

**FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS DO ALTO PARANAIBA-
FATAP**

MARILIA OST LINHALIS

**PSICOSSOMÁTICA E SEXUALIDADE:
UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DE ARTIGOS CIENTÍFICOS**

VITÓRIA,
2020

**FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS DO ALTO PARANAIBA-
FATAP**

MARILIA OST LINHALIS

**PSICOSSOMÁTICA E SEXUALIDADE:
UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DE ARTIGOS CIENTÍFICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito de aprovação para a obtenção do título de Especialista em Psicanálise Clínica, da Faculdade de tecnologia e Ciências do Alto Paranaíba-FATAP.

Orientador: Prof. Dr. Waldecir Manoel Francisco Santos

VITÓRIA,
2020

RESUMO

Baseado nos princípios da psicanálise e na interação do psíquico e o somático e suas manifestações, que o propósito deste trabalho é estudar especialmente no que se referem os fenômenos psicossomáticos e a sexualidade não satisfatória. Para melhor compreender a psicossomática e a sexualidade em si, escolheu-se percorrer os ensinamentos de Freud a luz da psicanálise, elucidando como instintos e pulsões reprimidas podem gerar um corpo somático. Relação dos campos da soma e do psiquismo que estariam indissociados, segundo o psicanalista. Um conceito criado por Freud, contanto, pouco trabalhado pelo autor é o da neurose atual, na qual a etiologia da doença estaria relacionada à vida sexual atual do sujeito, diferente da psiconeurose que baseia-se na sexualidade infantil e o recalque. Compreende-se então, que da infância ao momento atual da vida do adulto, a resistência ao instinto sexual normal e o recalque de traumas acarretam componentes de conflitos que possibilitam doenças devido à privação da resolução da necessidade sexual. Utiliza-se o método qualitativo, em uma triagem, que se trata de revisão bibliográfica, auxiliando na compreensão do levantamento de dados evidenciados com a temática da soma, das neuroses e da sexualidade do sujeito.

Palavras Chave: Psicossomático. Sexualidade. Neurose Atual.

1 INTRODUÇÃO

O estudo a seguir irá abordar como um fenômeno clínico que se expressa no corpo na forma de doença psicossomática tem relação com a sexualidade do indivíduo utilizando uma abordagem psicanalítica freudiana que oferece ensejos para compreender a estrutura da sexualidade humana sob o ponto de vista da etiologia das neuroses.

Desde o século XIX estudiosos lançam ideias e estudos, nos quais, certas enfermidades podem ser oriundas de emoções reprimidas, gerando assim, um corpo somático. Com a evolução das ciências e da medicina surge o termo psicossomático, que credita, a influência do pique doente em um corpo saudável, onde os fatores sociais e psicológicos afetam os processos orgânicos do corpo e do bem-estar das pessoas.

É importante compreender que a psicossomática veio para desmitificar a divisão entre o corpo e mente. Ela une um corpo biológico e uma psique somatizada, oferecendo assim, condições para compreender melhor a estrutura humana.

E é nesse enfoque de estruturação do sujeito que a Psicanálise aborda a somática como repressão dos desejos da sexualidade humana, nos quais, alguns

sintomas das neuroses, em sua maioria, são desejos reprimidos e conflitos de ordem sexual. Essa descoberta coloca a sexualidade no centro da vida psíquica.

Segundo Laplanche (2015), Freud acreditava que as forças do instinto sexual eram a mais importante fonte de energia das neuroses, e que elas são as responsáveis por manter os fenômenos patológicos/ sintomas. E que, Freud também afirmava que, esses sintomas são a atividade sexual dos doentes, ou seja, eles representam a substituição do instinto sexual.

A investigação psicanalítica permitiu um conhecimento maior das psiconeuroses e a compreensão do funcionamento da pulsão sexual e suas questões ambíguas entre prazer e repressão.

Nisso as excitações correspondentes são geradas como antes, mas, por obstrução psíquica, são impedidas de alcançar sua meta e empurradas para muitas outras vias, até se expressarem como sintomas. O resultado pode ser uma vida sexual aproximadamente normal - em geral restrita -, mas com o complemento de uma doença psiconeurótica (FREUD, 1901/1905, p. 164)

Entretanto, o embasamento para a teoria das neuroses e seus distúrbios tem como gatilho a infância e suas fases de desenvolvimento. Na concepção da Psicanálise são essas fases que determinam as realizações ou frustrações psíquicas futuras.

Uma das teorias mais importantes, e até hoje muito pesquisada, é a criança/infância e sua sexualidade. Ao expor esse tema, Freud, rompe os paradigmas sociais e sexuais de gerações, e vem quebrando tabus e revolucionando com seus conceitos e afirmações.

