



Dossiê II Congresso Internacional Psicanálise e Filosofia: Psicanálise e os Labirintos da Alma

A interface mente-corpo e a dor física nos primórdios da teoria freudiana das neuroses

The Mind-Body Interface and Physical Pain in the Beginning of the Freudian Theory of Neurosis

 Josiane Cristina Bocchi

 Rodrigo Sanches Peres

Resumo: Este artigo apresenta e discute um conjunto de formulações teórico-clínicas de Freud sobre as neuroses atuais e sobre a melancolia. Estabeleceu-se um recorte de textos freudianos (de 1893 a 1898) para investigar as noções de tensão sexual somática, anestesia sexual, libido e angústia no começo da teoria das neuroses. O objetivo é extrair reflexões sobre os processos de dor física nessa etapa do pensamento freudiano. Como resultados, encontramos mecanismos comuns à dor física, à melancolia e à neurastenia. Trata-se de uma dinâmica afetiva caracterizada por inibição psíquica, retraimento da libido e empobrecimento nos processos pulsionais. A propensão à dor física vincula-se ao abandono de excitações ligadas a grupos de representações psíquicas, com consequente perda de significados para o sujeito. A escuta psicanalítica dos sofrimentos corporais deve estar atenta ao desafio de recriar meios para uma reapropriação subjetiva de experiências corporais próprias.

Palavras-chave: neuroses atuais; dor física; psicanálise; corpo.

Abstract

This article presents and discusses a set of theoretical-clinical formulations of Freud on actual neurosis and melancholia. It is established a cut of Freudian texts (from 1893 to 1898) to investigate the notions of somatic sexual tension, sexual anesthesia, libido and anxiety at the beginning of the theory of neuroses. The objective is to extract reflections on the processes of physical pain in this stage of Freudian thought. As results, we found mechanisms common to physical pain, melancholia and neurasthenia. It is a dynamic of affects characterized by psychic inhibition, withdrawal of libido and impoverishment in the processes of the drives. The propensity to physical pain is linked to the abandonment of excitations associated with groups of psychic representations, with consequent loss of meanings for the subject. The psychoanalytic listening of bodily sufferings must be attentive to the challenge of recreating means for a subjective reappropriation of own bodily experiences.

Keywords: actual neurosis; physical pain; psychoanalysis; body.

1. Introdução

O interesse do presente estudo recai sobre formulações veiculadas no período inicial do estudo de Freud acerca das neuroses atuais e da melancolia, e também, a propósito do papel, na interface mente-corpo e, particularmente, nos processos de dor física, daquilo que, no pensamento freudiano, é chamado de “tensão sexual somática”. Ocorre que, nas neuroses atuais, o sofrimento psíquico manifesta-se primordialmente no corpo, na forma de perturbações físicas diversas e de sensações desagradáveis, muitas vezes, dolorosas. Freud defendeu que essas manifestações estariam presentes, sobretudo, na neurastenia, na neurose de angústia, nas depressões brandas e, por um tempo, também na hipocondria, condições clínicas que ele reuniu sob a rubrica das neuroses atuais e contemplou em textos de 1893 a 1898, em meio a outras teses acerca da origem sexual das neuroses.

Neste período, considerando os processos relacionados à dor física, chama a atenção o fato de que, para Freud, nas neuroses atuais o corpo e a libido parecem se situar no limiar entre o adoecimento orgânico e o trauma sexual psíquico. Vale destacar que o autor classificou, em diversas ocasiões, o trauma sexual como um fator gerador de neuroses mediante o ingresso, no registro psíquico, da tensão suscitada por eventos dessa natureza. Assim, além das queixas egodistônicas e de sua vinculação com uma vida sexual insatisfatória, as neuroses atuais teriam um papel potencial na evolução das psiconeuroses descritas no quadro da primeira nosografia psicanalítica, dentre as quais a histeria e a neurose obsessiva.

Como se sabe, Freud deu prioridade ao estudo das psiconeuroses e não se aprofundou na exploração das neuroses atuais (Junqueira e Coelho Junior, 2006). Tanto é que elas não foram objeto de exame pormenorizado por ele após 1898. Contudo, a retomada do assunto é apontada como pertinente (McDougall, 1986/2015, Le Poulichet, 1994/1996 e Pontalis, 1977/2005). Há trabalhos que discutem a convergência entre as neuroses atuais e algumas patologias da atualidade, especialmente aquelas que divergem do modelo da neurose como recalque (Ritter, 2013 e Gondar, 2001). Para se ter uma ideia, o estudo das relações entre a melancolia e o luto ou entre a melancolia e a dor física, assim como do tema das doenças orgânicas em Freud, ficam incompletos sem o resgate das concepções daquela fase inicial da teoria das neuroses, nomeadamente por conta das noções de anestesia sexual e angústia não representada.

Igualmente é notório que Freud se debruçou sobre a melancolia em 1917, ao mapear suas semelhanças e diferenças frente ao luto. Mas as coordenadas básicas dessa empreitada foram estabelecidas por ele na última década do século XIX, ao preconizar que a melancolia consistiria em um luto por perda da libido (Freud, 1895/1986). Para além disso, o autor defendeu que a tensão

desencadeada pela perda da libido melancólica não se comunicaria com os neurônios associados, o que remeteria ao modelo energético da dor física introduzido no *Projeto para uma psicologia científica* (Freud, 1950[1895]/2003). Justamente por esse motivo, alguns autores contemporâneos reconhecem a existência de uma dimensão melancólica em muitos casos de dor física, especialmente a crônica (Nasio, 2008 e Santos e Peres, 2016).

