



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

Antonio Italo Terto Diniz

A ORGANIZAÇÃO PSICOSSOMÁTICA NAS MANIFESTAÇÕES ANSIOSAS Á LUZ
DA PSICANÁLISE.

Palmas - TO

2018

Antonio Italo Terto Diniz
A ORGANIZAÇÃO PSICOSSOMÁTICA NAS MANIFESTAÇÕES ANSIOSAS Á LUZ
DA PSICANÁLISE.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II elaborado e apresentado como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Prof^a. M.e. Izabela Almeida Querido.

Palmas - TO
2018

Antonio Italo Terto Diniz
A ORGANIZAÇÃO PSICOSSOMÁTICA NAS MANIFESTAÇÕES ANSIOSAS A LUZ
DA PSICANÁLISE

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II elaborado e apresentado como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Prof^ª. M.e Izabela Almeida Querido.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. M.e. Izabela Almeida Querido
Orientador
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof^ª. Dra. Irenides Teixeira
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof^ª. M.e. Muriel Correa Neves Rodrigues
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Palmas – TO
2018

Dedico este trabalho a todos os estudiosos da área da saúde, principalmente aos que tem um interesse particular pela psicossomática, a minha família, especialmente a minha mãe que direta ou indiretamente contribuiu para que mais esta etapa fosse vencida, me apoiando e compreendendo nas minhas ausências e angústias durante o processo de construção deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente a Deus, por ter despertado há 8 anos, meu desejo de infância de ser um profissional da psicologia. A virgem Maria por estar comigo sempre, me dando forças para ir em busca de um sonho, que foi transformado em uma meta, que no decorrer dessa execução, teve que ser refeita várias vezes. Com o avançar dos anos, esse sonho foi criando forma e como tudo que é lapidado causa sofrimento, foram criados mecanismos de superação, aprendizagem e a mais importante, reconheci minha humanidade e que não consigo dominar o mundo e exigir que ele seja perfeito, pois se fosse não haveria graça no existir e viver. O tempo passou e eu estou chegando na reta final de um sonho, afinal sempre acreditei que os sonhos podem se tornar realidade, basta você acreditar, querer e fazer.

Mas, para esse sonho se concretizar contei com ajudar de várias pessoas e quero agradecer imensamente a elas.

Agradeço a toda minha família, em Especial “mainha” Adriana Xavier e minha avó Lourdes Terto, por sempre ter me ajudado com muito afeto, apoio psicológico e financeiro. As minhas irmãs Irla e Ayla, ao meu pai Ivo Diniz, meu avô Xavier e aos meus “primos (as)”.

Quero agradecer a todos os professores, em especial minha orientadora mestre Izabela Querido que sem medir esforços topou o desafio de me ajudar a traçar os caminhos a ser percorrido nesse trabalho, ao professor dr. Adriano Oliveira, pelas supervisões de psicanálise enquanto estava como professor do curso. Quero agradecer imensamente a minha supervisora de estágio em campo, a psicóloga Ana Cecília Betelli, que não hesitou nos esforços no decorrer dessa reta final do curso. Agradeço a uma dupla que veio para mostrar um trabalho diferenciado e humano dentro do curso de psicologia, as coordenadoras Cristina Filipakis e Irenides Teixeira.

Quero agradecer a psicóloga Lunna Dias, que não pensou duas vezes em conceder a oportunidade de concluir esse trabalho, mesmo tendo que diminuir minhas horas de trabalho dentro da empresa Smart Group Brasil para que eu conseguisse conciliar. Sempre me motivando.

Por fim, quero agradecer a todos os meus amigos, em especial Selismar Rabelo, que chegou na minha vida quase no final do curso e me ajudou com as pesquisas, informações científicas e a todos os “PsicoAmigos”, Nilda Belo, Laura Maria, Keyla Ferreira, Renata Gomes, Rafaela Martins, Bruna Marques, Yasmilsa Mesquita, Keldna Sousa, Gabriel Fernandes, Marcicleia e a todos os colegas que ao longo do curso estivemos juntos nos momentos de glórias e batalhas. Obrigado!

RESUMO

DINIZ, Antonio Italo Terto. **A organização psicossomática nas manifestações ansiosas a luz da psicanálise**. 2018. 49 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Psicologia, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2018.

A somatização para Lipowski (1988) é entendida como uma tendência para experimentar e expressar desconforto somático e sintomas que não podem ser explicados por causas patológicas ou atribuídas a doenças físicas. Forte associação pode ser estabelecida entre queixas somáticas e o aumento dos níveis de ansiedade, termo neste trabalho compreendido pela perspectiva psicanalítica e traduzido do original “neurose de angústia” como percebido nos escritos de Freud. Apesar de vários estudos e investigações terem sido feitos desde cedo sobre a psicossomática e os efeitos da ansiedade no aparecimento de doenças que incidem na população geral, ainda é pouco trabalhado pelos profissionais de saúde por se tratar de uma patologia que requer dedicação exclusiva a longo prazo no tratamento dos pacientes diagnosticados com esse transtorno. Dessa forma, o presente estudo traz o produto de uma revisão sistemática do tema, onde foram feitos o levantamento de artigos publicados nas plataformas SciELO e PePSIC entre os anos de 2010 a 2017. Foi percebido que dos 74 artigos pesquisados nenhum relata exclusivamente de psicossomática e ansiedade, pois sempre apresenta alguma patologia de cunho biológico que desencadeia a somatização seguido de neurose de angústia. Na presente revisão de literatura, foi observado ainda escassez nos conteúdos publicados quanto a dinâmica mental, a organização, a falha no processo de simbolização da psicossomática associada as manifestações ansiosas à luz da psicanálise. Complementarmente, foi percebido no levantamento que a investigação da psicossomática em crianças e adolescentes é ainda escassa, apesar de ser tema muito presente nos estudos da psicanálise.

Palavras-chave: Psicossomática, Psicanálise, Ansiedade.

ABSTRACT

DINIZ, Antonio Italo Terto. **The psychosomatic organization in the anxious manifestations in the light of psychoanalysis**. 2018. 49 s. Final Course Assignment (Graduation) – Psychology Course, Centro Universitário Luterano de Palmas (Lutheran University Center of Palmas), Palmas/TO, 2018.

The somatization for (1988) is understood as a tendency to experience and express somatic discomfort and symptoms which cannot be explained by pathological causes or attributed to physical illnesses. A strong association can be established between somatic complaints and rising levels of anxiety, a term in this work understood by the psychoanalytic perspective and translated from the original "neurosis of anguish" as perceived in Freud's writings. Although several studies and investigations have been made early on the psychosomatic and the effects of anxiety on the appearance of diseases that affect the general population, it is still little worked by health professionals, because it is a pathology that requires an exclusive long-term dedication treatment of patients diagnosed with this disorder. Thus, the present study brings the product of a systematic review of the theme, in which a survey of articles published in the platforms SciELO and PePSIC was made from the years of 2010 to 2017. It was noticed that none of the 74 articles surveyed reports exclusively on psychosomatics and anxiety, since it always presents some biological pathology that triggers a common somatization of anxiety. In the present literature review, there was still scarcity in the published contents regarding mental dynamics, organization, failure in the process of symbolization of the psychosomatic associated with anxious manifestations in the light of psychoanalysis. Complementarily, it was perceived in the survey that the investigation of psychosomatics in children and adolescents is still scarce, despite being a very present theme in the studies of psychoanalysis.

Keywords: Psychosomatic, Psychoanalysis, Anxiety.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Divisão dos resultados obtidos segundo combinações de palavras-chave nas plataformas SciELO e PePSIC.....	35
Tabela 1 – Descrição dos artigos selecionados na plataforma SciELO segundo seu autor, título, ano, local da publicação e ideia principal do texto.....	36
Tabela 2 – Descrição dos artigos selecionados na plataforma PePSIC segundo seu autor, título, ano e ideia principal do texto.....	37
Gráfico 1 – Distribuição das publicações selecionadas nas plataformas PePSIC e SciELO por regiões do Brasil entre os anos 2010 e 2017.....	39
Gráfico 2 – Comparativo das áreas do conhecimento nos artigos selecionados nas plataformas PePSIC e SciELO segundo especialistas da área da saúde, como docente, pesquisador ou atendimento clínico.....	40
Gráfico 3 – Comparativo em percentil das áreas do conhecimento nos artigos encontrados nas plataformas PePSIC e SciELO segundo especialistas da área da saúde, como docente, pesquisador ou atendimento clínico.....	41
Gráfico 4 – Ranking das publicações acerca do tema psicossomática entre os anos de 2010 e 2017 nas plataformas SciELO e PePSIC.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	American Psychological Association
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
DSM-5	Manual Diagnóstico dos Transtornos Mentais - 5ª edição
OMS	Organização Mundial da Saúde
PePSIC	Periódicos Eletrônicos de Psicologia
SAMU 192	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SciELO	Scientific Electronic Library Online
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 A ORGANIZAÇÃO PSICOSSOMÁTICA E SUA GÊNESE NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL	13
3. NEUROSE DE ANGÚSTIA / TRANSTORNO DE ANSIEDADE	17
4. O QUE É PSICOSSOMÁTICA?	19
4.1. AS PASSAGENS ENTRE O PSÍQUICO E O SOMÁTICO	20
4.2. PSICOSSOMÁTICA: DIÁLOGO ENTRE A PSICANÁLISE E A MEDICINA	22
4.3. A CLASSIFICAÇÃO PSICOSSOMÁTICA	25
4.3.1. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)	27
4.3.2. Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-5)	27
5. AS DINÂMICAS DO ADOECER	29
5.1. REGRESSÕES, DESORGANIZAÇÕES E SOMATIZAÇÕES	30
5.2. AS DESORGANIZAÇÕES PSICOSSOMÁTICAS	31
5.3. HISTERIA, HIPOCONDRIA E FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO	32
5.3.1 Histeria e Hipocondria	33
6. RESULTADOS	35
7. DISCUSSÃO	41
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS	47

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, há inúmeras variáveis de interferência que podem atuar no processo de saúde e doença humana, propomos neste trabalho uma revisão sistemática de tais conceitos, bem como a influência de grandes autores e suas diversas perspectivas acerca da psicossomática. Entendemos psicossomática como uma corrente teórica e um método recente onde se discute a psique-corpo que funciona de forma unificada, assim havendo a possibilidade de ser descartada a dualidade e separação de suas relações.

Abordar essa temática na infância, significa observar a criança no presente e pensar nas possibilidades de um futuro, com a criação de processos interventivos de prevenção à saúde psíquica. Esse período é marcado pelo desenvolvimento dos processos biológicos, psíquicos e sociais, de um ser fragilizado e totalmente dependente do outro que o cuidará.

Mediante a esse assunto Volich (2016) nos afirma que os cuidadores precisam contribuir no desenvolvimento psíquico e biológico da criança, auxiliando-a elaborar suas frustrações e ansiedade. Caso não exista esse investimento ou o mesmo seja falho, poderá a criança na vida adulta desenvolver transtornos de cunho somático.

Outro fator importante é que a maioria dos profissionais de saúde não estão preparados a lidar de forma assertiva no tratamento como descreve Mello-Filho (2010), pois o mesmo se envolve nos processos de ansiedade e corre o risco de deixar-se ser seduzido pelo paciente, a realizar seus desejos em busca de uma causa física para explicar os sintomas presentes.

A assistência à esses pacientes ainda não são tão eficazes, como em outras patologias. Os mesmos quando estão internados (que não é o recomendado), sendo mais indicado o tratamento ambulatorial e podem desenvolver uma angústia, a ponto de se tornar um transtorno de ansiedade (BRASIL, 2015). Segundo a OMS em uma pesquisa publicada em 27 de fevereiro de 2017 apresentou alto índice de prevalência 9,3% (18.657.943) da população brasileira e a principal causa está relacionada aos transtornos mentais entre os anos de 2005 a 2015.

Os profissionais de psicologia e os psicanalistas são os que mais colaboram com as pesquisas, estudos e tratamento dos pacientes com o diagnóstico psicossomático. Na maioria das vezes, essas pacientes em seus momentos de descarga da energia psíquicas (crise) são encontrados nas UPAs, pronto socorros hospitalares, unidades básicas de saúde, CAPS SAMU e em Ambulatório quando não é intensa a crise. Observa-se que o mais indicado de acordo com Brasil (2015), para os pacientes quando estiverem fora da crise ou em uma crise que podemos considerar leve, o tratamento desse ocorrer nos ambulatórios.

Por se tratar de um tema complexo, é importante que haja uma dedicação maior nos estudos e no manejo técnicos desses pacientes, pois o profissional deve estar preparado para interpretar de forma eficaz as fantasias emitidas pelo sujeito. A maioria dessas fantasias estão ligados a sentimentos e desejos reprimidos como afirma Freud (1925/2009) e há necessidade de uma intermediação externa para que o ego consiga atuar.

Por não ter esse aparato, muitos dos profissionais de saúde quando fazem um diagnóstico somatoformes, acabam dando alta para o paciente sem prestar assistência desejável de intervenção (EKSTERMAN, 2010).

Portanto, é imprescindível que os profissionais de saúde, principalmente os médicos, os psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e terapeutas busquem literaturas para que possam trabalhar em seus consultórios, hospitais, ambulatórios e diversos outros locais de atendimento a essa patologia, que tem tido um grande índice de crescimento na população, associadas a outros transtorno, como a histeria principalmente, a ansiedade, doenças de pele, doenças cardiovasculares, respiratórias e até mesmo em pacientes que passaram por algum procedimento cirúrgico (BASEGGIO, 2012).