Freud (1905) retira a criança pudica, imaculada, inocente e assexuada do seu ambiente de conforto e injeta na sociedade uma criança desejante. Um ser que procura o prazer, a satisfação, o gozo e que tem suas inquietações e perturbações. Ao contestar essa idealização da infância calma e tranquila, a teoria freudiana traz uma criança ansiosa, em busca de respostas e satisfação dos seus instintos.

O estudo dos transtornos neuróticos nos fez notar que a vida sexual infantil pode-se reconhecer, desde o início, esboços de uma organização dos componentes instituais sexuais. Numa primeira fase, bastante cedo, o erotismo *oral* se acha em primeiro plano; a segunda dessas organizações "pré-genitais" é caracterizada pela predominância do *sadismo* e do erotismo *anal*, e somente numa terceira fase a vida sexual é determinada também pela participação das zonas genitais propriamente ditas (FREUD, 1901/1905, p.158/159)

O psicanalista também assegura em seus estudos, que são nesses primeiros anos de vida que as sublimações são impressas e é a catarse dessas que auxiliam na compreensão dos distúrbios no adulto.

Juntamente, a Psicanálise afirma que o superego também é uma das causas do rigor excessivo e um dos atenuantes do sofrimento psíquico, causador de doenças, e perturbações mentais e físicas, já que a moralidade exigida em certos meios sociais é formada por um ideal irrealizável, constituindo dessa forma, a repressão sexual.

Do mesmo modo, Freud, atesta que “[...] a rejeição da sexualidade produz-se o expediente da enfermidade, que não resolve o conflito e sim procura escapar dele mediante a transformação dos impulsos libidinais em sintomas” (FREUD, 1901/1905, p.62).

Já na teoria da neurose atual, tema pouco explorado por ele, porém de grande relevância nos estudos contemporâneos, Freud faz a divisão do mesmo entre a neurose de angústia e a neurastenia, que, segundo ele, caracterizavam-se principalmente por sintomas corporais como inibição do funcionamento de determinado órgão, irritação em determinada parte do corpo, pressão intracraniana, angústia, fadiga e dores diversas.

[...] a neurastenia pode ser sempre reportada a um estado do sistema nervoso, tal como adquirido por masturbação excessiva ou tal como procedente espontaneamente de emissões frequentes; a neurose de angústia revela influências sexuais que têm em comum o fator da continência ou da satisfação incompleta - tal como o coito interrompido, a abstinência juntamente a uma libido viva, a chamada excitação não consumada e outros (FREUD, 1898, p.294).

A neurose atual surge através de uma tensão sexual somática, porém, essa não está ligada a esfera psíquica como nas psiconeuroses. Os sintomas das neuroses atuais não advêm de nenhuma história recalcada ou remanescências da infância, são processos somáticos. No entanto, ela compartilha com a psiconeurose o fato desses sintomas terem origem na libido e numa forma substitutiva de satisfação do desejo sexual.

O fato é que, ainda não se sabe exatamente o porquê o ser humano adoecer. A sublimação, o recalçamento do horror e dos traumas atuais cria uma linha tênue, entre questões nas quais o homem é o próprio criador de suas enfermidades e a impossibilidade do controle das emoções, que apesar da existência da conscientização, foge do domínio do consciente.

Neste âmbito, o estudo tem o objetivo de relacionar como a moral, questões religiosas e socioculturais influenciam nos comportamentos sexuais e na vida do sujeito em forma de repressão.

Dessa forma, entender que o ser humano é formado e marcado por uma história de vida, e sua afetividade emocional em relação às pessoas e representações. Nos quais, traumas, fracassos, e repressões impostas surgem em forma de descarga emocional transferida para os órgãos - doenças psicossomáticas – contribuindo para o surgimento de distúrbios funcionais e neuroses.

O caráter histérico denota um quê de repressão sexual que vai além da medida normal, uma intensificação das resistências ao instinto que conhecemos como vergonha, nojo, e moral, uma fuga como instintiva ante a consideração intelectual do problema sexual, que em casos acentuados tem a consequência de se manter uma completa ignorância sexual até depois de atingida a maturidade sexual (FREUD, 1901/1905, p. 60)

A sexualidade é dada desde o princípio da vida humana, está inserida no seu desenvolvimento, e apesar desses estudos que comprovam os benefícios de uma vida sexual saudável e os malefícios de uma repressão, ainda é imposto pela cultura, religião e educação a censura do exercício da sexualidade.

Muitas gerações foram impedidas de obter o prazer através do corpo. Principalmente, as mulheres, que eram vistas apenas para a procriação e perpetuação da espécie. O corpo era tido como fonte de pecado e não existia a prática do sexo para a satisfação do prazer.

Apesar de perdurar a repressão nos meios sociais, educacionais e religiosos, a sensualidade e sexualidade passaram a ser vistas com mais positividade. A nova geração, que vem em busca de sua liberdade, traz consigo uma visão ampla no qual o sexo e o prazer não são mais uma prática vergonhosa, suja e pecaminosa.