Neste sentido, o objetivo do presente estudo é veicular reflexões acerca das formulações teórico-clínicas de Freud sobre as neuroses atuais e a melancolia, bem como delinear suas possíveis relações com a interface mente-corpo e a tensão sexual somática na dor física. A exploração do assunto parece ser fundamental quando se trata de investigar teoricamente as fontes não psíquicas da angústia e da libido. E cabe esclarecer que, em termos práticos, a relevância do recorte estabelecido no presente estudo torna-se patente quando se leva em conta que problemas médicos de fisiopatologia desconhecida e/ou com dor física desvinculada de lesões subjacentes são queixas cada vez mais comuns nos serviços de saúde, sendo frequentemente aquelas que motivam a busca por atendimento médico ou psicológico.

2. Neuroses atuais e primeiras formulações freudianas sobre a melancolia

As neuroses atuais ficaram em segundo plano na teoria psicanalítica sobretudo devido à ênfase conferida ao papel do recalque e ao espaço que a sexualidade infantil adquiriu na constituição do campo psicanalítico (Ferraz, 2010). Afinal as condições clínicas em questão, de modo geral, estariam vinculadas a impasses afetivos e perturbações da vida sexual presente. A terminologia “atual”, assim, é referente à temporalidade que marca a constituição sexual e seus encaminhamentos. Logo, as problemáticas das neuroses atuais não se encontrariam atreladas a conteúdos latentes passíveis de identificação por meio da associação livre e de eliminação à custa da interpretação, que vieram a ocupar um lugar central no tratamento psicanalítico.

Em *Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada neurose de angústia*, Freud afirmou o seguinte sobre a condição clínica por ele originalmente descrita: “A irritabilidade aumentada aponta sempre para um acúmulo de excitação ou incapacidade de tolerar tal acúmulo – isto é, para um acúmulo *absoluto* ou *relativo de excitação*” (1895[1894]/1996, p. 97). Outro sintoma da neurose de angústia seria a chamada “expectativa angustiada”, que se transforma em uma angústia “normal” – conhecida como ansiedade – e consiste na tendência a uma perspectiva pessimista em relação a fatos e acontecimentos diversos. Freud acrescentou que a expectativa angustiada corresponde ao sintoma nuclear das neuroses. Haveria, então, um *quantum* de angústia,

expresso de forma flutuante, que controla a escolha das representações e se liga ao conteúdo destas, ao surgir uma expectativa. Nas palavras do autor:

Esse tipo de ataque de angústia pode consistir apenas no sentimento de angústia, sem nenhuma representação associada, ou ser acompanhado da interpretação que estiver mais à mão, tal como representações de extinção da vida, ou de um acesso, ou de uma ameaça de loucura; ou então algum tipo de parestesia. (Freud, 1894b/1996, p. 98)

É frequente a correlação entre essa angústia não representada e distúrbios de outras funções corporais, combinando-se com elementos somáticos como “a respiração, a atividade cardíaca, a inervação vasomotora, ou a atividade glandular” (Freud, 1894b/1996, p. 98). Desse modo, a neurose de angústia ensejaria sintomas físicos que emergem sem mediação psíquica, como dificuldades respiratórias, alterações nos batimentos cardíacos, sudorese, tremores e calafrios, dentre outros. A referida propriedade desses sintomas dá margem a aproximações entre a neurose de angústia e a neurastenia e auxilia a compreender por que elas podem se manifestar conjuntamente em casos mistos.

Entretanto, os sintomas típicos da neurastenia seriam, para Freud: “[...] pressão intracraniana, irritação espinhal e dispepsia com flatulência e constipação” (1894b/1996, p. 95). Ademais, a neurastenia estaria relacionada a um estado de esgotamento do sistema nervoso, adquirido através da masturbação excessiva, sobretudo em homens. Já na neurose de angústia, os fatores sexuais estariam associados à continência ou à satisfação incompleta; e a angústia não representada resultaria, por sua vez, de uma tensão sexual desviada de sua descarga normal. A descrição freudiana dessas condições clínicas remete a práticas sexuais em que as excitações não eram consumadas, tais como o coito interrompido e a abstinência sexual, bastante comuns no período vitoriano, entre outras formas incompletas de satisfação (Freud, 1898/1996).

A gênese dos sintomas na neurastenia e na neurose de angústia envolveria componentes de inibição ou empobrecimento psíquico, culminado principalmente, no caso dos neurastênicos, em fadiga pela perda de excitação na esfera somática (“s.S.”). Do lado da neurose de angústia, haveria um acúmulo de excitação somática que se manifesta como angústia sem representantes psíquicos, cronicamente ou através de ataques de angústia que surgem e desaparecem subitamente. A perda de excitação poderia se dar também na esfera psíquica (nas representações ou ps.S), caracterizando a melancolia.

