prazer. In: Obras Completas, vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1923) O ego e o id. In: Obras Completas, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1924) Uma breve descrição da Psicanálise In: Obras Completas, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1926) Inibições, Sintomas e Ansiedade. In: Obras Completas, vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Laplanche, Jean; Pontalis, J. Vocabulário de Psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

Marty, P. et de M'Usan, M. La Pensée Opératoire. *Revue Française de Psychanalyse*, 1963.

Marty, Pierre. A Psicossomática do adulto. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

_____. A propósito dos sonhos dos pacientes somáticos. *Alethéia – Revista do curso de psicologia*. Rio Grande do Sul: Universidade Luterana do Brasil, 1996.

_____. Mentalização e Psicossomática. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

McDougall, Joice. Conferências Brasileiras. Rio de Janeiro: Xenon ed., 1987.

_____. Teatros do corpo. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

Pomier, Gérard. A ordem sexual. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

Volich, Rubens. Marcelo; Ferraz, Flávio Carvalho; Arantes, Maria Auxiliadora. Apresentação. In: Volich et al. Psicossoma II – Psicossomática Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

Volich, Rubens Marcelo. Fundamentos Psicanalíticos da Clínica Psicossomática. In: Volich et al. Psicossoma II – Psicossomática Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

_____. Psicossomática – de Hipócrates à Psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

_____. O hipocondríaco e suas razões. trabalho apresentado no laboratório de Psicopatologia Fundamental da PUC-SP – Texto Impresso, 2001.

Wartel, Roger. O que esperam de nós os médicos. In: Wartel, Roger. et al Psicossomática e Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.