Assim, o intuito deste trabalho é compreender melhor como a libido, instinto e pulsões reprimidas afetam inconscientemente a saúde do sujeito, abordando dentro da psicanálise alguns exemplos de doenças psicossomáticas, explanando a sexualidade na infância e as neuroses atuais que geram a somatização, podendo, portanto, atinar para alguns diagnósticos dos clientes/pacientes quando a medicina e a ciência, juntamente, ainda não obtêm um tratamento determinante.

A relevância desta pesquisa promove a compreensão no campo psicanalítico, no qual a escuta e a associação livre são o melhor caminho para a resolução da soma. Oferece também, para a sociedade, a importância de compreender que doenças e

dores não diagnosticadas, através de exames, tem cura por meio de acompanhamento psicológico. E, principalmente para a comunidade científica, que já comprovam, através de pesquisas e estudos, que doenças psicossomáticas ultrapassam a dimensão do biológico, orgânico e fisiológico, e não são somente como doenças autônomas.

[...] e concluindo que o stress causado por fatores psíquicos pode interferir no aumento ou diminuição de secreção de vários hormônios e acelerar o desenvolvimento do câncer. Médicos, enfermeiras, assistentes sociais, profissionais psi, dedicam-se ao cuidado desse tipo de paciente, às vezes chamado de "psicossomático", que talvez seja o mais difícil que se apresenta para o tratamento, pelo fato do seu "mal" resistir aos cuidados que lhe são dispensados. [...] sua demanda é geralmente dedicada ao médico numa tentativa de certificação da causalidade física e principalmente, de uma terapêutica salvadora que lhe resgate a saúde e até mesmo a vida. (FONSECA, 2007, p.96)

2 PSICOSSOMÁTICA E SEXUALIDADE

O desenvolvimento científico realizado no presente trabalho é classificado como pesquisa bibliográfica. O método utilizado para o estudo consiste na realização de buscas e triagem de artigos científicos, que abordam os efeitos da somática no corpo do sujeito (psicossomática), as neuroses que o afetam, e sua relação com a sexualidade humana, abordando ensejos psicanalíticos em uma revisão bibliográfica.

Após a definição do tema a ser pesquisado, foram definidas as palavras chave para a realização de levantamento bibliográfico, buscando-se delinear o conhecimento existente a respeito do assunto, nos artigos de pesquisa publicados em revistas nacionais, considerando também indicações bibliográficas encontradas nas referências dessas obras. As palavras chave adotadas são: psicossomática, sexualidade e neuroses.

As bases de dados utilizadas para o levantamento bibliográfico são o SCIELO¹ e o GOOGLE ACADÊMICO². Após o levantamento das obras existentes nessas bases a partir das palavras chave, são descartadas aquelas que fogem ao âmbito definido no projeto. Os materiais selecionados são objeto de leitura e fichamento, que destacam as principais contribuições encontradas, segundo o interesse desta

¹ Scientific Eletronic Library Online: www.scielo.br

² Google Acadêmico: www.scholar.google.com.br

pesquisa, articulando-as de modo a contextualizar e justificar sua realização, além de subsidiar a posterior análise de dados.

O tema pesquisado foi elaborado através da análise qualitativa, na qual foram selecionados artigos, numa revisão bibliográfica, que verificam a influencia da psiquê no corpo somático e as psiconeuroses. Estes, publicados no período de 2010 a 2017, em língua portuguesa.

A coleta de dados foi obtida após levantamento de informações e seleção de qualidade do material para base de um estudo empírico, pretende-se, dentre outras discussões, dimensionar os argumentos e percepções que ambos os autores propõem sobre a temática nos artigos encontrados.

Os dados obtidos (artigos) serão analisados através de um exame minucioso e a verificação do conjunto de informações, afim, de vincular os conhecimentos dos autores com a exposição do material apresentado e uma ampla resposta em relação aos objetivos propostos criando assim, um diálogo entre eles e suas temáticas.

A partir das buscas nas bases de dados nacionais, através dos sites Scielo e Google Acadêmico, foram selecionados os artigos de revisão bibliográfica, publicados no período de 2010 a 2017, em língua portuguesa, que discutem a influencia do psíquico nos distúrbios físicos, na qual a relação mente-corpo originam determinadas doenças que não estão ligadas a genética, nem a hereditariedade, e nem ao meio onde vive.

Médicos e psicólogos estudam a psicossomática como uma área que gera danos ao corpo em decorrência do aumento das tensões psíquicas. E os artigos citados confirmam que as emoções reprimidas são refletidas no corpo em forma de doenças psicossomáticas.

Foram encontrados 10 (dez) artigos de revisão bibliográfica. Dos 10 (dez) artigos, 06 (seis) foram realizados nos últimos 3 (três) anos, os outros 4 (quatro) no período de 2010 a 2012, sendo 2 (dois) artigo em 2010, 1 (um) em 2011 e 1 (um) em 2012, conforme demonstrado no quadro 01.