Nos escritos freudianos do período em pauta, é frequente notar a tese de que a tensão sexual se transforma em angústia não representada e em outras perturbações vivenciadas no registro

somático. No *Rascunho E*, Freud (1894a/1986) apontou para a incapacidade de um manejo psíquico da tensão sexual, na neurose de angústia, ao afirmar que “o afeto sexual não pode formar-se, pois falta algo nos determinantes psíquicos. Por conseguinte, a tensão física, não sendo *psiquicamente ligada*, transforma-se em — angústia” (Freud, 1894a/1986, p. 80). As manifestações somáticas, muito evidentes nesse tipo de neurose atual, resultariam de um “*déficit* no afeto sexual” e na libido (Freud, 1894a/1986, p. 81, grifos nossos).

Sendo assim, a origem das neuroses atuais deveria ser buscada na esfera corporal. Aprofundando esse argumento, a neurose de angústia, especificamente, seria causada por um acúmulo de tensão sexual física que não foi suficientemente “ligada” do ponto de vista psíquico, de modo que condição da angústia adviria de um represamento, assim como a histeria. A diferença é que, na histeria, operaria um mecanismo psíquico – um traço mnêmico, uma lembrança penosa – e um conflito (Peres, Caropreso e Simanke, 2015). Principalmente à custa do recalque, a tensão sexual somática, na histeria, passaria a tramitar no aparelho mental, oportunizando a formação de sintomas dotados de significação simbólica e que desvelam uma espécie de “anatomia imaginária” (Volich, 1998).

Na neurose de angústia, o afeto angustiante não provém do conflito ou do recalque, e nem de períodos do passado, mas, sim de uma excitação atual que cresce no plano somático e que não se transforma em libido, isto é, em energia ligada. Logo, as excitações sexuais, também chamadas de tensão sexual física, mencionadas por Freud no *Rascunho E* (1894a/1986), surgem vinculadas a um registro quantitativo e corpóreo, enquanto a libido aparece como concomitante aos “determinantes psíquicos”. Freud (1893/1986, p. 61)¹ deixou isso claro ao defender o vínculo da neurose de angústia “não a uma consequência psíquica, e sim *física*, dos excessos sexuais”. Nenhuma origem psíquica, consequentemente, foi detectada pelo autor nessa condição clínica, em contraste com o que ocorreu a propósito da histeria e foi evidenciado, por exemplo, no caso de Elisabeth von R. Existiria uma origem psíquica na angústia dessa paciente em função de memórias e sentimentos relacionados ao seu pai, a seu casamento e ao papel delegado às mulheres em seu tempo. Ela resgatou tais conteúdos durante o tratamento empreendido por Freud a partir da utilização pioneira da associação livre e, com isso, os sintomas dolorosos que apresentava nas pernas acabaram desaparecendo.

Retornando à questão do déficit de manejo psíquico da tensão sexual na neurose de angústia, é possível cogitar que haveria uma alienação entre o ato sexual e a elaboração psíquica. Freud assim

¹ Carta de 27 de novembro de 1893 (p. 60). Cf. J. M. Masson. *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess* (1986).

se manifestou a respeito: “A *recusa psíquica* é acompanhada de *alienação psíquica*; a tensão de origem endógena é acompanhada por uma tensão induzida” (Freud, 1894a/1986, p. 81). A libido e a angústia não poderiam, seguindo esse raciocínio, estar presentes simultaneamente. Existiria uma carência na passagem da tensão somática para o campo psíquico. E Freud chegou a elencar alguns fatores que provocariam este fenômeno, dentre os quais o desenvolvimento psicosssexual insuficiente e a “decadência” da sexualidade (por exemplo, condições ligadas à senilidade, o climatério nas mulheres e seu equivalente nos homens). Como resultado desta tensão somática acumulada, dar-se-ia sua transformação direta em angústia.

A angústia poderia também ser encarada como a sensação de um acúmulo do estímulo endógeno e da tensão somática em geral, o qual não é elaborado pelo aparelho mental. Tal aspecto se relaciona aos sintomas apresentados em um ataque de angústia, como palpitações e dispneia. Freud, inclusive, chamou a atenção para a conexão desses sintomas com o plano corporal, isto é, com as vias de inervação que a tensão somática transita quando é elaborada psiquicamente. Assim, durante a relação sexual, palpitações e dispneia são elementos normalmente presentes e que funcionam como mecanismos de descarga ou “válvulas de escape da excitação” (Freud, 1894a/1986, p. 82). No processo anteriormente descrito, vale frisar, também haveria uma espécie de conversão. No entanto, uma diferença entre a neurose de angústia e a histeria é que, na primeira, a tensão sexual não é elaborada psiquicamente e mantém-se no plano corporal. Na histeria, a excitação, por meio da conversão, é transposta para o plano psíquico.

No *Rascunho F*, Freud (1894b/1986) apontou que os casos de neurose de angústia e de neurastenia são marcados por um estado de enfraquecimento da sexualidade, correlativo da alienação psíquica mencionada anteriormente. O *Rascunho G* (1895/1986), por sua vez, foi dedicado inteiramente à melancolia. Nesse manuscrito foi estabelecido um paralelo entre a melancolia e a anestesia sexual. Grande parte dos melancólicos são anestésicos, afirma Freud. E o autor defendeu que a anestesia sexual na melancolia se caracterizaria pela ausência de sensações ligadas ao ato sexual.