Diante do exposto, o presente trabalho buscou na literatura existente relações entre os aspectos do desenvolvimento infantil, a luz da psicanálise, e da organização psicossomática que influenciam nas manifestações ansiosas. Complementarmente procurou apontar na literatura respectiva à área as manifestações ansiosas à luz da psicanálise e psicossomática estabelecendo relação entre elas; apresentar a organização e dinâmicas mentais que compõem a estrutura fundamental na psicossomática de um paciente; e discutir sobre falhas no processo de simbolização infantil que influenciam na organização psicossomática.

A proposta do tema justifica-se na prevalência do Transtornos de Ansiedade na atualidade e em especial nas dificuldades encontradas na abordagem dos Transtornos Somatoformes. A maioria dos pacientes somatizadores muitas vezes são vistos nos atendimentos de saúde como dramatizadores de um sofrimento que não tem causa real/orgânica. Aliado a isso, a escassez de estudos científicos e material bibliográfico na área, bem como a necessidade de maior aprofundamento e entendimento sobre o tema.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. A ORGANIZAÇÃO PSICOSSOMÁTICA E SUA GÊNESE NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL.

Sabemos, por intermédio de Volich (2016) que do ponto de vista biológico, o bebê ao nascer é um ser imaturo e desamparado. Assegurado pela mãe, que propicia as suas necessidades vitais (alimentação, proteção e higiene) como também uma “película” que envolve com o intuito de proteção propiciando alguns estímulos que ele ainda não consegue lidar ou assimilar. O autor ainda cita Freud afirmando que essa película tem um papel essencial no desenvolvimento do aparelho psíquico e na organização da economia psicossomática, funcionando como “paraexcitação”.

O gerenciamento materno propicia o bebê as condições de desenvolver competências específicas que pode levá-lo aos níveis mais evoluídos e harmônicos do funcionamento (VOLICH, 2016). No entanto o bebê é capaz de induzir as competências e o funcionamento materno.

Montagu (1988) em seu livro *Tocar: o significado humano da pele*, revela a importância do contato sensorial com a mãe para que haja a organização do sistema imunológico e a estimulação epidérmica no processo de mielinização do sistema nervoso.

Após o nascimento, a relação com outro humano é fundamental para que ocorra o processo de maturação do bebê, para o desenvolvimento e integração das suas competências como: motricidade, relações sociais, a linguagem, a linguagem do aparelho psíquico e suas dinâmicas e pôr fim a criação mais elaborada desses processos como afirma VOLICH (2016).

Spitz apud Volich (2016) em uma pesquisa feita após a Segunda Guerra mundial, apontou que a privação afetiva como uma grande carência emocional, afeta o desenvolvimento motor, passividade, inércia, diminuição dos movimentos na cama, expressão facial vaga, coordenação ocular defeituosa até o sexto mês. O autor apresenta ainda, que a partir dos quatro anos o bebê somatiza essas dificuldades resultando numa grande incidência de doenças infecciosas graves e mortalidades significativas.

Um elemento potencial de instabilidade do funcionamento psicossomático nos primeiros anos de vida, está relacionado com as perturbações das relações com seus semelhantes declara Volich (2016).

Freud (1914/2009) em sua obra *Os instintos e suas vicissitudes*, escrita em 1915, caracteriza o objeto como o elemento que faz a pulsão atingir seu alvo que é a satisfação. O objeto “Objekt” (grifo do autor) de um instinto é a coisa em relação à qual ou através da qual o instinto é capaz de atingir sua finalidade, ou seja, é a representação psíquica de algo interno ou externo do sujeito que não é necessariamente algo estranho. Poderá igualmente ser uma parte do próprio corpo do indivíduo e poderá servir para a satisfação de vários instintos simultaneamente.

Volich (2016) compartilha do pensamento freudiano, explicando que o objeto é uma entidade a ser construída internamente pelo sujeito. Essa construção causa insegurança por depender de um outro ser para a satisfação das suas necessidades, deixa-o marcado com a experiência de satisfação próprias e com as daquele que a propicia, fazendo com que o objeto de satisfação libidinal passa a possuir duas existências, uma interna e outra externa a qual ele poderá recorrer para tentar satisfazer suas necessidades e desejos.

Essa relação do objeto implica a troca de experiências entre os sujeitos, nas dimensões reais e imaginárias. Mediante a constituição psíquica do objeto é que se estrutura a representação interna de mundo e organiza o universo pulsional. Assim, as experiências emocionais do outro (mãe) passam a fazer parte da representação do objeto (VOLICH, 2016). A mãe é a primeira a promover satisfação maternal ao cuidar do bebê além, proporcionar a experiência afetiva e libidinal.

Spitz apud Volich (2016) destaca três estágios fundamentais para a construção do mundo objetal: o estágio pré-objetal que é caracterizado pela resposta do sorriso indiscriminado do bebê a qualquer rosto humano, ainda não há um objeto formado; o estágio do precursor do objeto que é quando alguma situação causa estranhamento e angústia no bebê com a presença de uma pessoa estranha; e o estágio do objeto libidinal constituído que é identificado por intermédio da expressão “não”. Cada uma delas permite visualizar o desenvolvimento das instâncias objetais, a estruturação progressiva de funções orgânicas, sensoriais e relacionais.

Com o fracasso desses organizadores psíquicos que são representados por pontos nodais do desenvolvimento do recém-nascido, revela a perturbação ou a interrupção do desenvolvimento (VOLICH, 2016).

Kirschbaum (2017) relata que essa interrupção é denominada como função beta, é quando não processa e não digere as representações psíquicas. Essa recusa ocorre porque a experiência não foi processada e surgirá como uma alucinação (dimensão imaginária não real). Assim, poderá surgir como somatização da experiência não processada, que ficará como uma

espécie de fantasma. Sendo que essa somatização é uma falha na função alfa que é responsável pela “in-digestão” mental do objeto que não tem representação real.

A função alfa é a capacidade de fantasiar do indivíduo. Para desenvolver esta função precisará de uma relação inicial, onde a mãe passa a fazer a função de continência e nomeação das vivências iniciais. Por exemplo, quando a mãe fala ao bebê “a mamãe vai dar o peito” (grifo do autor), repetidas vezes, o bebê forma uma concepção, ou um conceito de peito. Se não encontra, ele se frustra ou tolera essa frustração. Se tolerar, elabora pensamentos. Se não tolerar, formam-se elementos beta e é obrigado a expulsar. Se a mãe puder visualizar a sua necessidade, usando a capacidade de “rêverie”, criando um continente para poder conter, a angústia, o choro, o que propicia à função alfa desenvolver-se, podendo processar os elementos beta (KIRSCHBAUM apud NÓBREGA, 2017).

O estágio não objetal relatado por Volich (2016) é onde o recém-nascido vive a experiência de sentir em fusão com a mãe, não conseguindo diferenciar suas próprias experiências e percepções. Sendo a mãe que gerencia a função “paraexcitante” filtrando e elaborando os estímulos vividos pelo bebê, dando consentimento a organização perceptiva, do afeto e dos novos conjuntos funcionais do recém-nascido.

A função cenestésica que se faz presente no nascimento, predominam as sensações indiferenciadas, viscerais, centradas no sistema nervoso autônomo registrando tudo/nada, vinculadas ao inconsciente onde se manifesta em forma de emoções. Em contrapartida a organização diacrítica, centralizada no córtex, é caracterizada pelo processamento da percepção localizada, circunscrita e intensiva por intermédio dos órgãos periféricos dos sentidos, onde manifesta-se por meio de processo cognitivos de ordem consciente, sendo que o bebê só é capaz de percepção por contato e não a distância (SPITZ apud VOLICH, 2016).

Para o bebê o estabelecimento pré-objeto representa uma revolução, pois marca a travessia da posição de recepção passiva para a relação objetal ativa (VOLICH, 2016). Sendo que o reconhecimento do rosto humano pelo bebê é um indício da fixação dos traços de memória e o início da diferenciação das instâncias psíquicas inconsciente, consciente e pré-consciente, pressupondo o deslocamento das cargas emocionais e dos traços de memória afirma Freud, (1911/2009).

O estabelecimento do objeto libidinal para Volich (2016) é marcado pela estruturação do segundo organizador, a angústia diante do estranho. O bebê nessa fase passa a diferenciar o conhecido do estranho, diante desse ele fica agitado, chora, fica irritado e o rejeita. Essas reações são vestígios da existência dos traços de memória da afeição materna. A mãe é o objeto

transicional que auxilia a criança a suportar e enfrentar sua angústia de separação, favorecendo a constituição do objeto e a conquista da sua autonomia futura.

Com a estruturação progressiva do psiquismo é delimitado precisamente as fronteiras e funções entre o id e o ego e o mundo exterior, entre o eu e não eu para Freud, (1923/2009). Assim, estabelecendo as esferas somática, mental e psíquica, temos:

- Esfera Somática é responsável pelo funcionamento diacrítico sensorial devido a mielinização quase completa das vias neurais, que instiga a motricidade dos órgãos efetores e da postura.
- Esfera Mental está ligada ao desenvolvimento estrutural dos traços de memória acumulados, proporcionando e diversificando as condições desempenho do ego.
- Esfera Psíquica é responsável pela manutenção e desenvolvimento do aparelho congênito, permitindo o bebê descarregar as suas tensões afetivas intencionalmente e focal, reduzindo a tensão psíquica, promovendo prazer e equilíbrio psicossomático.

Nesse terceiro estágio Volich (2016), afirma que o objeto libidinal é drenado do que o bebê sente para o que deseja. O mesmo autor faz referência a Spitz, ao relatar que a comunicação entre a mãe e o bebê por palavras, sons e gestos passa a ser de proibição, necessariamente frustrante para a criança. Assim, Freud (1925/2009) supõe a negação como a capacidade de julgamento do bebê.

Esse momento é marcado pela transparência do terceiro organizado da psiquê da criança, ou seja, a formulação do não por ela. Essa formulação é fruto da frustração gerada pela proibição, que a mobiliza a agressividade por se tratar do seu objeto de amor (VOLICH, 2016).

Como percebemos o investimento do filho pelo seu objeto de amor é marcado por diversos conflitos e ambivalência. O bebê ocupa durante a gestação e após a sua estadia no mundo um lugar central nas dinâmicas narcísicas materna. Durante a gravidez ele é parte integral do corpo materno e após seu nascimento ocupa esse lugar imaginariamente. Essa fantasia é ambivalente, pois ao mesmo tempo que ele é amado pela mãe por fazer parte do seu corpo ele é odiado diante do sentimento de impotência materna (VOLICH, 2016).

O homem (pai) ao solicitar sua esposa (mãe) a satisfazer suas necessidades rompe as vivências simbólicas e narcísicas da mãe e do bebê. A função paterna para Volich, (2016) é interditar o investimento materno, quando ele (pai) evoca a mãe enquanto esposa. Sendo ela o seu objeto de amor do esposo, referido de natureza objetal, por sua vez ela deixa de lado o papel de mãe, de natureza narcísica, fazendo com que a criança experimente a oscilação

presença/ausência materna que é a constituição da experiência de si mesmo e de sua autonomia. Determinando a criação do seu universo erógeno, a capacidade de reconhecimento da presença paterna de acesso à ordem edípica e a cultura contribuindo para a construção das noções de tempo e espaço.

Segundo que o mesmo autor compreende que o funcionamento psicossomático e as suas perturbações estão relacionadas as funções materna, paternas e as constelações edípica. Essas perturbações de algumas das funções, de um organizador ou das relações objetais podem indicar fragilidade em seu desenvolvimento podendo criar verdadeiras situações riscos de descompensação, psíquica ou somática.

3. O TRANSTORNO DE ANSIEDADE E A NEUROSE DE ANGÚSTIA

O transtorno de angústia traz características como medo, ansiedade em excesso e perturbações comportamentais. O que é medo e ansiedade? Segundo o DSM-5 (2014) é a resposta emocional dada a ameaça real ou percebida. A ansiedade é a antecipação da ameaça que estar por vir, ou seja, uma ameaça futura.

Freud (1926/2009) não pensava tão distante do DSM, porém esse termo ansiedade é convertido em neurose de angústia, que seria consequente a repressão. Assim, provocaria uma libido acumulada no organismo que funcionaria de maneira tóxica. Apresentando algum grau de sofrimento e de adaptação em alguma área importante na sua vida, tais como familiar, social, sexual e profissional.

Zimerman (2004) relata que as manifestações neuróticas expressam sintomas típicos de cada um, de acordo com os variados quadros de neurose, podem ser evidenciados por meio de inibições, angústias difusas, estereótipos, traços de caráter, etc. São múltiplas as formas de neurose clássicas e é difícil encontrar uma neurose pura, como por exemplo, a neurose atual, neurose de angústia, as fobias, a obsessivo-compulsiva, as histerias, as depressivas e as que se manifestam por somatizações.

O medo está associado a um período de excitabilidade automática elevada necessária para luta ou fuga, a ansiedade associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigos futuros e comportamentos de esquiva. Por meios desses comportamentos de esquivas o DMS-5 (2014) afirma que os níveis de medo e ansiedade são reduzidos.

E os ataques de pânico que se destacam dentro do transtorno de ansiedade como um tipo de resposta ao medo. Porém ele não se limita a esse transtorno, pois pode ser visto em diversos outros transtornos mentais (DSM-5, 2014).

Em resumo, a neurose de angústia (ansiedade) consiste para Zirmerman (2004) em um transtorno que se manifesta por meio de uma angústia livre pelo surgimento de momentos de crise, ou seja, a ansiedade do paciente se expressa tanto por equivalentes somáticos como por uma indefinida sensação angustiante de medo de enlouquecer, possa a vir morrer ou de iminência trágica.

Mais tarde, Freud (1926/2009) trouxe uma nova definição de neurose de angústia, que a repressão é responsável por processar uma forma de defesa contra qualquer ameaça de ruptura da angústia, sendo mais específico, a angústia de castração.