Quadro 1 - Características dos artigos de revisão bibliográfica publicados no período de 2010 a 2017

Ano e autor (es)	Título e objetivo (s)
2010 Ávila e Terra	Título: A histeria e somatização: o que mudou?

	Objetivo: Entender a somatização e diferenciar o manejo clínico dos pacientes nas diversas classificações existente em relação a histeria.
2016 Bênia, Celes e Chatelard	Título: O afeto “angústia” em Freud e em Lacan: discussões para a clínica psicanalítica atual. Objetivo: Averiguar os diferentes momentos da teoria de Freud, nos quais destaca a angústia enquanto fenômeno somático e analisar algumas articulações com as ideias de Lacan.
2016 Rosa, Ramos, Costa, Moura e Magalhaes	Título: A neurose nossa de cada dia. Objetivo: Abordar os problemas da neurose, alguns de seus sintomas e a as estruturas da neurose, a neurose histérica e a neurose obsessiva, e suas etiologias.
2016 Klein, Herzog, Verztman e Pinheiro	Título: A angústia nas neuroses atuais: uma questão para a clínica contemporânea? Objetivo: Investigar a hipótese de que a neurose de angústia contribui com algumas modalidades de sofrimento psíquico contemporâneo.
2012 Loffredo	Título: Anotações sobre a leitura freudiana da angústia Objetivo: Avaliar a trajetória freudiana quando o conceito é relativo a angustia e descarga somática.
2017 Galdi e Campos	Título: Modelos teóricos em psicossomática psicanalítica: uma revisão Objetivo: Revisar as abordagens psicanalíticas sobre o tema da psicossomática.
2016 Dal-Cól e Poli	Título: Fenômenos psicossomáticos: uma questão para a psicanálise. Objetivo: Entender o momento histórico-conceitual e a clínica sobre os fenômenos psicossomáticos na psicanálise, especialmente na orientação lacaniana.
2011 Winograd e Teixeira	Título: Afeto e adoecimento do corpo: considerações psicanalíticas Objetivo: Compreender e investigar as psicopatologias somáticas que contemplem os lugares do corpo e do afeto.
2010 Besset, Zanotti, Tenenbau, Schimidt, Fischer e Figale	Título: Corpo e Histeria: atualizações sobre a dor. Objetivo: Explicar como o corpo se constitui em uma consonância com o psiquismo e como interagem no surgimento do fenômeno psicossomático.
2015 Silva e Gaio	Título: O corpo em análise: uma perspectiva psicanalítica sobre o fenômeno psicossomático a partir da correlação entre soma e psique. Objetivo: Analisar a relação entre mente e sua influência nos processos que envolvem as doenças.

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados coletados.

Acredita-se que algumas doenças físicas tenham um componente mental, derivado das tensões da vida cotidiana. Isto tem sido sugerido, por exemplo, de dor lombar e pressão arterial elevada, que alguns pesquisadores sugeriram pode estar relacionada com estresse na vida cotidiana (WINOGRAD; TEIXEIRA, 2011). No entanto, conforme Besset, Zanotti, Tenenbau, Schmidt, Fischer e Figale (2010) dentro de uma estrutura psicossomática, estados mentais e emocionais são vistos como capazes de influenciar significativamente o curso de qualquer doença física.

Conforme Bênia, Celes e Chatelard (2016) a psicanálise tradicionalmente distingue entre transtornos psicossomáticos, distúrbios nos quais os fatores mentais desempenham um papel significativo no desenvolvimento, expressão ou resolução de

uma doença física, e transtornos somatoformes, distúrbios nos quais fatores mentais são a única causa de uma doença física.

Ambos afirmam que a excitação sexual somática não depende exclusivamente de um conflito psíquico, como ocorre, por exemplo, na histeria. E que “há algo da sexualidade de fonte diretamente corporal” (BÊNIA; CELES; CHATELARD, 2016, p. 48) que equivale a formação da sintomática.

Ávila e Terra (2010) destacam em seu estudo que a histeria sempre teve um lugar de destaque na medicina, principalmente quando investigam os comportamentos de desordens funcionais, transtorno de personalidade e doenças psicossomáticas.

Segundo os autores, a histeria era vista como alguns distúrbios abrangentes, nos quais as neuroses, psicoses, catatonia, e quadros degenerativos faziam parte como um todo. Após anos de evolução científica e psicanalítica, tal abrangência passou a englobar diagnósticos de várias doenças, como os transtornos somatoformes, a fibromialgia, a síndrome de *burnout* entre outros. Ambos comumente ligados a transtornos sexuais inalcançáveis.