A melancolia, ademais, estaria ligada à *omissão de excitação sexual somática*, enquanto a anestesia sexual vincula-se à omissão de sensações de prazer, motivo pelo qual pode se afigurar como uma predisposição melancólica. Ocorre que o grupo psíquico sexual (representação) se enfraqueceria em ambos os tipos de omissão. Dito de outra maneira: a melancolia seria marcada por um *acúmulo de tensão sexual psíquica*, ao passo que seria típico da neurose de angústia um *acúmulo de tensão sexual física*. O afeto presente na melancolia é o luto, isto é, o anseio por algo que foi perdido. Tratar-

se-ia, então, de uma perda da vida instintiva. E vale mencionar que a representação, no *Rascunho G*, é apresentada como grupo sexual psíquico (ps.S.), sendo que a libido somática é considerada como excitação sexual somática como s.S.

Freud também sentenciou que a melancolia se desencadearia através da acentuação da neurastenia por meio da masturbação e de sua combinação com uma angústia intensa. Nesse sentido, propôs, ainda no *Rascunho G*, um diagrama esquemático da sexualidade para ilustrar a perda do *quantum* de excitação em um grupo psíquico em duas situações: “(1) quando a produção da excitação sexual somática (s. S.) decresce ou cessa; (2) quando a tensão sexual é desviada do ps. S. [Grupo Psíquico Sexual]” (Freud, 1895/1986, p. 99). A primeira situação se refere à descontinuidade da excitação somática (s.S.), que caracterizaria a melancolia genuína aguda, periódica ou cíclica, demarcando um caso de melancolia neurastênica. A segunda situação corresponde ao desvio da tensão sexual do grupo psíquico (ps. p). Tal tensão é destinada para a fronteira entre o psíquico e o somático e, devido ao onanismo compulsivo, “a produção da s. S. [Excitação sexual Somática] não diminui, pressupõe que a s. S. [Excitação sexual Somática] seja empregada em outro lugar” (Freud, 1895/1986, p. 99). Freud apontou que esta seria uma precondição da angústia em casos mistos da melancolia de angústia.

Mas se a melancolia e a neurastenia testemunham, à luz do pensamento freudiano, um empobrecimento de excitação, cada qual o faria a seu modo. Na melancolia, a excitação sexual somática (s.S.) sofreria uma omissão, o que equivale a perdas no volume de excitação ao nível da representação, levando a um retraimento na esfera psíquica. Na neurastenia, em contrapartida, existiria “um escoamento da excitação, por assim dizer, por um buraco. Mas, nesse caso, o que se esvazia é a s.S, enquanto, na melancolia, o buraco se acha na esfera psíquica” (Freud, 1895/1986, p. 105). O “buraco”, na neurastenia, se encontraria na esfera somática. E o escoamento ao qual Freud alude poderia ser relativo à representação (ps.p) ou ao afeto (s.s.).

Quanto à melancolia, estes seriam seus efeitos, de acordo com Freud:

[...] inibição psíquica com empobrecimento pulsional e dor a respeito dele. [...]. Quando o ps. S. [grupo psíquico sexual] depara com uma perda muito grande no volume de sua excitação, é possível que ocorra um *retraimento*, por assim dizer, *para a esfera psíquica*, que produz um efeito de sucção sobre os volumes de excitação adjacentes. Os neurônios associados têm que abandonar sua excitação, *o que produz dor*. Desfazer associações é sempre doloroso; instala-se, como que através de uma hemorragia interna, um empobrecimento da excitação (no estoque livre dela), que se faz sentir nos outros impulsos e funções *pulsionais*. Como na inibição, esse retraimento age como uma *ferida*, de maneira análoga à dor. (Freud, 1895/1986, pp. 102-104)

Nos processos de dor física, então, apareceria uma destacada conexão com o luto, denominados por Freud de “afeto melancólico primário”. Ademais, cumpre assinalar que existiria um terceiro tipo de neurose atual, o qual o autor chamou, no quadro de seus empreendimentos nosográficos do final do século XIX, de “depressão periódica”. Tal condição clínica seria marcada por episódios de angústia, cuja duração chegam a se estender por semanas ou meses, diferentemente daqueles que são emblemáticos da neurose de angústia. Adicionalmente, a depressão periódica se distinguiria da melancolia por não apresentar anestesia sexual e por ter uma “conexão aparentemente racional” com um trauma psíquico, em que pese o fato de que a ambas seria intrínseco um importante rebaixamento do humor.

No *Rascunho E*, Freud (1894a/1986) alertou que, a despeito da anestesia sexual que os caracteriza, os melancólicos possuiriam uma acentuada demanda pelo amor em sua forma psíquica. Logo, apresentariam uma tensão sexual psíquica – e não somática – que, acumulando-se, geraria angústia e culminaria na eclosão da melancolia. Isso se coaduna com a tese veiculada posteriormente em *Luto e melancolia*, de acordo com a qual Freud (1917/2016) sustenta que o melancólico tem consciência do objeto de amor que perdeu, mas não do que perdeu nesse objeto. A melancolia poderia, então, ser classificada como um luto patológico. E a impossibilidade de encontrar um novo objeto de amor, inconscientemente, levaria o melancólico a direcionar para o próprio ego os investimentos objetais em um movimento que oblitera a formação de sintomas mentais, ao passo que potencializa os riscos da eclosão de sintomas físicos, dentre os quais a dor (Santos e Peres, 2016).