Os transtornos de ansiedade caracterizam do medo ou da ansiedade adaptativos por serem em excesso ou por permanecerem por longos períodos inapropriados ao nível de desenvolvimentos. Eles diferenciam do medo ou da ansiedade provisória sendo o DSM-5 (2014) com frequência induzida pelo estresse. Muitos desses transtornos de ansiedade se desenvolveram na infância e sua tendência é persistir se não forem tratados.

Tais sintomas, na maioria das vezes, apontam que está havendo uma falha do mecanismo de repressão como aponta Zirmerman (2004) mediante a um evento traumático, ao excesso de estímulos internos e externos.

Em inibições, sintomas e angústia (1926/2009) foram descritos dois tipos de neurose atuais, onde sua gênese é somática e que esteja modificando o bom funcionamento do corpo em determinados momentos que são a neurose de angústia e a neurastenia, a qual Freud as vincularam a sexualidade. A primeira está ligada a insatisfação sexual, com o consequente represamento da libido, enquanto a segunda ao excesso de atividade sexual, a ponto de um esgotamento decorrente.

Zirmerman (2004) vem informar que esse termo neurose só é encontrado na literatura psicanalítica, pois este termo estava sendo confundido ora com neurose atual, ora com síndrome do pânico e ora com angústia dos fóbicos. E com relação a ansiedade está ligada a sexualidade para Freud, o autor falar que ninguém mais concorda com essa teoria.

O diagnóstico do transtorno de ansiedade só é feito segundo o DSM-5 (2014) quando os sintomas não são consequências dos efeitos fisiológicos do uso de uma substância ou que não são explicados por outros transtornos mentais. Os transtornos de ansiedade apresentado pelo DSM-5 são: Transtorno de ansiedade de separação; Mutismo seletivo; Fobia específica;

Fobia social; Transtorno de pânico; Especificador de ataques de pânico; Agorafobia; Transtorno de ansiedade generalizada; Transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento; Transtorno de ansiedade devido a outra condição médica; outro transtorno de ansiedade especificado e por fim o transtorno de ansiedade não especificado.

O manejo técnico para ajudar esses pacientes elaborar a situação que está vivendo são a “re-significações” aos significados alarmantes e terroríficos que uma parte do psiquismo do sujeito esteja atribuindo a algum trauma atual. Assim, Zimerman (2004) apresenta mais um recurso técnico que parece ser especialmente eficaz diante do surgimento de indícios de angústia incontável, visto que o seu lado racional saiba que tais risco não degenere a integridade do paciente, consiste em desenvolver nele a capacidade de conversar consigo mesmo e ajuda-lo a estabilizar o seu lado racional.

4. O QUE É PSICOSSOMÁTICA?

Zimerman (2004) apresenta Freud como o precursor do termo psicossomática dentro da psicanálise, mesmo não utilizando essa nomenclatura. O Autor menciona Melanie Klein como a teórica que trabalhou esse termo trazendo uma definição mais estruturada em suas obras, surgindo pela primeira vez na linguagem médica há cerca de 200 anos. Trata-se de uma expressão da medicina utilizada para caracterizar as manifestações psíquicas que, por uma ausência de simbolização psíquica de um conflito, surgem como sintoma no corpo. Atualmente, não mais contestam-se a inequívoca interação do psiquismo estabelecendo alterações somáticas e vice-versa.

Esse assunto vem sendo difundido em âmbito mundial recentemente. Não há definição simples e linear para esse termo, de forma a supor que versa de um conjunto composto por uma imagem e um fundo predominantemente ou como provocador, ora do orgânico, ora do psíquico, ora do social (MELO-FILHO, 2010).

A palavra psicossomática não era usada por Freud (2009), em suas obras ao falar das histerias, neuroses de angústia, psiconeuroses, inibições, neuroses atuais, sintomas e ansiedade, mesmo o termo já sendo existente nessa época. Ele apresentava essa relação mente e corpo em um dualismo psico-soma que mais tarde foi deixado de lado em suas pesquisas, a proposital ou não, dando lugar ao dualismo pulsional; ou seja, as pulsões de autoconservação e as pulsões sexuais (o ego e a sexualidade) passaram a ser pulsões de vida e morte.

Primo (2003) ao analisar as obras de Freud, afirma que os sintomas da histeria são de uma excitação endógena em inervação somática resultado de uma transformação. Ao escrever sobre a Neurose de Angústia, conhecida atualmente como “Transtorno de Ansiedade” mensurando seus sintomas funcionais, afirmava que os mesmos são o resultado da manifestação de angústias não representadas. Essa obra se tornou um marco para a psicanálise, de um lado se encontram as Psiconeuroses, cujo os sintomas possuem significação simbólica e do outro as Neuroses Atuais, onde os sintomas resultam diretamente da libido não realizada, sendo uma transformação desta.

Freud em sua obra “*Um estudo autobiográfico, Inibições, sintomas e ansiedade, A questão da análise leiga e outros trabalhos 1925-1926*” (2009) assegura que a angústia provém do ego, quando ele está em uma situação de perigo. O autor abre uma exceção para dizer que no caso da Neurose de Angústia o que se transforma em ansiedade é precisamente o excedente de libido não utilizada. No campo da Psicossomática os sintomas não possuem uma mediação simbólica, como ocorrem nas Psiconeuroses.

Segundo Freud e Breuer (1983/2009) a ansiedade é um fenômeno somático produto da conversão da excitação de uma ideia afetiva. Os autores completam ainda que sua denominação é neurose de angústia. Quando se adentra no mecanismo das duas neuroses é nítido que a neurose de angústia é, realmente, o equivalente somático da histeria. Ou seja, em ambas há um acúmulo de excitação e uma insuficiência psíquica que acarretam processos somáticos anormais. É importante ressaltar que, em vez de uma elaboração psíquica da excitação, há um desvio dela para o campo somático. No entanto, a diferença está apenas na neurose de angústia, pois a excitação, cujo deslocamento que a neurose se expressa, é puramente somática (excitação sexual somática), enquanto na histeria, ela é psíquica (provocada por um conflito).

A representação dos sintomas corporais para Freud e Breuer (1983/2009) transcende a norma anatômica que paralelamente no desenvolvimento biológico estrutura-se no homem, a partir das relações com seus semelhantes, ou seja, há uma representação imaginária do seu corpo vinculada a uma ordem cultural e linguística.

O período vivenciado no desenvolvimento da vida de cada indivíduo a depender da boa harmonia ou alterações do ciclo, desencadeará em manifestações psíquicas, comportamentais ou somáticas dentro da normalidade ou enfermidades (VOLICH, 2016).

4.1 AS PASSAGENS ENTRE O PSÍQUICO E O SOMÁTICO

Enquanto Freud (2009) buscava na histeria compreender o salto do psíquico no somático, Ziwar (1949) indagava que era preciso considerar os fatores psicodinâmicos etiológicos sem que isso influencie exclusivamente no olhar psicogenética, pois tanto os distúrbios psíquicos como os orgânicos são expressões de falhas em processos fundamentais de adaptação.

Segundo McDougall (1974) a passagem do corpo à psique é fruto das primeiras tentativas do bebê de superar a dor física, a frustração e a experiência do vazio. Essa atividade de representação é o equivalente psíquico do trabalho de metabolização da própria atividade orgânica que sustentada por Aulagnier (1975/1979) a qual ela afirma que as funções corporais compõem os elementos primários das representações psíquicas.

Freud (1983/2009) falava de uma fonte somática do afeto, ou seja, é uma fonte somática da representação psíquica do mundo, onde a experiência da realidade só constitui enquanto tal pela capacidade de afetar as próprias funções corporais.

Volich (2016) elenca três processos fundamentais para o desenvolvimento do indivíduo que são os processos originários, primário e secundário. O primeiro, abordado aqui, está relacionado a heterogeneidade da vivência corporal, ou seja, modelo sensorial que está ligado às representações pictográficas (pictogramas) que é uma formação fundamental da existência psíquica de todos os fenômenos da vida.

Sendo assim, as relações entre o psíquico e o somático ficam marcadas pelas relações primitivas, que para Volich (2016) são mediadas pela psique materna onde a representação e afeto podem ou não ser conformes à realidade da vivência corporal, mais precisamente, à sua atividade sensorial.

As funções corporais resultam apenas nas representações especular do eu-mundo, isto é psique-corpo. Ao mesmo tempo que o corpo apresenta o cerne da vida psíquica, ele pode ser também objeto de desejos e modos de funcionamento que visam sua destruição, ou seja, são as atividades representativas vivenciadas que permitem ela aproximar-se de seus modos de funcionamento (VOLICH, 2016).

Durante a análise, os sintomas orgânicos de caráter primitivo e não verbal, às vezes são negligenciadas, semelhante a consulta médica, o interesse é exclusivo pelos sintomas orgânicos desconsiderando a história da doença na vida do paciente. É indispensável não compreender as relações entre o processo e as rupturas dos modos de organizações e defesas psíquicas do paciente e seus processos metabólicos, orgânicos e suas defesas imunológicas, mesmo havendo essa não observância por parte dos médicos pois estão focado nas perturbações fisiológicas e

nas lesões do organismo, enquanto os psicanalistas estão interessados no corpo como uma representação mental apoiada na linguagem, precisando compreender o processo como uma representação da psique não elaborada no corpo. McDougall (1974), aponta que na histeria o corpo se dispõe à psique para ser utilizada segundo a sua vontade, diferente da doença somática por sua vez, o corpo faz seu próprio pensamento.

Portanto, para Volich (2016) o funcionamento psicossomático é fruto da história de cada pessoa, da sua condição genética e evolutiva de seu desenvolvimento.

4.2 PSICOSSOMÁTICA: DIÁLOGO ENTRE A PSICANÁLISE E A MEDICINA

A Psicanálise e a Medicina Psicossomática estão articuladas na história e na prática. A Psicanálise continua sendo uma psicologia em função do inconsciente, um método de investigação da mente e uma atividade terapêutica nos espaços intermediários das relações interpessoais. Já a Medicina Psicossomática, é um estudo das relações mente-corpo com ênfase na explicação psicológica da patologia somática, na proposta de uma assistência integral e de uma transcrição para a linguagem psicológica dos sintomas corporais (EKSTERMAN, 2010).

Sabemos o que é a psicanálise, mas afinal o que é um psicanalista? Eksterman (2010) diz que o psicanalista é um estudioso e o profissional dos atos intermediários da vida humana enquanto coexistência, significado e recriação. E a Psicanálise é o lugar de criação permanente e o psicanalista é o espectador privilegiado desse momento. Conforme Freud apud Eksterman (2010) expôs em sua teoria estrutural, é o momento em que a carne se faz verbo, ou seja, em que id se transforma em ego.

Chegamos no ponto chave da interseção da Psicanálise com a Medicina Psicossomática, onde nada é tão absolutamente psicossomático quanto essa transformação e nada tão decididamente psicanalítico quanto o conhecimento dessa transformação. Embora Eksterman (2010) nos lembre que estejamos esmiuçando a intimidade físico-química das dimensões moleculares e desvelando as mais estranhas fantasias do inconsciente. Ainda é pouco para estabelecer uma unidade psicossomática em que a mente e o corpo possam ser representados mais do que partes de um todo, o próprio todo: o sujeito da existência.

Freud (2009), em vários dos seus trabalhos anteriores, indaga a origem da própria mente estabelece que a atividade corporal origina o id que, em contato com o mundo exterior (realidade), diferencia um revestimento mais superficial, o ego. Sugere ainda que não só a

atividade físico-biológica está representada na mente, mas ela própria se transforma em psique (mente), ou seja, acontece um processo de mutação, onde ela auto se evolui.

O psicanalista assistiu à contemplação do lugar onde o sistema físico-corporal se transfigura no ser humano-psicológico. É um sistema que está abrindo-se para o outro e não o causando, ou seja, é um processo natural. Quando o id se transforma em ego, o humano está sendo criado e, assim, a humanidade. Vários conceitos são existentes para caracterizar esse espaço onde ocorre esse processo transformação das atividades biológicas em mentais. Um deles é o de Eksterman (2010) que é o da transformação do processo primário em secundário, ou seja, o que é experimentado como concreto, real, transmuta-se em algo abstrato, virtual, suscetível de ser consciente.

O corpo representa-se e recria-se na mente, produzindo um diálogo cheio significados que permite a intervenção de um interlocutor. A intervenção do interlocutor (situação básica da psicanálise clínica) não assegura, na esfera somática uma influência curativa. Mas para Eksterman (2010) se estivermos trabalhando com a concepção dualista mente e corpo, psíquico e somático, poderíamos inferir nas relações causais que dão sentido da mente para o corpo.

Quando, compreendendo o corpo como um sistema, afirmamos que o corpo “causa” (grifo do autor) a mente um esgotamento da sua capacidade como sistema assim, possibilitando uma abertura para um sistema hierarquicamente mais complexo: a própria mente, afirma Eksterman (2010). Nesse caso, não existe um sentido inverso, ou seja, concebemos a mente não como substância, no sentido material e concreto, mas como algo que vai muito além das concepções sensoriais.

Portanto, a observação empírica da “aparente” (grifo meu) influência dos processos mentais sobre as funções somáticas é gênese das especulações sobre a origem da psicologia dos transtornos somáticos. Com tantas evidências falando pela dualidade, a referência à unidade psicossomática soa como quimera metafísica, diz Eksterman (2010).