A descrição clássica da histeria inclui três grandes grupos de sintomas: as manifestações agudas, os sintomas funcionais duradouros e os sintomas viscerais. As manifestações agudas consistiriam de crises histéricas completas (à la Charcot) e crises menores, com estados de turvação da consciência, amnésias histéricas, crises de agitação psicomotora e desmaios. Sintomas funcionais duradouros incluiriam paralisias funcionais, contraturas e espasmos musculares, além de alterações da sensibilidade. O grupo dos sintomas viscerais compreenderia queixas de dor, retenção intestinal ou urinária, dispepsia, queixas respiratórias, cefaleias, distúrbios vasomotores, sensação de órgãos se movendo pelo corpo, bem como de eles estarem “cheios” ou “vazios”. Esses pacientes comumente apresentam transtornos sexuais, por perseguirem, em vão, uma identidade que lhes escapa (ÁVILA; TERRA, 2010, p.334).

Na visão de Rosa, Ramos, Costa, Moura e Magalhães (2016) é difícil estabelecer com certeza se uma doença tem um componente psicossomático. De acordo com Galdi e Campos (2017) um componente psicossomático é frequentemente inferido quando há alguns aspectos da apresentação do paciente que não são explicados por fatores biológicos, ou em alguns casos em que não há explicação biológica.

Dal-Col. e Poli (2016) destacam que a perspectiva mais forte sobre transtornos psicossomáticos é que a tentativa de distinguir entre transtornos

psicossomáticos puramente físicos e mistos é cada vez mais obsoleta, já que quase todas as doenças físicas têm fatores mentais que determinam seu início, apresentação, manutenção, suscetibilidade ao tratamento e resolução.

De acordo com este ponto de vista, mesmo o curso de doenças graves, como o câncer, pode ser influenciado pelos pensamentos de uma pessoa, sentimentos e estado geral de saúde mental.

Abordar tais fatores é a competência do campo aplicado da medicina comportamental. Na sociedade moderna, os aspectos psicossomáticos da doença são frequentemente atribuídos ao estresse (SILVA; GAIO, 2015) tornando a remediação do estresse um fator importante no desenvolvimento, tratamento e prevenção de doenças psicossomáticas.

No que diz respeito ao fenômeno psicossomático seria esta uma moção de autodestruição que passaria pelo gozo no corpo que, por não haver passado pelo simbólico, retorna no real do corpo, fora da linguagem (SILVA; GAIO, 2015, p. 10).

O problema da sexualidade, por exemplo, é generalizado. Um estudo de pesquisa recente realizado em 2017 mostrou que as disfunções sexuais estão aumentando no Brasil, variando de 10% a 52% dos homens e 25% a 63% das mulheres entre as idades de 18 e 59. Para as mulheres, os problemas sexuais têm uma forte associação positiva com baixos sentimentos de satisfação física e emocional e diminuição dos sentimentos de felicidade.

Na visão de Galdi e Campos (2017) problemas emocionais e relacionados ao estresse, tanto entre mulheres quanto entre homens, resultam em um risco aumentado de experimentar dificuldades sexuais.

Conforme Winograd e Teixeira (2011) as pessoas parecem associar o sexo ao estresse devido aos modelos culturais e sociais, à insegurança pessoal, à baixa autoestima ou às relações sociais competitivas.

Já Besset *et al* (2010) destacam que incompreensões interculturais, fluidez nas diferenças de gênero e conflito cultural masculino / feminino, não ajudam a ter uma vida sexual relaxada e desestruturada.

Ávila e Terra (2010) também destacam que desde a Grécia antiga filósofos e cientistas já observavam a relação mente-corpo como somatização do organismo, cuja sexualidade era o ponto de partida das neuroses.

Para Platão, em O Timeu, “[...] na mulher, o que se chama de matriz ou útero seria como um ser vivo, possuído do desejo de fazer crianças. Quando, durante muito tempo, e apesar da estação favorável a matriz permanece estéril, ela se irrita perigosamente; ela se agita em todos os sentidos pelo corpo, obstrui as passagens do ar, impede a inspiração, mete o corpo, assim, nas piores angústias e lhe ocasiona outras doenças de todas as espécies (ÁVILA; TERRA, 2010, p. 335).

Nesse contexto os autores do artigo também afirmam que os historiadores entendem a histeria como uma síndrome cultural, vinda de uma repressão sexual vitoriana e que antes do século XX a sociedade expressava seus conflitos emocionais através de patologias físicas, pois não tinham um autoconhecimento psicológico. Contudo, na atualidade, com os novos avanços das ciências, e o reconhecimento do inconsciente, as doenças psicossomáticas saíram do campo do conhecimento empírico para o da comprovação científica. Entendendo, a mente-corpo como um todo e não como organismos separados.

Há certa semelhança entre os mecanismos de desafetação, forclusão e projeção, visto que são mecanismos brutais de extirpação de afetos e representações. As diferenças residem no fato de que na projeção, o conteúdo de uma pulsão é suprimida e deformada, retornando ao consciente como uma representação ligada a um objeto externo. Na desafetação é o afeto que é repudiado, sem retorno sobre um objeto externo ou alucinatório. Seu destino é ser escoado pela via somática. Na projeção, portanto, a representação não é totalmente lançada para fora do psiquismo, já que algumas representações permanecem no objeto externo. Na desafetação toda cadeia representativa é excluída, sem retorno (GALDI; CAMPOS, 2017, p. 34).