Retornando a *Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada neurose de angústia*, é interessante apontar que Freud (1895[1894]/1996) defendeu, no texto em questão, que uma sensibilidade aumentada à dor estaria presente em muitos casos de neurose de angústia em consequência da manutenção da tensão sexual somática no plano físico, nomeadamente nos músculos. Adicionalmente, outros textos freudianos da mesma época tangenciam a interface mente-corpo na medida em que proporcionam os primeiros delineamentos do que, mais tarde, ele chamará de erogeneidade corporal, através de contrapontos diretos entre excitação psíquica e excitação corporal. O autor, aliás, retornará a estes temas a partir de *Três ensaios de teoria sexual* (1905), com a noção de zonas erógenas, bem como, em *Introdução ao narcisismo* (1914), difundindo as propriedades erógenas para todo o corpo.

Procuramos destacar como Freud, entre 1893 a 1898, ao se ocupar da neurastenia, da neurose de angústia e da melancolia, proporcionou fundamentos teórico-clínicos que podem auxiliar na compreensão da interface mente-corpo e, particularmente, nos processos de dor física, de modo

que merecem ser recuperados. Em síntese, buscamos apontar que, subjacente às neuroses atuais, haveria falhas nos processos de simbolização e empobrecimento do investimento afetivo, o que conduz à identificação de um limiar entre as pulsões e o corpo orgânico. Freud, ademais, descreveu certos regimes de excitabilidade – tais como, acúmulo, desvio e sucção – em relação à tensão sexual somática e mencionou sua tendência à satisfação pulsional ou à perda da libido. Já ao examinar as especificidades da melancolia, ele postulou que um luto por perda da libido pode provocar um excesso que não é tramitado, nem do ponto de vista psíquico e nem pela via somática.

3. Interfaces: libido e angústia

Observemos que Freud descreveu dois modos de encaminhamento da tensão somática. Em um deles, a tensão física se torna uma excitação de ordem sexual, mas a libido envolvida no processo permanece ligada à esfera somática. No outro modo, a excitação resultante da tensão somática se transforma em um afeto sexual e em desejo psíquico; este é o encaminhamento pela via psíquica. Talvez, nesse encaminhamento, se possa falar em libido psíquica, enquanto o primeiro implica na presença de uma tensão sexual física, porém sem ser significada como um afeto de natureza sexual. Como resultado, essa economia movimentada nas fronteiras entre a mente e o corpo pode gerar alterações na sensibilidade sensorial e manifestar como dor física e outras afecções corporais.

Também cabe notar que aquilo que Freud chamou de inscrição psíquica refere-se a estados mentais em que acontecimentos do mundo externo, complexos ideativos e sensações corporais podem tramitar de modo psíquico, isto é, suscetíveis de representação pela sua ligação a imagens, símbolos ou palavras. Esta via de encaminhamento das excitações endógenas reflete certos mecanismos de interação entre o somático e o psíquico que compõem ou comporão a constituição do corpo erógeno e de um corpo propriamente libidinal e narcísico. Este corpo é passível de ser tomado como objeto de amor da sexualidade, graças à mobilização de diferentes estados investimentos e desinvestimentos da energia psíquica.

Neste período da teoria, Freud (1895[1894]/1996) compreende “libido sexual” e “desejo psíquico” como equivalentes, como quando diz que “a neurose de angústia é acompanhada por um decréscimo extremamente acentuado da libido sexual, ou *desejo psíquico*” (Freud, 1895[1894]/1996, p. 111). O termo libido é empregado pela primeira vez no *Rascunho E*², quando Freud percebe que a fonte da perturbação na neurose de angústia não deveria ser buscada na esfera psíquica, “por

² O subtítulo desse manuscrito é *Como se origina a angústia*. Esse material está sem data, mas, segundo o editor, pode ser de junho de 1894.

consequente, deve residir na esfera física: é um fator físico da vida sexual que produz a angústia. Mas, que fator?” (Freud, 1894a/1986, p. 78).

Freud nota que o fator que se repete nas diferentes situações clínicas, relatadas no *Rascunho E*, é alguma forma de abstinência sexual, a partir do que ele pode “afirmar que se trata de uma questão de acumulação de excitação físicas — ou seja, *um acúmulo de tensão sexual física*” (1894a/1986, p. 79). Neste caso, a hipótese do bloqueio da descarga justifica a proximidade entre a histeria e a neurose de angústia – ambas são neuroses de represamento. Todavia, o afeto terá destinos distintos em uma e em outra: conversão histérica na primeira e *transformação* da tensão acumulada na neurose de angústia, sem que esse sexual tenha sido transformado em libido.