Essas explicações causais passaram por três vertentes teóricas da Psicanálise e que são descritas por Eksterman (2010) a seguir:

I - Está relacionada as energias psíquicas são capazes de intervir nos fenômenos orgânicos, corporais. Essas energias, livres ou ligadas a dois mecanismos de fundamental importância estão vinculados às formulações energéticas: a sublimação, da qual deriva a formação cultural do ego, e a dos sintomas, que são bases de estudo da Patologia Psicanalítica e subsídio essencial da Patologia Geral.

II - Refere-se a organização simbólica da mente e tem subministrado importantes contribuições para a Psicolinguística, onde estão incluídos os conceitos de representação, o estudo da memória (o do esquecimento e falsificação), o da associação de ideias e a dos processos de pensar que estão ligados ao inconsciente.

III - Diz respeito ao momento evolutivo em que o organismo privilegia as decisões adaptativas. Enquanto o modelo adotado pela psicologia do desenvolvimento é a do processo evolutivo e o da psicanálise é o da estrutura.

Com relação a segunda vertente pode-se compreender, mediante os estudos de Eksterman (2010) que a dinâmica mental constrói a sua própria realidade externa, na qual, é responsável por acionar os mecanismos adaptativos do organismo. O que chamamos de realidade exterior é a troposfera ecológica de cada indivíduo, construído a partir de um universo simbólico do psiquismo de cada um e assim é convertida em um hábitat cultural capaz de atender às necessidades do organismo.

Esses modelos ecológicos podem variar, ou seja, temos aqueles capazes de elaborar adaptações ótimas, aqueles que psicotizados e psicotizantes que deterioram e desintegram a capacidade adaptativa do indivíduo. Com relação a intervenção da mente sobre o corpo, Eksterman (2010) afirma que ela na medida em que constrói suas concepções de mundo não só experimenta suas criações como reais, mas como as empurram para fora, transformando-as em objetos da cultura, transfigurando a realidade externa. O corpo por sua vez, terá que se adaptar àquele mundo particular, criado pelo próprio indivíduo e pela sua cultura, passando a ser sua única realidade.

Portanto, para o homem não existe ambiente natural, porque para ele, a natureza foi convertida em mundo humano pelos seus próprios processos mentais (psíquicos) (EKSTERMAN, 2010).

Vale ressaltar que na última vertente descrita pelo mesmo autor, o espaço psicanalítico contém o tempo biográfico e se estrutura com ele. Já a concepção atemporal do inconsciente nos permite compreender que o mental, psicanaliticamente concebido, contém uma biografia presente, ou seja, no homem, a história é um presente contínuo. Diferente da memória que não fica sendo uma reserva do passado, mas pré-consciente ou inconsciente de uma estrutura mental.

Sendo assim, Eksterman (2010) nos apresenta o esboço das interseções da Psicanálise com a Medicina Psicossomática, com alguns vislumbres de como a mente e o corpo estão ligados na teoria, como se articulam para produzir prazer, sofrimento, saúde, lesão ou doença.

Assim, o mundo pode ser vivido como um lugar de estresse insuportável, ou, ao contrário, um lugar idealizado, onde o organismo acaba sendo lesado por não conseguir acionar defesas indispensáveis.

Mas afinal, qual a diferença da psicanálise e a medicina psicossomática para Eksterman? Ele fala que a Psicanálise não parece ciência que explique causas. Porém, ela expõe processos, estruturas, sistemas complexos em que o conceito de causa se dilui na infinita causalidade. Não é sua função estabelecer etiologias, mas gnose, conhecimento. E com essa noção de psicogênese a Medicina Psicossomática produz indicações da terapêutica psicanalítica. A contribuição da Psicanálise à Patologia Geral é apontar uma nova concepção do adoecer e do gerar saúde (EKSTERMAN, 2010).

E como o psicanalista pode contribuir com a prática médica? Eksterman (2010) diz que pode apreender e trabalhando os aspectos irracionais das relações humanas na prática assistencial, tomando como base o modelo transferencial e contratransferencial da interação psicanalítica. Assim, estimula o médico do corpo psicossomático a conviver com as patologias mais sutis, de expressão mental e, acima de tudo, conviver com os pacientes e compreendendos-os.

Para concluir esse tópico percebemos nos estudos de Eksterman (2010) a fundamental importância do psicanalista no manejo técnico e teórico da medicina psicossomática. Pois o psicanalista percebe a dimensão simbólica da existência, além da visão biológica, fisicalista, do terapeuta biomédico. São visões, que não se completam nem se antagonizam. São apenas olhares técnicos diferentes que permitem configurar o doente, ofuscado pela visão da doença. O psicanalista, revela o doente, presença permanente e invisível. E juntas elas configuram uma nova concepção do adoecer gerando a saúde.

A ação terapêutica interdisciplinar é indispensável pois recuperar a pessoa e com ela é estabelecido uma relação analítica. Para Eksterman (2010) parece ser a resposta que a Psicossomática pode dar à Psicanálise, de cujo seio nasceu e em cuja intimidade elaborou uma nova imagem do ser humano. Onde a pessoa é mais que um self ou uma identidade. Compreendê-la não significa apenas ater-se às suas comunicações verbais, ou extraverbais, recortando-a de seu contexto biológico e social.

4.3 A CLASSIFICAÇÃO PSICOSSOMÁTICA

Em sua perspectiva diagnóstica, prognóstica e terapêutica, informações médicas (somáticas) e mentais, facilitando a compreensão da experiência do paciente pela ótica genética, estrutural, econômica e relacional (VOLICH, 2016). Ela busca descrever as estruturas e as dinâmicas psíquicas consideradas pela psicanálise, analisando a história, fixação-regressão do desenvolvimento, os recursos psíquicos, relacionais e comportamentais, graus de mentalização e mecanismos de defesas, desorganização dos sistemas mentais momentâneo, comportamentais e somático de cada paciente. Essa análise é feita em quatro setores da vida do paciente que são as estruturas fundamentais; as particularidades habituais maiores; as características atuais maiores e as novas características resultantes de uma eventual psicoterapia.

A American Psychological Association - APA por meio do Manual Diagnóstico dos Transtornos Mentais - 5ª edição (DSM-5) e a Organização Mundial da Saúde - OMS através da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID-10, fazem a classificação nosológica dos transtornos mentais e comportamentais classificando-os por grupos de sintomas: os “transtornos neuróticos, os da personalidade e outros transtornos mentais não psicóticos”, no qual os transtornos neuróticos são definidas por não possuírem base orgânica evidente.

Os pacientes com esse funcionamento possuem compreensão da realidade, não confundindo experiências subjetivas e fantasiosas, como é o caso dos psicóticos. Os principais sintomas são ansiedade excessiva, sintomas histéricos ou obsessivos, compulsões, fobias e depressão (CID-10, 1993).

Na décima revisão da CID nota-se que as terminologias de psicogênico e psicossomático não são mais utilizadas, pois estão associadas a significados distintos culturais, podendo ser produzidas situações e diagnósticos equivocados. A exclusão do termo psicossomático foi justificada, pelo estigma produzido entre os profissionais de saúde que, ao se depararem com a interferência dos fatores psicológicos no quadro orgânico, concluíram que se tratar de um diagnóstico de psicossomático assim, encaminhando o paciente a outros especialistas, sem prestar o atendimento devido ao paciente.

Esse tipo de transtorno psicossomático hoje pode ser encontrado ao longo da classificação CID-10 nos seguintes diagnósticos: F45 - transtornos somatoformes, F50 - transtornos alimentares; F52 - disfunção sexual e a F54 - fatores psicológicos ou comportamentos associados a transtornos ou doença classificados em outros blocos. (OMS, 1993).

O diagnóstico somatoforme abrange predominantemente quadros físicos ou somáticos, de modo a respeitar a interferência do psicológico para o desencadeamento ou agravamento do transtorno. Nesse caso, é incessante os pedidos de investigações médicas diante da presença de sintomas físicos associados aos exames negativos. Os sintomas não justificam sua origem e extensão muito menos a angústia e a preocupação despertada pelo paciente que é incapaz de reconhecer que eventos angústiantes podem ser a origem de seu transtorno (OMS, 1993).

4.3.1 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

Na classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (1993), o item F45.0 explicita as manifestações psicossomáticas classificando-as em transtornos somatoformes e que é caracterizado por repetidos sintomas físicos sem ausência da sua base física. As investigações médicas são insistentes, porém eles não explicam a natureza e a extensão dos sintomas ou angústias do paciente. O início ou persistência dos sintomas pode estar relacionado a algum evento desagradável, conflituoso ou de dificuldades na vida do paciente.

Mais adiante informa que os sintomas múltiplos, recorrentes e frequentemente mutável estão ligados ao transtorno de somatização. Esses sintomas estão relacionados a qualquer fração ou sistema do corpo, nas sensações gastrintestinais (dor, eructação, regurgitação, vômito, náuseas e etc.), nas sensações cutâneas anormais (coceiras, queimação, formigamento, dormência, sensibilidades, etc.), erupções, manchas e queixas sexuais e menstruais (CID-10, 1993).

O caminho do transtorno é crônico e flutuante que está associado ao rompimento agressivo de comportamentos sociais, interpessoal e familiar a longo prazo.

Para que seja diagnosticado é preciso que haja a presença pelo menos de 2 anos de sintomas físicos múltiplos e variáveis para os quais não tenha explicação de base física; que tenha a recusa persistente de aceitar a informação ou o reassuramento de diversos profissionais da medicina que não há uma explicação da origem dos sintomas e que haja um grau de comprometimento do funcionamento social, familiar agregado à origem dos sintomas e ao comportamento atual (CID-10, 1993).

4.3.2 Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-5)

Os transtornos relacionados e somatoformes são denominados pelo DSM-5 (2014), como: Transtorno de sintomas somáticos, transtorno de ansiedade de doença, transtorno conversivo, fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, transtorno factício, outro transtorno de sintomas somáticos e transtorno relacionado não específica e específico. Todos esses transtornos apresentados compartilham apenas de um aspecto comum que é a proeminência de sintomas orgânicos sem diagnóstico de uma causa física associados a sofrimento e prejuízo significativos.

Em relação ao diagnóstico desse transtorno, o DSM-5 (2014) nos apresenta que são feitos com base em sinais e sintomas positivos. O que caracteriza o indivíduo com transtorno somático não são os sintomas somáticos em si, mas as formas como eles se apresentam e como são interpretados.

Vale ressaltar os critérios do DSM-IV enfatizava que o papel central dos sintomas clinicamente inexplicados, onde são apresentados em graus variados, porém os transtornos somáticos podem acompanhar doenças médicas diagnosticadas. O DSM-5 (2014) faz uma crítica ao DSM-IV, quando afirma que não é apropriado dar a um indivíduo um diagnóstico de transtorno mental unicamente por não conseguir demonstrar uma causa médica (orgânica) onde faz jus a dicotomia mente e corpo, que são objetos de estudos psicanalíticos.

A nova classificação do DSM-5 (2014) como citada acima, define o diagnóstico com base em sintomas positivos. Entretanto, os sintomas clinicamente inexplicados podem ser de aspectos do transtorno conversivo e pseudocieze que é possível demonstrar de maneira definitiva em tais aspectos os sintomas não são compatíveis com a fisiopatologia médica.

Mesmo que os sintomas somáticos estejam associados aos sofrimentos psíquicos e psicopatológicos, alguns transtornos de sintomas somáticos ou semelhantes podem surgir espontaneamente, assim permanecendo suas causas obscuras. Segundo o DSM-5 (2014) transtorno de ansiedade e transtornos depressivo pode acarretar sintomas do transtorno somático. Esses componentes somáticos agregam gravidade e complexidade ao transtorno depressivo e de ansiedade, resultando uma maior gravidade, prejuízos e refratariedade ao tratamento habitual.

Afinal, o que pode contribuir com para o transtorno de sintomas somáticos e transtorno relacionados? Segundo o DSM-5 (2014) a vulnerabilidade genética e biológica, as experiências traumáticas precoces, o aprendizado (que causa sofrimento ou falta de estímulo para aprender)

e por fim as normas culturais que desvalorizam e estigmatizam o sofrimento psíquico em analogia com os sofrimentos físicos.

Durante os cuidados médicos, as diferenças entre a cultura do paciente e do médico afetam a apresentação, o reconhecimento e o tratamento das manifestações somáticas. Desta forma, o DSM-5 (2014) relata que as apresentações somáticas podem ser vistas como manifestações de sofrimentos individual dentro de um contexto social e cultural.

Percebemos que o transtorno de sintomas somáticos está associado ou incluso ao diagnóstico de hipocondria, porém pessoas apresentam um alto nível de ansiedade relacionada a saúde na ausência de sintomas somáticos, no entanto não precedem os critérios para o diagnóstico de um transtorno de ansiedade. O DSM-5 (2014), apresenta os aspectos essenciais na presença de um ou mais fatores psicológicos ou comportamentais que afetam de maneira adversa uma condição médica ou aumenta o risco de sofrimento, morte ou incapacidade do sujeito adoecido.

5. AS DINÂMICAS DO ADOECER

Volich (2003) no seu livro *'Psicossoma III: Interfaces da psicossomática'* descreve três possíveis vias de descarga, de organização das excitações e dos caminhos potenciais do adoecimento que podem ser orgânicos, motora e de pensamento¹.

Por exemplo, o mesmo autor na obra *'Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise'* (2016) apresenta duas situações distintas, uma é de uma pessoa bem organizada no plano mental, enquanto a outra apresenta uma organização precária de seu aparelho psíquico assim, a primeira pode desenvolver, a partir de uma situação de conflito, sintomas ou perturbações psíquicas, da ordem das neuroses ou das psicoses. Enquanto a segunda pode possuir baixo ou até mesmo escassez de recursos para reagir a uma situação traumática por meio de reproduções mentais, como sonhos, delírios ou mecanismos de defesa psíquicos, recorrendo então à motricidade ou a algum processo orgânicos para tentar o equilíbrio ou descarga da excitação acumulada. Essas manifestações de descarga de comportamento podem ser observadas nas reações psicopáticas, atitudes impulsivas, ou, diante da insuficiência dos recursos comportamentais e do aparecimento de perturbações funcionais somáticas.