Um grupo de investigadores (BÊNIA; CELES; CHATELARD, 2016) sublinhou a necessidade de reconsiderar a revisão da nosografia sobre algumas disfunções sexuais psicossomáticas. À luz das várias deficiências da nosologia tradicional das desordens sexuais femininas tanto para a prática clínica quanto para a pesquisa.

Já um grupo multidisciplinar (BESSET *et al*, 2010) revisou as evidências de suposições tradicionais sobre como o corpo se constitui em uma consonância com o psiquismo e como interagem no surgimento do fenômeno psicossomático.

Levando esses ensinamentos dos autores para as considerações dessa pesquisa, é evidente que o preenchimento do desejo sexual é uma razão / incentivo incomum para a atividade sexual e, de fato, o desejo sexual é frequentemente experimentado somente após os estímulos sexuais terem provocado a excitação sexual subjetiva.

Conforme Loffredo (2012) há uma nova definição de desordem de desejo / interesse sexual, os distúrbios de excitação sexual. A definição reflete a possibilidade de a dor impedir o ato sexual. Para Benia *et al* (2016) a antecipação e o medo da dor são observados enquanto o espasmo muscular assumido é omitido devido à falta de evidência.

No campo da medicina psicossomática, a expressão "doença psicossomática" é usada mais estreitamente do que na população geral (GALDI; CAMPOS, 2017).

Por exemplo, na linguagem de leigos, o termo muitas vezes engloba doenças com nenhuma base física em tudo, e até mesmo doenças que são falsas. Dentro dessa lista de doenças podem-se encontrar aquelas relacionadas ao sexo (LOFFREDO, 2012; KLEIN *et al*, 2016).

A hipótese de uma relação estreita entre libido e angústia era facilmente formulável no quadro das neuroses de angústia, nas quais se tinha acesso a distúrbios na vida sexual atual dos pacientes que se reportavam a um acúmulo de tensão sexual que não se descarregava pelas vias adequadas. Tratava-se, portanto, de uma insuficiência no plano da elaboração psíquica da tensão sexual somática, daí se derivando um *déficit* no afeto sexual, isto é, na "libido psíquica", como escreve Freud no Rascunho E (LOFFREDO, 2012, p. 107).

Em contraste, na medicina psicossomática contemporânea, o termo é normalmente restrito às doenças que têm uma base física clara, mas onde se acredita que fatores psicológicos e mentais também desempenham um papel. Alguns pesquisadores (KLEIN *et al*, 2016), acreditam que, esta interpretação excessivamente ampla do termo pode ter feito a disciplina cair em descrédito clinicamente.

Por esta razão, entre outros (BÊNIA *et al*, 2016), aborda que o campo da medicina comportamental assumiu grande parte da área da medicina psicossomática na prática, e existem grandes áreas de sobreposição na pesquisa científica.

A ideia de que o estado mental de uma pessoa pode influenciar o curso e a gravidade mesmo das mais graves doenças físicas, levou a algumas reivindicações muito fortes.

Conforme Winograd e Teixeira (2011), a medicina psicossomática é considerada uma subespecialidade dos campos da psiquiatria e da neurologia. Tratamentos médicos e psicoterapia são usados para tratar doenças que se acredita ter um componente psicossomático.

Nestes casos Silva e Gaio (2015), recomendam que todos os diagnósticos sejam acompanhados por descritores relacionados a fatores contextuais associados ao grau de angústia.

Esse é um debate interessante e necessário para a psicanálise, que oferece a possibilidade de pensar a construção da subjetividade para além daquela estabelecida pelas relações familiares da primeira infância, buscando integrar, também, aspectos atuais da vida do sujeito - tanto relacionais como o sofrimento psíquico no trabalho - caminhando, de modo mais amplo, para discussões do próprio contexto histórico e social na qual está inserido, o que é um fator importante, visto que estabelece maiores relações com o meio externo e relacional, sem deixar de lado as dinâmicas intrapsíquicas (GALDI; CAMPOS, 2017, p. 39).

Assim sendo, cabe então abordar nesse estudo sobre as doenças somáticas em relação à sexualidade humana.

A escala de sintomas somáticos, derivada da Avaliação de Cuidados Primários de Distúrbios Mentais (PRIME-MD), incluiu os seguintes sintomas somáticos (não / sim): dor de estômago, dor nas costas, dor nos braços / pernas / articulações, dor / problemas menstruais, problemas durante relações sexuais, dor de cabeça, dor no peito, tonturas, desmaios, arritmia, falta de ar, prisão de ventre / intestino frouxo / diarreia, cansaço / falta de energia e problemas para dormir (WINOGRAD; TEIXEIRA, 2011).