A excitação sexual acumulada, e represada na neurose de angústia, deriva de estados sucessivos de tensão corporal, incapazes de transpor o campo psíquico e, assim, ligar-se a grupos de representações sexuais; de tal forma que aquelas excitações oriundas do corpo somático não adquirem o estatuto de afeto sexual e de desejo psíquico, termos equivalentes entre si neste plano. Tal energia (em sua origem sexual, do ponto de vista da teoria das pulsões), tendo seus caminhos para uma elaboração psíquica impedidos, é transformada diretamente em angústia. Ora, mas se Freud afirma que “a neurose de angústia é a libido sexual transformada” (1897/1996, p. 243) – uma tese que ele sustenta posteriormente – também podemos encontrar libido na esfera somática? Haveria, então, duas naturezas distintas de libido, uma que circula na esfera somática e a outra psíquica? Não parece ser este o caso³. A resposta pode ser buscada na própria extensão do conceito de libido, em sua propriedade de estabelecer ligações psíquicas e no estatuto do corpo pulsional. Noções estas que melhor qualificam esse debate, porém não serão exploradas dentro do que se propôs para o presente artigo.

Por ora, é fundamental compreender que a partir de um certo limiar de produção da excitação sexual, esse estado tensional passa a operar como um estímulo para o psiquismo – caracterizando um estado de tensão libidinal que provoca um anseio (psíquico) – que conduzirá ao desfecho dessa condição. Para que seja possível a realização de uma descarga dessa natureza, é necessária uma ação denominada “específica” ou “adequada”, ou seja, o intercurso sexual: “devemos postular uma excitação sexual somática e um estado em que essa excitação se transforma num estímulo psíquico – *libido* – e provoca a ânsia da ação específica a que está ligada a sensação voluptuosa” (Freud,

³ Neste período de 1894-1897, Freud separa “excitação sexual somática”, de um lado, e “libido sexual ou desejo psíquico” de outro. A libido é encarada como algo psíquico, embora ainda não pareça haver uma distinção clara entre psíquico e consciente (Strachey, 1924/1996, p. 94). Todavia, em *Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia...*, a libido é concebida como algo potencialmente inconsciente e já em *Sinopses dos escritos científicos do Dr. Sigm. Freud*, ele afirma que “a neurose de angústia é a libido sexual transformada” (Freud, 1897/1996, p. 243).

1895[1894]/1996, p. 112). Neste sentido, o grupo de representações sexuais presente na psique fica suprido de energia e passa a existir um estado psíquico de tensão libidinal que traz em si uma ânsia de eliminar essa tensão.

Retornando ao *Rascunho E* (1894a/1986, p. 80), lê-se que “a tensão física aumenta e atinge o valor limítrofe em que é capaz de despertar o afeto psíquico; no entanto, por diversas razões, a ligação psíquica que lhe é oferecida permanece insuficiente: o afeto sexual não pode formar-se”, porque não chega a formar uma ligação psíquica.

Para efeito de maior clareza, Freud pontua neste mesmo manuscrito:

Podemos aqui retratar a tensão endógena como algo que cresce contínua ou descontinuamente, mas que, de qualquer modo, só é percebido ao atingir um certo *limiar*. É somente acima desse limiar que ela se apresenta *psiquicamente*, entrando em relação com certos grupos de idéias, que então se põem a produzir as soluções específicas. Portanto, a tensão sexual física acima de certo valor desperta a libido psíquica, que leva então ao coito, e assim por diante. (1894a/1986, p. 80)

Assim, a tensão física cresce até um valor limítrofe, passível de evocar o afeto psíquico, porém o significado sexual parece ser coextensivo aos determinantes psíquicos do afeto. Caso contrário, as excitações e sensações permanecem como tensões perturbadoras, mesmo se o limiar psíquico for alcançado. Ocorre que, se por motivações distintas, a capacidade de estabelecer ligação psíquica for escassa, a tensão física não encontra uma via psíquica para se associar, sendo transformada em angústia (Freud, 1894a/1986 e 1895/1996). Neste sentido, a apresentação psíquica da libido depende do montante somático transpor um certo limiar, bem como nutrir as representações sexuais existentes na esfera psíquica, ligando-se a elas.

Em suma, parece haver modos distintos de organização da excitação sexual em sua relação com o corpo, o que faculta duas acepções da libido: um estado de ligação psíquica (em que ela é correlativa ao desejo e ao afeto sexual) e haveria outro estado da libido na qual essa energia é indissociável da tensão endógena (o impulso de natureza sexual), que é o aspecto dinâmico, a força (*drang*) presente no registro pulsional. De acordo com Bastos (1998, p. 44), o conceito de libido reflete justamente “a possibilidade de ligação da excitação com a representação”.

Cabe, ainda, pontuar que Freud (1912/1996) defendeu que as neuroses atuais estariam para as psiconeuroses como o grão de areia para a pérola, metáfora utilizada para ilustrar que a tensão sexual somática fornece, em muitos casos, o núcleo para a formação de um sintoma histérico. No entanto, essa tensão pode, em outros casos, seguir refratária à simbolização e também à qualquer modalidade de descarga, culminando em adoecimento orgânico ou em processos de dor física, conforme

buscamos esclarecer. Logo, é razoável cogitar que as neuroses atuais igualmente podem estar para tais fenômenos também como o corpo estranho que as ostras recobrem com nácar. Essa proposição, todavia, implica na relativização da tese freudiana segundo a qual, nas neuroses atuais, apenas estariam em causa fatores relativos ao presente. A articulação entre esses fatores e experiências do passado, portanto, se faz necessária.