É importante ressaltar que toda doença mental, somática ou comportamental, apesar de seu caráter desviante, regressivo e extremo, é uma tentativa de estabelecer o equilíbrio do

¹ Cf. "O eu e o Outro: esboço de uma semiologia psicossomática da angústia.

organismo. Que por sua vez não consegue enfrentar as tensões internas ou externas às quais está submetido por intermédio de recursos mais evoluídos. Mas, diante das suas iniciativas sem sucessos, ele poderá recorrer regressivamente a recursos primitivos até que seja estabelecido uma situação de equilíbrio (VOLICH, 2016).

A manutenção destes equilíbrios regressivos dependerá da duração da tensão ou da capacidade do organismo de reorganizar-se e elaborar tais situações (VOLICH, 2016).

5. 1 REGRESSÕES, DESORGANIZAÇÕES E SOMATIZAÇÕES

O excesso de excitações tende a desorganizar o aparelho funcional pode vir a constituir, a experiência traumática. O trauma e a desorganização podem essencialmente provocar duas modalidades de funcionamento do racionamento psicossomático, a regressão e a desorganização progressiva (Marty apud Volich 2016).

Volich (2016) afirma que o desenvolvimento individual é marcado por experiências de prazeres e desprazeres que, durante esse processo, constituem pontos de fixação libidinal, que podem interromper ou provocar o afastamento do caminho evolutivo da organização psíquica.

Como ressalta Freud (1920/2009), o movimento regressivo direciona os pontos de fixação, buscando encontrar a possibilidade de equilíbrio e reorganização. Porém, é importante conhecer os pontos de fixação mais arcaicos, da ordem de comportamentos e funcionamentos orgânicos, do que as fixações mentais e libidinais.

As funções somáticas podem ser fixadas (marcadas) por experiências do indivíduo e toda regressão repousa sobre uma fixação, que por sua vez, apoiar-se sobre regressão e fixação anteriores. E essa díade equivale a vulnerabilidade e a defesa, assim determinando os destinos da economia individual (VOLICH, 2016).

Marty apud Volich (2016) relata que a regressão percorre um caminho de declínio durante o desenvolvimento das fixações de um determinado momento de desorganização da economia psicossomática. Assim acontece com um aparelho psíquico organizado munido de bons recursos do aparelho mental que recebe uma excitação intensificada, provocando uma desorganização do nível evolutivo mais evoluído, provocando uma desorganização mental leve.

A regressão pode buscar inicialmente segundo Volich (2016) uma reorganização psíquica, por meio de uma sintomatologia mental, como neuroses, psicoses, com intuito de preservar a demais organização psicossomática, ou seja, age como mecanismo de defesa. Assim, podemos observar traços manifesto de depressão “anaclítica”, de perturbações do

funcionamento do pré-consciente e de sintomas de regressão psíquica e libidinal, angústia objetais e diversos outros sintomas da esfera psíquica.

As desorganizações somáticas têm pouca visibilidade, porém, ocorrem algumas anormalidades somáticas manifestas que as tornam visíveis. Com essa precariedade e insuficiência de fixações e de recursos regressivos abrem espaço para as desorganizações progressivas da economia psicossomática (VOLICH, 2016).

Diante do exposto por Volich (2016) da impossibilidade de reorganização nos níveis mais evoluídos do desenvolvimento, nota-se um movimento regressivo, o desaparecimento da hierarquia funcional, a desorganização gradual ligada ao funcionamento psíquico, havendo a possibilidade de um descarregamento do excesso de energia pelo comportamento, comprometendo o próprio funcionamento orgânico.

Esse movimento contra evolutivo e desorganizador percebemos as marcas das pulsões de morte, descrita por Freud (1920/2009) em sua obra além do princípio do prazer, como desintegradora, destrutiva e tendendo ao inorgânico.

Com o avanço da desorganização psíquica sentido aos níveis primitivos do desenvolvimento é acompanhado pela desestruturação da organização libidinal e redução da complexidade do funcionamento mental e do potencial organizador da psique. A precariedade do funcionamento do pré-consciente não permite a elaboração mental de excitações sendo quase “instinta” as manifestações de regressão psíquica. Em contrapartida a instância de um funcionamento de um ego-ideal de natureza narcísica e mais primitivo, as possibilidades de descarga pelo comportamento são reduzidas, propiciando a emergência de angústias difusas, da depressão essencial e da vida operatória (VOLICH, 2016).

5.2 AS DESORGANIZAÇÕES PSICOSSOMÁTICAS

A imagem antecipada da criança pelos pais é uma primeira forma organizadora que pode acolhê-la, tranquilizá-la e integrá-la no momento em que ela experimenta uma situação de desamparo, de fragmentação e de desorganização (VOLICH, 2016).

Nesse estágio primário de organização Volich (2016) aponta o indivíduo e seu ego iniciante dependerão inevitavelmente da antecipação, da forma, do reconhecimento e da legitimação pelo outro daquilo que experimentou de si e do mundo.

Freud (1923/2009) situa que nessas primeiras relações, vem a gênese de duas importantes instâncias psíquicas: o ego ideal (Ich-Ideal) e o ideal do ego (Ideal-Ich). O ego

ideal, oriunda das primeiras experiências de organização narcísica do ego por meio das identificações primárias e o ideal do ego é a evolução dessas instâncias primária, ou seja, a partir das identificações secundárias dá origem ao que autor chama de Superego. O ego ideal, o ideal de ego e o superego não organiza apenas o aparelho psíquico do sujeito, mas também atua na regulação da economia psicossomática e perturbações do mesmo.

O desenvolvimento do sujeito ocorre a partir da possibilidade de superar o narcisismo primário, expandindo para outros objetos e para o mundo (VOLICH, 2016). A busca pela perfeição narcísica, se dá pelo rompimento das relações fusionais indiferenciada, onde instala-se o reconhecimento da ausência delas, assim permitindo a busca pela satisfação além dos horizontes parentais.

O ego passa a buscar o amor do outro por meio de identificações com seus objetos constituindo o ideal do ego, porém para essa busca acontecer após ele rompe a ilusão fusional do narcisismo primário e passa de uma relação dual para uma em que um terceiro está implicado. Freud (1923/2009) aponta que o superego surge após a superação do Complexo de Édipo. Sendo ele uma representação da autoridade parental, da realidade e do Id.

O ego para Freud (1923/2009) se manifesta como um estado de exigências do sujeito consigo mesmo. O fracasso em responder essas exigências é vivido pela pessoa como uma ferida narcísica insuportável que pode provocar desorganização grave na esfera somática, ou descarga impulsivas pelo comportamento colocando em risco sua própria vida.

5.3 HISTERIA, HIPOCONDRIA E FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO

A histeria, a hipocondria e os fenômenos psicossomáticos representam articulações diversas do corpo com a psique, articulações essas que se expressam caracteristicamente no corpo. A histeria nos remete à neurose, a hipocondria o delírio e à psicose e os fenômenos psicossomáticos segundo Filho (2010) na qual o corpo e mente atinge concretamente em sua intimidade tecidual e humoral, levando o paciente a uma internação, uma cirurgia ou até mesmo a morte.

As manifestações psicossomáticas são consideradas como limite analisável pois, diante deste paradoxo sensação e desafio, na busca de expansão dos limites terapêuticos em paralelo com as fronteiras de investimentos narcísico de nossa qualidade e capacidade analítica. Filho (2010) afirma que as características das representações não são conscientes e parte de uma situação conflitiva.

5.3.1 Histeria e Hipocondria

As manifestações corporais na histeria são consequências singulares do processo de recalçamento. Assim, Filho (2010) afirma que os sintomas histéricos são representações recalçada da própria demonstração deformada, que o paradoxalmente camufla e insinua a situação conflitiva, por uma via simbólica contrária a via anatômica, ou seja, o corpo narra, fala e simultaneamente descarrega.

Portanto, a conversão histórica é uma solução simbólica e econômica para a questão conflitiva. A representação é reprimida e retorna por meio de sintomas e afetos correspondentes à representação e é convertido na qualidade física da manifestação corporal (FILHO, 2010). Ao avaliar um paciente histérico deve levar em conta o corpo simbólico, corpo história, corpo mímica pedindo e evitando (dualidade psíquica, resistência) aos mesmo tempo ser desvendado.

Para o desvendamento deve seguir a via da escrita e não a da anatomia, pois a anatomia do corpo simbólico é muito singular e estar relacionada à história da sexualidade e da vida do sujeito a quem pertence o corpo em particular (FILHO, 2010).

O mesmo autor acrescenta ainda outro ponto fundamental a respeito da relação com a realidade, pois o vínculo com a realidade é mantido, mas, há um ocultismo nesse jogo de esconder e demonstrar uma possibilidade de subjetivação do sujeito histérico. A própria característica do recalçamento é a via simbólica.

Outra consideração sobre hipocondria na visão de Mello-Filho (2010), a hipocondria não há um estabelecimento de laços simbólicos com o corpo, os quais tentam se estabelecer por meio das manifestações do delírio hipocondríaco. Esse corpo delirante é inimigo do sujeito, o corpo como um outro, alheio, estranho, pertencente a um sistema que ultrapassa a realidade e impõe-se como uma alucinação no delírio.

Na hipocondria, o corpo não se articula simbolicamente a uma história ou discurso segundo Filho (2010), pois é radicalmente excluído da possibilidade de articulação e por isso retorna ao delírio imposto pelo real. Assim, o hipocondríaco raramente pode chegar à uma elaboração, por haver uma perda do juízo de realidade de tal ordem que frequentemente convence os médicos, levando-os a se submeter a exames desnecessários, com o intuito de

descobrir ou convencimento do paciente de que ele não padece de nenhuma patologia orgânica, que dá um ligeiro e breve alívio da angústia.

Em resumo percebemos nos estudos de Filho (2010) Histeria, hipocondria e fenômeno psicossomático do livro *Psicossomática hoje*, organizado Mello-Filho (2010) que o hipocondríaco o tempo todo se auto avalia, nessa análise existe uma fantasia, segurança e angústia. Para que haja um alívio dessas angústias (ansiedade) busca o médico, sempre com sintomas orgânicos, que logo descartados essa a possibilidade do adoecimento físico, há um alívio de curto prazo, porém busca outro órgão do corpo de forma fantasiosa de estar adoecido.

Nessa incerteza o médico e o analista são desesperadamente solicitados a serem aliados desse corpo frágil clivado para protegê-lo do inimigo fantasioso implacável, mas não para decifrá-lo. O que Filho (2010) mostra é a própria incapacidade de subjetivação, de construção desse outro escondido, recalcado que os profissionais têm de desvendá-lo, por não abster de aparatos para atuar na subjetividade do corpo adoecido.

O corpo sofre dupla clivagem (cortar). Uma não faz parte do sujeito ou domina ou é por ele dominado. Na outra divide-se em um corpo em estado de desamparo, importante, submetido às torturas de órgão inimigo ou inimigos externos como bactérias, vírus, câncer, que o vão destruir. Essa ameaça é aniquiladora e não de representação, mas da própria capacidade de representar, de construir vínculos associados. Esta seria uma área de recusa, repúdio e não de recalçamento (FILHO, 2010).

Marty (1988) apud Filho (2010) os pacientes portadores de doenças somáticas têm uma atividade fantasmática muito reduzida e que a doença somática está relacionada à situação de perda, separação e a estados depressivos. Pois há pouca elaboração psíquica, como se o pré-consciente funcionasse de modo insuficiente. Por se tratar de pacientes de pouca elaboração psíquica, durante o processo analítico, eles falam do seu tratamento, das novidades e os silêncio fala mais no decorrer da sessão. Durante o lapso, eles são desprovidos de afetos, de representações investidas fantasmaticamente e imaginária.

O afeto do sujeito psicossomático é irreconhecível ou praticamente inexistente e Freud (1915/2009) deixou subentendido no termo “Unterdrückung” (Grifo meu) que designa o desaparecimento do afeto. Trazido por Otelo Filho (2010) como conceito central do quesito psicossomática. Assim como na neurose o que importa é o destino dado à representação, diferente do fenômeno psicossomático, pois o que importa é o destino dado ao afeto.

Não é o intuído de Filho (2010) assemelhar a supressão ao recalçamento e supor um “retorno do suprimido” (Grifo do autor) através do sintoma somático. Com essa impossibilidade

não há como recalcar a representação para evitar o afeto, por não está lidando com representações e sim com acontecimentos reais nos quais está implícita uma perda ou separação.

6. RESULTADOS

Durante o período de outubro a dezembro de 2017 foi feito um levantamento de todos os artigos publicados entre os anos de 2010 a 2017 nas plataformas SciELO e PePSIC. A busca limitou-se aos artigos escritos em Português (Brasil), que cumpriam critérios quanto à qualidade metodológica e com as palavras chaves: Psicossomática, Psicanálise, Neurose de Angústia, Ansiedade e Angústia. As buscas foram realizadas por meio da combinação das palavras-chave, sendo elas descritas no quadro abaixo:

Quadro 1 - Divisão dos resultados obtidos segundo combinações de palavras-chave nas plataformas SciELO e PePSIC

BASE DE DADOS	COMBINAÇÕES DE PALAVRAS	RESULTADOS
SciELO	Psicossomática e Psicanálise	38
	Psicossomática, Psicanálise e Ansiedade	0
	Psicossomática, Psicanálise e Angústia	0
	Psicossomática, Psicanálise e Neurose de Angústia	0
PePSIC	Psicossomática e Psicanálise	32
	Psicossomática, Psicanálise e Ansiedade	1
	Psicossomática, Psicanálise e Angústia	3
	Psicossomática, Psicanálise e Neurose de Angústia	0
TOTAL		74

Fonte: Informações selecionadas através da busca por artigos nas bases de dados <http://www.scielo.br> e <http://portal.pepsic.bvsalud.org>

Nesse processo de triagem foram excluídos artigos com baixa qualidade metodológica, que fosse produto de estudos de revisão e que não fosse publicado no intervalo de 2010 a 2017. Foram excluídos ainda da seleção artigos que não tinham acesso na íntegra ou repetidos em ambas as bases de dados. Essa busca resultou 74 (setenta e quatro) artigos, distribuídos da seguinte forma: 38 (trinta e oito) artigos na plataforma SciELO e 36 (trinta e seis) na plataforma PePSIC.