A clínica psicanalítica das doenças orgânicas seria, então e antes de tudo, uma clínica dos afetos, lugar de reinvenção de um sujeito atado às amarras de seu corpo afetado. Afinal, onde mais os afetos poderiam ser sentidos e experimentados, se não no corpo? A construção do *setting* terapêutico se daria, então, a partir do reconhecimento de que afetos são expressos no e pelo corpo, rompendo seu equilíbrio: trata-se de um saber inscrito no corpo e que resiste a ser confrontado com a dúvida, com o contraditório e com o afetivo no discurso. Dito de outro modo, a clínica dos fenômenos psicossomáticos mostraria os efeitos do que extrapola os objetivos vitais, evidenciando a clivagem do sujeito, os destinos dos afetos, a angústia e as possibilidades de construção de sentido (WINOGRAD; TEIXEIRA, 2011, p. 179).

Além disso, Silva e Gaio (2015) incluem questões que avaliam a presença de outras doenças comuns nesta população, incluindo hipertensão arterial, asma, fibromialgia, enxaqueca, diabetes, câncer, hiper / hipotireoidismo e doenças específicas de órgãos (doença cardiovascular, doença muscular ou esquelética, doença no rim ou no trato urinário, ou doença no trato gastrointestinal).

18% (486 de 2.730) das mulheres entre 18-40 anos de idade, descritas nos estudos de Dal-Col e Poli (2016), tinham sido expostas à violência física e 3% tinham sido forçados a relações sexuais com adultos.

Conforme Besset *et al* (2010), ambos os sintomas somáticos e as doenças foram fortemente associados à exposição à violência, com uma relação passo a passo entre a frequência da exposição à violência e o número de sintomas somáticos e doenças.

Galdi e Campos (2017) destacaram que este efeito persistiu após ajuste para depressão e fatores sociodemográficos. Uma história de exposição no passado mais distante também aumentou a somatização e a probabilidade de experimentar outras doenças.

Dois estudos anteriores (KLEIN *et al*, 2016 e ROSA *et al*, 2016), relataram uma relação dose-resposta entre o nível de exposição sexual, e o número de sintomas somáticos.

Loffredo (2012) focou no número e o tipo de exposição sexual e sobre a gravidade, demonstrando que há também uma relação dose-resposta entre a frequência de exposição sexual e o número de sintomas somáticos.

Dal-Có e Poli (2016) realizaram um estudo que foi realizado em uma grande amostra populacional, enquanto os outros dois estudos recrutados entre pacientes em ambientes de saúde, encontrando uma associação entre a exposição sexual e a saúde física prejudicada.

Considerando que, a exposição sexual tem um efeito negativo bem documentado sobre a saúde mental, os resultados obtidos por Dal-Cól e Poli (2016), indicam que a saúde mental prejudicada não explica completamente o efeito da violência sobre a saúde física. Por isso, outros mecanismos também devem estar envolvidos.

Desde a fundação da psicanálise até os dias atuais, os sintomas histéricos e a angústia parecem estar bem estabelecidos, clínica e conceitualmente, ou seja, suas formas de expressão, seus mecanismos de formação e sua causa, bem como as condições de possibilidade de tratamento. São doenças que têm inscrição no campo de linguagem, sendo, por isso, legíveis a partir do inconsciente. Já as doenças psicossomáticas, embora a investigação de sua causa também tenha antigas origens, continuam sendo um campo de inúmeras incógnitas, uma vez que se colocam no limite das elaborações teóricas e metodológicas tanto da medicina quanto da psicanálise, impondo problemas e paradoxos em seu entendimento e tratamento. Na psicanálise de orientação lacaniana verifica-se que a doença psicossomática é um enigmático fenômeno clínico que, diferentemente do sintoma e da angústia,

obedece apenas à alternância entre presença e ausência de lesões no corpo, nos órgãos, o que não exclui sua relação com a linguagem, porém não a coloca inteiramente nela. Nesta abordagem, uma das incógnitas que a doença psicossomática traz diz respeito à função de *escrito no corpo*, que Lacan (1975/1998) reconhece nessas afecções, sobretudo porque se trata de algo escrito *que não se sabe ler*, isto é, *como se algo estivesse escrito no corpo*, mas *fosse ilegível pelo inconsciente* (DAL-CÓL; POLI, 2016, p.123).

A exposição sexual é um evento estressante. O estresse agudo e / ou crônico tem sido associado à maior vulnerabilidade a doenças (BÊNIA *et al*, 2016). Embora os mecanismos fisiopatológicos exatos são desconhecidos, é sabido que o estresse tem um impacto sobre o sistema nervoso autônomo. O eixo hipotálamo-pituitário-adrenal (ROSA *et al*, 2016), e os sistemas cardiovascular, metabólico e imunitário (GALDI; CAMPOS, 2017).