Um movimento nessa direção resultaria na reconsideração de outra tese freudiana sobre as neuroses atuais, de acordo com a qual tais condições clínicas não ofereceriam à psicanálise qualquer “ponto de ataque”. A tese em questão foi apresentada apenas em *Conferências introdutórias à psicanálise* (Freud, 1915-1916/1996), texto em que, ademais, consolida-se o *status* da hipocondria – antes considerada um sintoma da neurose de angústia – como uma neurose atual, principalmente devido às sensações corpóreas aflitivas e penosas que suscita. Não obstante, desenvolvimentos teórico-clínicos pós-freudianos vieram a permitir a identificação do “ponto de ataque” que não fora vislumbrado por Freud.

Um detalhamento a esse respeito ultrapassa o escopo do presente estudo e pode ser obtido nas publicações de Minatti (2012), Béjar (2017) e Sendyk e Volich (2024), por exemplo. Todavia, cabe aqui mencionar que um dos desafios que se impõe ao psicanalista na clínica com pacientes cujo sofrimento psíquico se manifesta por meio de angústia não representada, exteriorizada primordialmente às expensas de seu próprio corpo, consiste em oferecer um espaço continente de escuta. Esse espaço será fundamental para que a palavra possa ser utilizada como veículo de comunicação primordial, de modo a viabilizar a construção de uma narrativa e, conseqüentemente, de uma significação sobre sensações e afetos apresentados em estado bruto.

4. Considerações finais

Após discorrer sobre as formulações teórico-clínicas de Freud subjacentes às neuroses atuais e aos primórdios da concepção de melancolia, destacamos alguns resultados principais do percurso proposto nos objetivos do presente trabalho.

Primeiramente, na última década do século XIX, os interesses de Freud como neurologista ainda exerciam uma forte influência em seu pensamento, como se vê nas teses naturalistas do *Projeto para uma psicologia científica* (1950[1895]/2003) e em sua defesa dos fatores químicos e tóxicos do metabolismo sexual nos quadros nosográficos das neuroses atuais. Entretanto, o estudo das neuroses atuais também revela intuições freudianas fundamentais sobre a dimensão econômica e funcional dos mecanismos psíquicos, presentes nas concepções de excitação, afeto, angústia não representada e

libido, as quais serão determinantes para a compreensão psicanalítica da constituição de um corpo sexual e erógeno.

Tais concepções preservam um valor metapsicológico posterior para as distinções entre sexual e genital, bem como para esmiuçar as nuances entre as dimensões libidinal, sexual e erógena. A importância dessas questões surge a partir de 1905, com a teoria sexual infantil e a introdução do conceito de narcisismo, na década de 1910. Em nosso trabalho, pontuamos como um estado psíquico de libido *passa a existir* quando o aumento da excitação endógena alcança um limiar. A partir disso, a tensão sexual emergente das fontes corporais adquire o papel de “estímulo” para o psíquico, despertando a libido psíquica. Dessa forma, a libido possui uma natureza sexual (desde seu vínculo com a pulsão), mas nem todo o sexual possui um caráter libidinal, ou seja, erótico. Isso dependerá do volume de excitação e de sua captação psíquica.

Lembremos que, na neurose de angústia, o afeto não se torna sexual e decompõe-se em angústia. Freud não vincula tais neuroses a uma etiologia psíquica (apenas a um mecanismo psíquico), mas sim a uma origem somática, relativa aos *excessos* sexuais. Aliás, a noção de excesso represado está presente na concepção de trauma sexual que Freud vislumbrava naquele período que precede 1900, ligado à teoria da sedução. Nas particularidades causais da melancolia, vimos que há uma estase dos investimentos que não tramitam e a perda da libido pode provocar um retraimento psíquico radical - uma *ferida* – que viceja de forma análoga à dor física.

Com relação ao regime de produção de sensações de desprazer e de dor física, o relato e a discussão que Freud faz dos casos clínicos (de neurastenia, neurose de angústia e melancolia) inauguram fundamentos teórico-clínicos que tangenciam a interface mente-corpo e, particularmente, iluminam alguns mecanismos da dor física. Pontuamos que, subjacente às neuroses atuais e à afecção melancólica, haveria inibição e empobrecimento do investimento afetivo – o mesmo que um empobrecimento libidinal -, o que nos faz supor que haveria também um limiar entre as pulsões e o corpo orgânico, que é decisivo para o desenrolar dos processos de simbolização. O empobrecimento libidinal da neurastenia e da melancolia têm como resultados as falhas de simbolização e a produção de maior suscetibilidade à dor física. Consequentemente, a dor física, assim como o luto patológico, expressam ambos um déficit dos processos elaborativos do aparelho psíquico.

Outro ponto de destaque é o paralelo entre melancolia e anestesia sexual. Esta é a omissão de sensações de prazer, o que acentua uma predisposição melancólica. Muitos melancólicos são anestésicos, afirma Freud no *Rascunho G* (1895/1986), mas nem todo anestésico é melancólico, pois a anestesia sexual também pode ocorrer na histeria e é mais recorrente nos casos femininos. Cabe

indagar, porém, se a *anestesia sexual* também não desempenharia um papel significativo na instalação de algumas formas de dor crônica, devido à propensão dos ditos “anestésicos” a sofrer pelas omissões em relação às demandas somáticas, em contraste com uma acentuada demanda pelo amor em sua forma psíquica, em relação ao objeto de amor, portanto. Tal correlação pode ser investigada em trabalhos clínicos ulteriores sobre o fenômeno da dor física prolongada e sem causa orgânica identificada.