Após a leitura dos resumos dos artigos encontrados, foram selecionados 15 (quinze) artigos que se encontravam coerentes com o problema de pesquisa investigado, sendo realizado

a leitura na íntegra dos mesmos, dispostos 07 (sete) deles na base de dados SciELO e 08 (oito) na base de dados PePSIC.

Desde modo, foi feita a leitura na íntegra dos 15 (quinze) artigos buscando apreender sua ideia principal e correlacionando-o com o tema pesquisado. Escolheu-se descrevê-los em função de seu autor, título, ano de publicação, local da publicação e ideia principal conforme tabelas 1 e 2. Dispostos em ordem cronológica de publicação, cada figura correspondente a uma das duas plataformas de busca utilizadas.

Tabela 1 – Descrição dos artigos selecionados na plataforma SciELO segundo seu autor, título, ano, local da publicação e ideia principal do texto.

AUTOR (A)	TÍTULO	LOCAL DA PUBLICAÇÃO	ANO	IDEIA PRINCIPAL
ZORZANELLI, Rafaela Teixeira	A SÍNDROME DA FADIGA CRÔNICA: Apresentação e controvérsias	Maringá - PR	2010	Neste texto foi apresentado um caso diagnosticado com síndrome da fadiga crônica e a partir desse exemplo, foram estudados os efeitos de legitimidade/ilegitimidade da experiência do adoecimento decorrentes da distinção entre doença somática e doença mental. Foi apresentado a Análise do processo de busca de explicações reduzidas ao aspecto somático da doença como reação para torná-la digna de apoio dos pares sociais e como forma de evitar associações do quadro com o que seria considerado uma doença psicossomática.
BERNARDES, Bianca e CASTRO, Elisa Kern de	DOR ABDOMINAL RECORRENTE NA CRIANÇA COMO SINTOMA DA FAMÍLIA	Brasília - DF	2010	O presente estudo está relacionado a análise de crianças que apresenta dores abdominais, que estão ligados a doenças psicossomáticas segundo estudo feito. Foi percebido ainda que a maioria dessas crianças pertence a ‘família psicossomática’ que significa organizações familiares que reforçam e mantêm sintomas psicossomáticos nos seus membros. Esses grupos familiares geralmente se comunicam por meio de uma linguagem traduzida em sintomas, não havendo mensagens verbais na medida adequada. Por fim, observou-se vínculos conturbados, a existência de eventos estressores anteriores ao sintoma, além da ocorrência de perdas reais ou simbólicas
CLEMENTE, Juliana Pereira Landim e PERES, Rodrigo Sanches	FUNCIONAMENTO PSÍQUICO E MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES SOMÁTICOS: Reflexões a partir da noção de desafetação.	Rio de Janeiro - RJ	2010	A noção de desafetação será utilizada como operador conceitual básico. Trata-se de um distúrbio da economia afetiva típico de pacientes somáticos, o qual promove uma incapacidade quase total em manter contato com as emoções próprias e alheias. Dentro da clínica psicanalítica com pacientes somáticos, destaca-se que ao profissional será imposto o desafio de funcionar como uma espécie de filtro, capaz de regular o fluxo de excitações, que tende a desencadear descargas corporais em função da inviabilidade, associada à

				desafetação, e de recorrer às palavras para torná-lo dizível.
VORCARO, Ângela LUCERO, Ariana	A CRIANÇA E A DEBILIDADE MENTAL: Uma abordagem lacaniana	São Paulo - SP	2011	A ideia principal do texto é apresentar a extensão do conceito de debilidade permite distinguir o lugar do equívoco, como presença do Real no Simbólico ou seja, no sentido da presença do Imaginário no Simbólico referenciado por Lacan. Apresenta ainda alguns elementos que permitam diferenciar psicose, psicossomática, debilidade mental e inibição intelectual.
WINOGRAD, Monah; e TEIXEIRA, Leônia Cavalcanti	AFETO E ADOECIMENTO DO CORPO: Considerações psicanalíticas	Rio de Janeiro - RJ	2011	Neste ensaio, investigamos inicialmente a metapsicologia freudiana do afeto para, em seguida, propor elaborações a respeito dos destinos do corpo nas formações psicossomáticas. Com a ênfase da psicanálise no recálque, a problemática do afeto teria ficado em segundo plano, causando uma lacuna comprometedora dos rumos dos atos clínicos, pois a investigação das psicopatologias somáticas exige re-elaborações metapsicológicas que contemplem os lugares do corpo e do afeto.
PINHEIRO, Nadja Nara Barbosa e MAIA, Maria Vitória Mamede	FENÔMENO HISTÉRICO OU PSICOSSOMÁTICO? RELENDO O HOMEM DOS LOBOS COM WINNICOTT	Rio de Janeiro - RJ	2011	O artigo apresenta uma reflexão teórica sobre os adoecimentos psicossomáticos que nos permita enfrentar seus impasses clínicos tomando como referências Freud e Winnicott. O estudo da angústia como afeto que funda as relações soma/psique nos levou ao estudo da Histeria de Angústia trabalhada, por Freud, no caso clínico do Homem dos Lobos, onde as afecções intestinais foram entendidas como um fenômeno histórico.
ZORZANELLI, Rafaela Teixeira	SOBRE OS DIAGNÓSTICOS DAS DOENÇAS SEM EXPLICAÇÃO MÉDICA.	Maringá - PR	2011	Este artigo apresenta uma evolução dos diagnósticos médicos desde do século XIX com base no Manual de Diagnósticos e estatística dos transtornos mentais de doenças sem lesões. As classificações utilizadas para esses quadros estão de acordo com os paradigmas da irritabilidade, do arco-reflexo e do sistema nervoso central.

Fonte: artigos selecionados na base de dados <http://www.scielo.br>

Tabela 2 – Descrição dos artigos selecionados na plataforma PePSIC segundo seu autor, título, ano e ideia principal do texto.

AUTOR (A)	TÍTULO	LOCAL DA PUBLICAÇÃO	ANO	IDEIA PRINCIPAL
PERES, Rodrigo Sanches e SANTOS, Manoel Antônio dos.	O CONCEITO DE PSICOSE ATUAL NA PSICOSSOMÁTICA PSICANALÍTICA	São Paulo - SP	2010	O presente estudo tem como objetivo contemplar possíveis intersecções entre psicanálise, psicossomática e psicopatologia a partir do delineamento de McDougall: "psicose atual". Embora constituída com base em um núcleo psicótico, a psicose atual remete a uma problemática pré-neurótica, uma vez

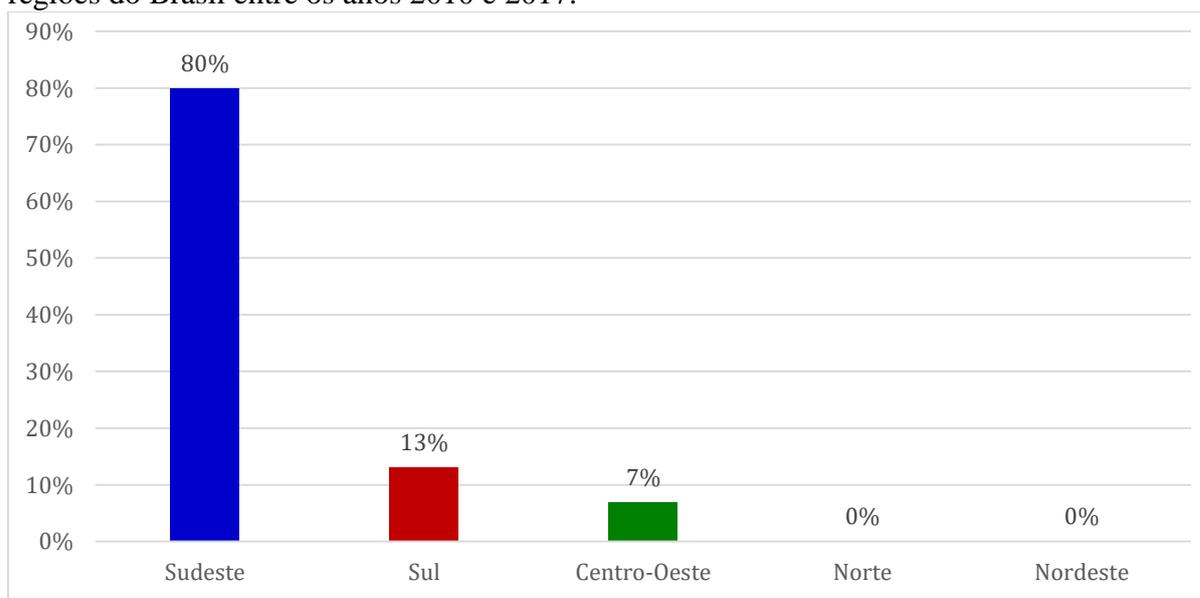
	CA DE JOYCE MCDUGALL			que não resulta na produção de alucinações ou delírios, mas leva o corpo a se comportar de forma delirante, o que predispõe o sujeito a doenças orgânicas. Que seriam, resultantes da ação de mecanismos somáticos, e não mentais, disparados por conflitos de ordem emocional.
SILVA, Gustavo Vieira da. e PINHEIRO, Nadja Nara Barbosa.	ANTES DO NOME”: Articulações entre a angústia e os fenômenos psicossomáticos em Freud e Winnicott	Barbacena-MG	2010	O artigo apresenta a relação entre angústia e fenômenos psicossomáticos em Freud e Winnicott. Freud indica uma participação sexual somática na origem da angústia, situando-a na fronteira entre o somático e o psíquico, como um afeto que funda a subjetividade. Winnicott apresenta uma interface entre as noções de angústia impensável e integração psicossomática. Essas considerações indicam a possibilidade de sofrimentos que se manifestam na fronteira entre a psique e a soma.
MAIA, Maria Vitória Campos Mamede. e Pinheiro, Nadja Nara Barbosa	A CLINICA PSICANALISTA DOS TRANSTORNOS PSICOSSOMÁTICOS: de Freud a Winnicott	São Paulo - SP	2010	O artigo reflete sobre as dificuldades da clínica dos Transtornos Psicossomáticos. Baseia-se em Freud e Winnicott para conceituá-los como uma defesa psíquica referente a um modo de organização subjetiva bastante arcaico do desenvolvimento afetivo no qual a função simbólica operada pela linguagem ainda não fora alcançada pelo infante.
DIA, Maria de Fátima.	A EXISTÊNCIA PSICOSSOMÁTICA: Aspectos clínicos	Uberaba - MG	2011	O artigo apresenta a ideia de um ser humano marcado pela divisão corpo/mente, temos uma compreensão de uma existência psicossomática, ou seja, o reconhecimento de que a existência humana somente é possível quando sustentada num corpo vivo e alterações sofridas na clínica psicanalítica pelo referencial winnicottiano. Encontramos ainda alguns conceitos de criatividade originária, tendência inata à integração, noção de elaboração imaginativa, alojamento da psique no corpo, ideia de que a mente é uma especialização da psique, noção da mãe como objeto subjetivo, importância do ambiente etc.
LINDENMEYER, Cristina.	QUAL É O ESTATUTO DO CORPO NA PSICANÁLISE ?	Rio de Janeiro - RJ	2012	Este texto constituiu uma reabertura aos debates em torno das questões corporais e suas manifestações são compreendidos a partir de noções como: imagem do corpo, imagem inconsciente do corpo, pacientes psicossomáticos, manifestações psicossomáticas, ou fenômenos psicossomáticos, enfim, uma inflação de noções que nos distanciam da proposta freudiana. Esta confusão não data de hoje!
ÁVILA, Lazslo Antonio.	O CORPO, A SUBJETIVIDADE E A PSICOSSOMÁTICA.	Rio de Janeiro - RJ	2012	O corpo vivo fornece o significado biográfico que é necessário para uma melhor compreensão das doenças enquanto experiências pessoais passíveis de intervenção psicoterapêutica. Finalmente, a complexidade das relações entre o corpo e a subjetividade é demarcada pela perspectiva da psicossomática de orientação psicanalítica.

LEITE, Sonia	HISTERIA DE CONVERSÃO: Algumas questões sobre o corpo na psicanálise	Rio de Janeiro - RJ	2012	O artigo destaca a noção de solicitação somática como ponto teórico fundamental para compreender o mecanismo de conversão do sofrimento psíquico em sofrimento físico. Destaca, ainda, que tal noção antecipa o conceito freudiano de pulsão de morte.
BARISON, Osvaldo Luís.	CABLOCO NA CIDADE.	São Paulo - SP	2014	Estudo de caso que investiga como a angústia gerada na perda da identidade provocou somatizações e sofrimento. A superação desse estado se deu com o desenvolvimento da capacidade de pensar e simbolizar, atribuindo significados psíquicos às vivências afetivas.

Fonte: artigos selecionados na base de dados <http://portal.pepsic.bvsalud.org>

Dos estudos analisados nas plataformas PePSIC e SciELO, observou-se que a região Sudeste apresentou maior número de publicações acerca do assunto estudado, seguido pela região Sul e por último a região Centro-Oeste. A distribuição pelos estados que compõem cada região se deu conforme a seguir: A região Sudeste apresentou 12 (doze) publicações, sendo 06 (seis) no Rio de Janeiro, 04 (quatro) em São Paulo e 02 (duas) em Minas Gerais. Em seguida a região Sul, representada pelo estado do Paraná com 02 (duas) publicações e em último lugar o Centro-Oeste, representado por Distrito Federal com 01 (uma) publicação. As regiões Norte e Nordeste não apresentaram nenhuma publicação nas bases de dados utilizados, observados os critérios de inclusão e exclusão deste estudo.

Gráfico 1 – Distribuição das publicações selecionadas nas plataformas PePSIC e SciELO por regiões do Brasil entre os anos 2010 e 2017.

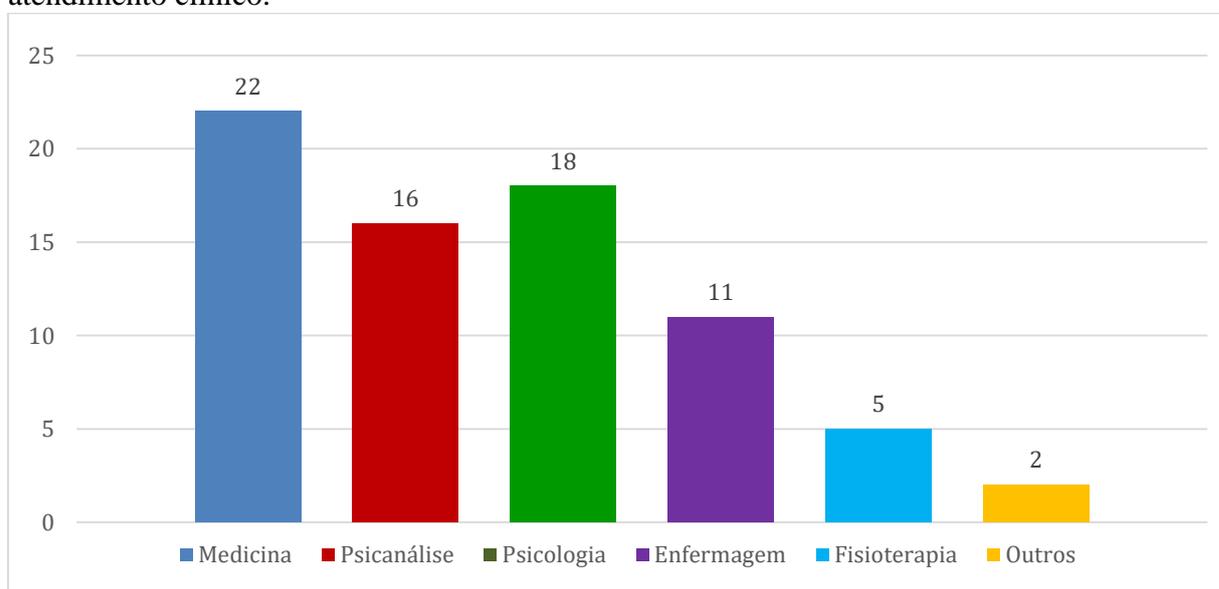


Fonte: Gráfico elaborado pelo autor com base nos resultados obtidos nas plataformas digitais: SciELO e PePSIC.

Verifica-se no gráfico 1, que há expressiva quantidade de publicação na região Sudeste representando 80% (oitenta) das publicações, seguido pela região Sul com 13% (treze) e 7% (sete) na região Centro-Oeste. Não foi verificada publicações nas regiões Norte e Nordeste.

Nesse levantamento geral foi percebido que dentre os 74 (setenta e quatro) artigos analisados, o maior número de publicações acerca do tema psicossomática foram escritos por médicos. No entanto, houveram parte significativa dos escritos por profissionais de outras áreas como psicólogos, psicanalistas, enfermeiros fisioterapeutas e outros. Os gráficos a seguir ilustram o comparativo entre as áreas do conhecimento.

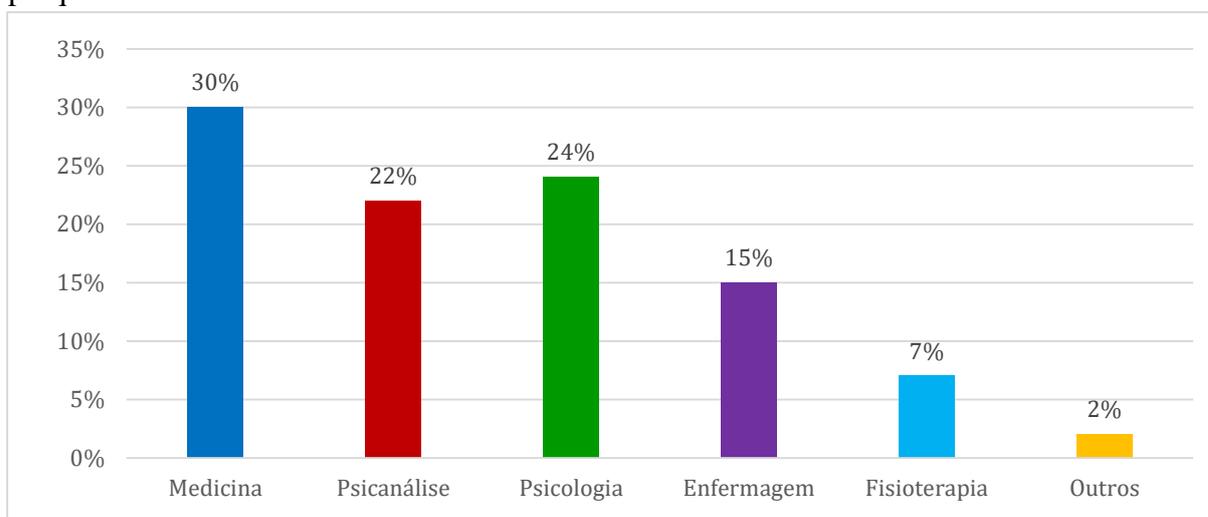
Gráfico 2 – Comparativo das áreas do conhecimento nos artigos selecionados nas plataformas PePSIC e SciELO segundo especialistas da área da saúde, como docente, pesquisador ou atendimento clínico.



Fonte: Gráfico elaborado pelo autor com base nos resultados obtidos nas plataformas digitais: SciELO e PePSIC

Transformando esses resultados brutos em % obteve-se os seguintes percentis, conforme descreve o gráfico 3 a seguir:

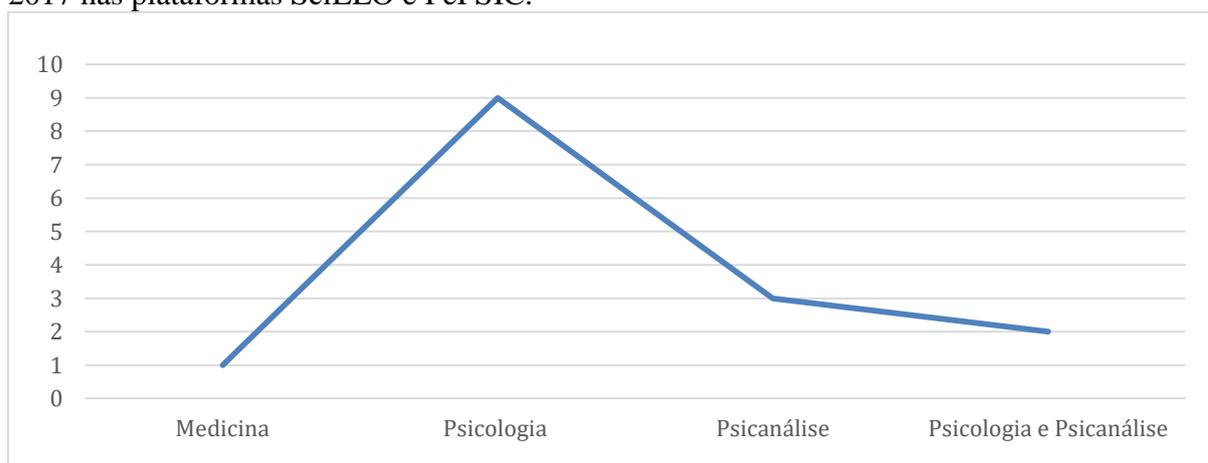
Gráfico 3 – Comparativo em percentil das áreas do conhecimento nos artigos encontrados nas plataformas PePSIC e SciELO segundo especialistas da área da saúde, como docente, pesquisador ou atendimento clínico.



Fonte: Gráfico elaborado pelo autor com base nos resultados brutos obtidos nas plataformas digitais: SciELO e PePSIC

Durante a análise dos 15 (quinze) artigos selecionados para o estudo em questão, evidenciou-se uma crescente nas publicações da área Psicologia. Para uma melhor visualização desse dado foi elaborado um gráfico que ilustra a linha de crescimento das publicações. Percebeu-se assim que a psicologia tem liderado o ranking entre as publicações nos últimos 07 (sete) anos, nas bases de dados SciELO e PePSIC, como demonstra a gráfico 4.

Gráfico 4 – Ranking das publicações acerca do tema psicossomática entre os anos de 2010 e 2017 nas plataformas SciELO e PePSIC.



Fonte: Gráfico elaborado pelo autor com base nos resultados obtidos nas plataformas digitais: SciELO e PePSIC

Nesse processo, percebeu-se que os profissionais de psicologia no ano de 2010 foram os que mais publicaram artigos relacionado a psicossomática, chegando a 06 (seis) artigos

publicados. Em 2011 houve uma queda de 50% (cinquenta), havendo apenas 03 (três) publicações acerca da temática e nos anos seguintes até o ano de 2017 não houveram publicações por esses profissionais nas referidas plataformas.

Os psicanalistas ficaram em segundo lugar entre o período de 2010 a 2017. Contudo, nos anos de 2010 e 2011 não houveram publicações, em 2012 tiveram duas publicações e em 2014 teve uma publicação. Nos anos de 2013, 2015 a 2017 não foram localizadas publicações desses profissionais acerca do assunto nas plataformas pesquisadas.

7. DISCUSSÃO

A psicossomática enquanto área de conhecimento no campo da saúde, de um modo geral, discorre sobre a dificuldade de elaboração e resolução dos conflitos internos latentes que por consequência ganham simbolismo e significado através de manifestações apresentadas no corpo. Para compreender a organização psicossomática do paciente é necessário falar dessa passagem do simbólico para o real. Falar também de desenvolvimento infantil para compreender esse simbolismo torna-se ainda mais imprescindível, partindo do princípio de que na infância há início dessa relação de comunicação e expressão mais simbólica através do corpo e do mundo (EKSTERMAN, 2010).

É percebido que pouco houve de exploração em pesquisas e artigos no campo da psicossomática e do desenvolvimento infantil. Tampouco de outras necessidades trazidas pela área como por exemplo para o manejo do atendimento aos pacientes somatizadores, considerados hoje nos serviços de saúde como falseadores de uma dor e sofrimento inexistentes.

Mediante o levantamento de artigos neste trabalho foi percebido que dos 74 artigos encontrados 50% desses artigos foram publicados por médicos. No entanto, a partir de 2007 houve uma queda muito grande de publicações encontradas acerca da medicina psicossomática. Esse desinteresse pode estar ligado ao que Eksterman (2010) fala acerca de que as doenças psicossomáticas causam no profissional da saúde e no paciente uma frustração. Por não saberem identificar uma causa física para tais sintomas a medicina em si não vê aparatos teóricos e técnicos para interpretação da subjetividade do paciente manifesta em adoecimento físico.

Percebe-se que esse sentimento não atinge apenas os médicos. Fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos e outros profissionais também se afligem com tal demanda como afirmar MELLO-FILHO (2010) no livro 'Psicossomática hoje'. Fato esse que pode ser evidenciado com o crescente interesse pelo assunto nos anos de 2010 e 2011. Porém, esse

interesse teórico pela psicossomática não perseverou. Entre 2012 a 2017 não houveram publicações exclusivas desses profissionais. Foram encontrados no ano de 2011 publicações de profissionais de psicologia e psicanálise, e que não continuaram a investir nessa temática.

Outro fato percebido refere-se a escassez de artigos publicados com interface da psicossomática com os transtornos de ansiedade. Essa temática tão evidente e manifesta na área da saúde está presente nos escritos de Freud, Melanie Klein, Zirmerman, Volich, Jung, Bion, Mello e diversas outras biografias. A maioria dos trabalhos encontrados estão relacionados a doenças de pele, fibromialgia, câncer ou com pacientes que passaram por algum procedimento médico, seja cirúrgico ou não, e que no seu período de internação desenvolveram quadros ansiosos por não saber compreender e elaborar o processo de recuperação.

Por se tratar de um assunto desafiador e por exigir do profissional um aparato teórico e de manejo maior com relação a interpretação do simbolismo/subjetividade expressa pelo paciente, são nítidas as dificuldades em trabalhar esse tema na área psicanalítica. Deve-se levar em conta ainda, que a maioria dos escritos se limita à teoria psicanalítica, bem como, exceto por Freud, não há no mundo literário psicanalítico uma grande evolução do assunto em questão.

Assim, no exercício da medicina psicossomática como relata Volich (2016) o profissional sente uma grande frustração ao lidar, tratar e acompanhar pacientes psicossomáticos. Há uma limitação na interpretação da subjetividade do paciente por parte do profissional de medicina e o insucesso na obtenção de um diagnóstico preciso acerca dos sintomas biológicos manifesto na crise de neurose de angústia (ansiedade) por não ter origem física.