De qualquer forma, através de contrapontos entre excitação psíquica ou libido e a excitação corporal (tensão sexual física, excitações somáticas), procuramos elencar delineamentos teóricos iniciais do que se desdobrará, posteriormente, na concepção de erogeneidade corporal, importante para a compreensão dos acometimentos narcísicos em sua dinâmica com os investimentos libidinais objetivos. Por fim, esperamos ter extraído alguns elementos fundamentais para refletir sobre o fenômeno da dor física nos primórdios da teoria freudiana das neuroses, juntamente com uma variedade de alterações sobre os processos de sensibilidade e apropriação subjetiva de experiências corporais.

Referências

- Bastos, L. A. M. (1998). A constituição do corpo em Psicanálise. In L. A. M. Bastos. *Eu-Corpendo: O Ego e o Corpo em Freud* (pp. 25-62). São Paulo: Editora Escuta.
- Béjar, V. R. (2017). Dor corporal e dor psíquica: discursos do corpo. In V. R. Béjar (Org.). *Dor psíquica, dor corporal: uma abordagem multidisciplinar* (pp. 121-146). São Paulo: Blucher.
- Freud, S. (1894a). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess: Rascunho E – Como se Origina a Angústia. In J. M. Masson. *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess – 1887-1904* (pp. 78-83). Rio de Janeiro: Imago, 1986.
- Freud, S. (1894b). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess: Rascunho F - Coleção III. In J. M. Masson. *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess – 1887-1904* (pp. 90-98). Rio de Janeiro: Imago, 1986.
- Freud, S. (1895). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess: Rascunho G – Melancolia. In J. M. Masson. *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess – 1887-1904* (pp. 98-106). Rio de Janeiro: Imago, 1986.
- Freud, S. (1895 [1894]). Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia”. In S. Freud *Edição Standard Brasileira das Obras*

- Psicológicas Completas de Sigmund Freud – Primeiras Publicações Psicanalíticas (1893-1899) Vol. III* (pp. 93-120). Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Freud, S. (1897). Sinopses dos escritos científicos do Dr. S. Freud 1877-1897. In S. Freud *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud – Primeiras Publicações Psicanalíticas (1893-1899) Vol. III* (pp. 221-247). Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Freud, S. (1898). A sexualidade na etiologia das neuroses. In S. Freud *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud – Primeiras Publicações Psicanalíticas (1893-1899) Vol. III* (p. 151-167). Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Freud, S. (1915-1916). Conferências introdutórias sobre psicanálise (Partes I e II). In S. Freud *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XV* (pp. 25-239). Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Freud, S. (1917). Luto e melancolia. In S. Freud. *Neurose, psicose, perversão – Obras Incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016.
- Freud, S. (1950[1895]). Projeto de uma psicologia. In O. F. Gabbi Júnior. *Notas a projeto de uma psicologia: as origens utilitaristas da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.
- Gondar, J. (2001). Sobre as compulsões e o dispositivo psicanalítico. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 4(2), 25-35.
- Junqueira, C. e Coelho Junior, N. (2006). Freud e as neuroses atuais: as primeiras observações psicanalíticas dos quadros *borderline*? *Psicologia Clínica*, 18(2), 25-35.
- Le Poulichet, S. (1994). *O tempo na psicanálise*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar, 1996.
- McDougall, J. (1986). *Teatros do eu: ilusão e verdade na cena psicanalítica*. São Paulo: Zagodoni, 2015.
- Minatti, S. P. (2012). O psicanalista no tratamento da dor. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15(4), 825-837.
- Nasio, J.-D. (2008). *A dor física: uma teoria psicanalítica da dor corporal*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Peres, R. S., Caropreso, F. e Simanke, R. T. (2015). A noção de representação em psicanálise: da metapsicologia à psicossomática. *Psicologia Clínica*, 27(1), 161-174.
- Pontalis, J-B. (1977). *Entre o sonho e a dor*. São Paulo: Ideias & Letras, 2005.
- Ritter, P. G. G. (2013). *Confluências entre as neuroses atuais e as patologias da atualidade*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

- Santos, B. A. L. e Peres, R. S. (2016). Aspectos subjetivos da dor física: mapeamento das primeiras contribuições metapsicológicas freudianas. *Psicologia: Teoria e Prática*, 18(3), 30-40.
- Sendyk, S. M. e Volich, R. M. (2024). Dor física e Psicanálise: a escuta do impensável entre o grito e a palavra. In R. S. Peres. e J. C. Bocchi (Orgs.). *Silêncio, grito e palavra: reflexões psicanalíticas sobre a dor física e a fibromialgia* (pp. 13-20). São Paulo: Zagodoni.
- Volich, R. M. (1998). Fundamentos psicanalíticos da clínica psicossomática. In R. M. Volich, F. C. Ferraz e M. A. A. C. Arantes (Orgs.). *Psicossoma II: psicossomática psicanalítica* (pp. 17-31). São Paulo: Casa do Psicólogo.