Outro ponto importante que se destaca, foi que a maioria dos autores lidos nessa pesquisa relatam que as manifestações psicossomáticas é a ausência do simbolismo presente nos eventos vivenciado pelo sujeito. Ou seja, há uma excitação de energia psíquica antes, durante ou após um evento, traumático ou não, onde o paciente não consegue lidar com dada situação, acontecendo assim uma “indigestão mental” conforme aponta Bion (2017). Pensando neste fenômeno como um processo antes, durante e após um evento conflituoso, à classificação diagnóstica dentro da psicossomática apenas prevê os quadros onde essas intercorrências estiveram presentes várias vezes em um longo período determinado. A simbolização apresentada expressa no corpo do paciente é entendida como uma forma de comunicação do aparelho psíquico, de um conflito não elaborado pelo sujeito.

Outra consideração feita é de que, conforme já posto por Zimerman (1999), dificilmente pacientes somatizadores buscam o serviço de psicologia de forma espontânea. Na maioria dos

casos eles são encaminhados pelos médicos clínicos. Assim, observa-se que, para que a procura por tratamento se torne a fundamental, é importante estabelecer um bom vínculo terapêutico com o paciente, levando em consideração os aspectos transferenciais e contratransferenciais, bem como avaliando a motivação, disposição, engajamento existente para o tratamento por parte do paciente. Contudo, o que é percebido nos serviços de saúde é, que além da não procura por atendimento, esses pacientes passam a ser “conhecidos” pelos profissionais e sua abordagem ficando cada vez mais resistente e conflituosa (por ambas).

Pensando nessa problemática, foi desenvolvido em 2015 um protocolo pela Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina um manual para o acolhimento e atendimento de Transtornos Dissociativos, Conversivos e Somatoformes. Nele é descrito a situação a ser abordada, a classificação diagnóstica possível segundo os manuais classificatórios, os possíveis locais de tratamento, o tratamento, as recomendações e o algoritmo para crises dissociativas.

O diagnóstico é feito mediante a avaliação dos sintomas em um aspecto normal patológico e neurológico ao psicológico. O protocolo de atenção psicossocial (2015) orienta que deve ser feita uma avaliação do meio cultural e tradições religiosas que o paciente está inserido, no entanto, o profissional não deve se envolver ou questionar suas crenças.

Os possíveis locais de tratamento para pacientes com esse transtorno são nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Nos momentos de crise aguda, são encaminhados para as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Pronto Socorro hospitalares (PS) e até, para Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). Estes casos, como regra, apresentado pelo protocolo de atenção psicossocial (2015) não são encaminhados a internação e muito menos à uma avaliação na triagem de hospital psiquiátrico. Todo tratamento fora da crise deve acontecer no ambulatório.

No decorrer do tratamento, durante as crises, é importante esclarecer o caráter emocional do quadro, em linguagem suave e em posição de ajuda sem haver intensa relação terapêutica formatada por uma transferência bem montada. A confrontação do paciente com seus sintomas, apelando para a razão, não é “resolutiva” (grifo meu), gerando uma revolta em pacientes que são bem mais suscetíveis e afetados, com acentuação da sintomatologia presente conforme protocolo de atenção psicossocial (2015).

O protocolo de atenção psicossocial (2015) apresenta algumas recomendações que serão apresentadas algumas delas que elenquei que seja mais importante e serão apresentadas na íntegra a seguir:

- ✓ Evite intervenções diagnósticas e terapêuticas invasivas.

- ✓ Diminuir o tamanho do problema, dando a impressão, ao paciente, que o problema é sem importância, fará com que ele retorne ao serviço, ou busque outro serviço, com as mesmas queixas.
- ✓ Tranquilizar o paciente de que os sintomas são reais, apesar da falta de um diagnóstico definitivo orgânico. Mostrar a ele que seria inútil fazer exames que não possam acrescentar nada à pesquisa do problema.
- ✓ Fornecer garantia de que nenhuma evidência de um transtorno neurológico subjacente está presente com base no exame realizado e que o prognóstico para a recuperação é bom.
- ✓ Fornecer reforço positivo sempre que os sintomas melhorem espontaneamente.
- ✓ Podem ser fornecidas regularmente consultas breves, de acompanhamento, evitando que o paciente venha em crise, após ter desaparecido do serviço de saúde por meses.
- ✓ O ideal seria haver possibilidade de acompanhamento regular com psicólogo.
- ✓ A consulta com fisioterapeuta pode ser indicada para aqueles com grande distúrbio motor ou da marcha, por tempo longo. O contato do clínico geral, do psicólogo ou do psiquiatra com o fisioterapeuta, esclarecendo sua opinião, é importante.
- ✓ O psiquiatra é geralmente indicado quando os sintomas persistem. Pode ajudar na identificação de estressores psicológicos simbolicamente ligados aos sintomas e outros fatores de risco para transtorno de conversão. Medicamentos poderão ser utilizados de forma temporária, num contexto planejado.
- ✓ A apresentação do diagnóstico ao paciente, se ele solicitar insistentemente, deve ser feita com muito tato, cuidando para não usar palavras que possam ser mal interpretadas ou possam ser sentidas como ofensivas.

Outro ponto importante que o manual apresenta é que o profissional deve evitar ficar só com o paciente quando tiver que executar alguns exames que necessite toques no corpo, pois o pode despertar no paciente fantasias de sedução sexual. Ainda sobre as seduções do paciente com o profissional é importante ressaltar que o paciente tentará a todo custo seduzir o profissional em busca de solicitar novos exames, que serão desnecessários, assim, como o fornecimento de medicações solicitada pelo mesmo deve ser negada.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dessa proposição a doença orgânica é uma expressão simbólica manifestada pelo inconsciente com a finalidade de compensação por meio da consciência, que tem como propósito levar o indivíduo a integrar a um material reprimido e assim religar o ego ao seu eixo como a psicologia analítica chama de Self. Portanto, para RAMOS (2006), a somatização será entendida como uma compensação, um caminho encontrado diante de um excesso de energia canalizado parcialmente pelo paciente, utilizando o corpo como meio mais concreto para realizar sua meta que é a elaboração e comunicação do seu sofrimento psíquico.

Mediante o exposto nesse trabalho, há uma grande necessidade de melhor entendimento dessa patologia, que é muito frequente em diferentes áreas médicas. Há necessidade de mais estudos sobre classificação, que será necessário no sentido de solucionar controvérsias, simplificar o diagnóstico e melhorar o manejo da somatização por parte dos profissionais da saúde e maior assertividade no tratamento, com o intuito de amenizar os sofrimentos presentes.

A psicanálise tem contribuído valiosamente com a teoria psicossomática, no sentido de qualquer que seja o momento de sua evolução, a teoria psicossomática literalmente permanece ligada à psicopatologia e às noções de psiconeuroses. Nesse contexto, podemos destacar a relevância dos benefícios que a visão psicossomática psicanalista trouxe para a compreender as manifestações somatoformes dos pacientes, auxiliando os profissionais da psicologia e da área da saúde no entendimento da etiologia das doenças psicossomáticas, dos pacientes e das queixas apresentadas pelos mesmos. Um recente estudo da medicina psicossomática apresenta um olhar integrado, ou seja, uma visão voltada não para a doença e sim para o indivíduo.

Assim, ao realizar esse estudo fica evidenciado que o paciente ao ser tratado pelo profissional de saúde, o manejo técnico deve ser direcionado para a compreensão do indivíduo sem ignorar a dualidade de psique e soma, observando os múltiplos níveis e domínios de igual importância, sem fragmentar como orientava o modelo biomédico.

A constatação da influência da carga afetivo-emocional na gênese de muitas enfermidades constitui-se em desenvolvimento proeminente para os estudos da medicina e da psicologia na atualidade. Uma vez que o ser humano está constantemente interagindo com outros objetos e ambientes, a medicina psicossomática e os profissionais de psicologia visam nesta interação desenvolver o sujeito para os processos naturais de cura em conformidade com os programas de saúde convencionais.

REFERÊNCIAS

AULAGNIER, Piera. **A violência da interpretação: do pictograma ao enunciado** (1975). Rio de Janeiro: Editora Imago, 1979.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5**. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento e revisão de Aristides Volpato Cordioli. 5ª Edição. Porto Alegre: Editora Artmed, 2014.

ASHLEY, Montagu. **Tocar: O significado humano da pele**. 10ª Edição. Tradução: Maria Silva Mourão; Editora Summus, São Paulo, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Rede de atenção psicossocial (RAPS). **Transtornos dissociativos, conversivos e Somatoformes: Protocolo de acolhimento no sistema único de saúde (SUS)**. Santa Catarina. Editora Ministério da saúde, 2015. p.11. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=9189&Itemid=85>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2018.

BASEGGIO, Denice Bortolin. **Revista de Psicologia da IMED**. Psicossomática na infância: uma abordagem psicodinâmica. vol.4, n.1, p. 629- 639, 2012. Disponível em: <<https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/230/194>> Acesso em 18 de Outubro de 2017.

EKSTERMAN, Abram; **Psicossomática: O diálogo entre a psicanálise e a medicina**. In. MELLO-FILHO, Júlio de. **Psicossomática hoje**. 2ª Edição. Porto Alegre: Editora Artmed, 2010. p. 93 – 105.

FILHO. Otelo Corrêa dos Santos; **Histeria, hipocondria e fenômeno psicossomático**. In. MELLO-FILHO, Júlio de. **Psicossomática hoje**. 2ª Edição. Porto Alegre: Editora Artmed, 2010. p. 153 – 157.

FERREIRA, Sónia et al. **Inventário de somatização para crianças (isc-24)**. Psic., Saúde & Doenças, Lisboa, v. 15, n. 3, p. 751-767, 2014. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862014000300015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 Janeiro 2018. <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150315>.

FREUD, Sigmund; BREUER, J. Estudos sobre histeria. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Vol. II (1983-1985). 1ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2009.

FREUD, Sigmund. Primeiras publicações psicanalíticas. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Vol. III (1893-1899). 1ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2009.

_____ Um estudo autobiográfico. Inibições, sintomas e ansiedade. A questão da análise leiga e outros trabalhos. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Vol. XX (1925-1926). 1ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2009.

_____ Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico: observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia – o caso Shereber, artigo sobre a técnica e outros textos. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. Vol. X (1911-1913). 1ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2009.

_____ O ego e o id e outros trabalhos. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. Vol. XIX (1923-1925). 1ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2009.

_____ Além do princípio do prazer. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. Vol. XVIII (1925-1926). 1ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2009.

_____ A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. Vol. XIV (1914-1916). 1ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2009.

_____ A interpretação dos sonhos. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. Vol. IV (1900). 1ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2009.

KIRSCHBAUM, Isaias. **Breve introdução a algumas ideias de Bion**. NIGLEORINI, Loide (Org). 1ª Edição. São Paulo: Editora Blucher, 2017.

LIPOWSKI, Z..J. (1988). **Somatização: o conceito e sua aplicação clínica**. *Jornal Americano de Psiquiatria*, 145, 1358-1368, 1988. Disponível em: <<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ajp.145.11.1358>> Acesso em 16 de Maio de 2018.

McDOUGALL, Joyce. **Revista Internacional de Psicanálise**. A psicossomática e o processo psicanalítico, v. 1, p. 437-459, 1974. Disponível em: <<https://translate.google.com.br/translate?hl=ptBR&sl=en&u=https://pdfs.semanticscholar.org/3037/92797f901a314f4c964b9a96e47b723ac625.pdf&prev=search>> Acesso em: 16 de Maio de 2018.

MELLO-FILHO, Júlio de. **Psicossomática hoje**. 2ª Edição. Porto Alegre: Editora Artmed, 2010.

NÓBREGA, Luís Fernando de. **Breve introdução a algumas ideias de Bion**. São Paulo: Editora Blucher, 2017. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/jp/v50n92/v50n92a28.pdf>>. Acesso em: 24 de agosto de 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamentos da CID-10**: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução Dorgival Caetano. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1993.

_____ Organização Pan-Americana de Saúde - Brasil. **Aumenta o número de pessoas com depressão no mundo**. Brasília, 2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5354:aumenta-o-numero-de-pessoas-com-depressao-no-mundo&Itemid=839. Acesso em 23 de março de 2018.

PRIMO, Pedro Carlos. **A psicossomática na obra de Freud**. 2003. Disponível em: <http://www.institutotelepsi.med.br/Links_imagens/psicossomatica.htm>. Acesso em 20 de outubro de 2017.

RAMOS, D.G. **A Psique do Corpo: a dimensão simbólica da doença**. São Paulo: Editora Summus, 2006.

VOLICH, Rubens Marcelo. **Psicossomática – de Hipócrates à Psicanálise**. 8 ed. São Paulo: casa do psicólogo. 2016.

_____. **O eu e o outro: por uma semiologia psicossomática da angústia**. In. VOLICH, R. M., FERRAZ, F. C. & RANÑA W. (Org) *Psicossoma III: interfaces da psicossomática*. São Paulo, Editora Casa do psicólogo, 2003, p. 309-323.

ZIRMERMAN, David E. **Manual de técnicas psicanalítica: uma revisão**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2004.

ZIRMERMAN, David E. **Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática**. Porto Alegre: Editora Artmed, 1999.

ZIWAR, M. **Revista Francesa de Psicanálise**. Psicanálise das principais síndromes psicossomáticas. Vol. 13, n. 4, p. 507, 1949. Disponível em: <<https://translate.google.com.br/translate?hl=pt-BR&sl=fr&u=https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse.htm&prev=search>> Acesso em: 20 de Janeiro de 2018.