A pesquisa de Dal-Cól e Poli (2016) também sugeriu que um evento doloroso pode ter efeitos duradouros sobre a resposta à dor e / ou sobre a percepção da dor. É possível que as questões sexuais levem a uma maior conscientização dos sintomas somáticos (SILVA; GAIO, 2015).

Há uma série de limitações para esse tipo de estudo. Em primeiro lugar, a compreensão dos respondentes e interpretação de algumas questões não é conhecida, por exemplo, a diferença entre sexo "forçado" e "coagido" (KLEIN *et al*, 2016).

No entanto, há pouca razão para acreditar que as mulheres que tendem a denunciar a violência sexual grave, por exemplo, também tendem a relatar mais sintomas somáticos, e nossos resultados são consistentes com outros estudos que mostram uma relação entre exposição à violência e somatização (LOFFREDO, 2012).

Sintomas somáticos são mais comuns do que a exposição à violência, os sintomas de sobre registro tendem a subestimar o impacto da exposição à violência sobre sintomas somáticos e doenças (BÊNIA *et al*, 2016).

Outra preocupação é que as mulheres poderiam sub-reportar sua exposição sexual. Não podemos provar a causalidade entre a exposição sexual e a má saúde somática (KLEIN *et al*, 2016).

O baixo nível socioeconômico (BESSET *et al*, 2010), e a depressão (LOFFREDO, 2012), têm sido associados tanto à violência física como à saúde precária e, portanto, são potenciais fatores de confusão.

No estudo de Galdi e Campos (2017), foi controlado problemas econômicos durante o passado, depressão, nível de educação, paridade e idade, mas o impacto das questões sexuais sobre a saúde física permaneceu.

O forte impacto da exposição sexual na saúde física tem implicações óbvias para a comunicação médico-paciente. Além de estar ciente do sexo como uma causa subjacente de sintomas somáticos e doenças, os médicos precisam perguntar sobre o sexo entre as suas pacientes do sexo feminino com muitos sintomas somáticos (ROSA *et al*, 2016).

A pressão do tempo, o conhecimento inadequado das opções de encaminhamento e o baixo acesso à informação gerencial, foram identificados como razões para não perguntar sobre abuso físico. O desconforto entre os médicos sobre a questão pode ser uma barreira potencial (WINOGRAD; TEIXEIRA, 2011), bem como a incerteza sobre o que fazer com essa informação uma vez obtida. No entanto, as mulheres que são questionadas sobre a exposição à sexo, dizem que recebem tais perguntas (LOFFREDO, 2012), o que sugere que os medos dos médicos sobre as reações dos pacientes são em grande parte infundados. Pesquisas sobre intervenções para ajudar as mulheres com histórico de exposição sexual e trauma sexual e para determinar se a exposição leva ao aumento subsequente somatização e carga de doença é necessária (KLEIN *et al*, 2016).

Em conclusão, os resultados mostram altas correlações entre os níveis de exposição física e sexual e o número de sintomas e doenças somáticos (KLEIN *et al*, 2016). Descobriu-se que esse resultado era consistente em todas as categorias de sintomas e que havia uma relação dose-resposta entre sexo e sintomas (ROSA *et al*, 2016).

Além disso, mesmo um histórico remoto de sexo estava associado à somatização, e a combinação de violência física e sexual era particularmente prejudicial (DAL-CÓL; POLI, 2016).

Pesquisas adicionais são necessárias para entender melhor os mecanismos fisiopatológicos envolvidos. Os clínicos devem perguntar sobre a exposição física e sexual entre as mulheres que apresentam sintomas somáticos.

2.2 A INFLUÊNCIA DA NEUROSE DE ANGÚSTIA E A NEURASTENIA NO DECORRER DA VIDA DO SUJEITO

Conforme Rosa *et al* (2016) a Neurose é um transtorno mental funcional (reversível) causado pela exposição a fatores estressantes, preservando ao mesmo tempo a consciência da doença e reflexão correta do mundo real.

A neurose obsessiva implica um grau de sofrimento e aos demais, e também em algum prejuízo no seu funcionamento na vida familiar e social. Os pensamentos na neurose obsessiva são efeitos de afetos no corpo, ligados à captura do corpo no discurso. Os pensamentos que afetam o corpo fazem sofrer o obsessivo (ROSA *et al*, 2016, p. 95).

Klein *et al* (2016), destacam que o termo "neurose" é descrito como tal por todos os distúrbios mentais, incluindo aqueles que pertencem atualmente às neuroses (histeria, ansiedade, hipocondria, casos leves de melancolia).

Conforme Loffredo (2012), na psiquiatria doméstica existem três tipos principais de neurose: neurastenia, neurose histérica, neurose obsessiva. Diagnósticos "neurose hipocondríaca" e "neurose depressiva" não é atualmente colocado como o fenômeno da somatização e transtorno afetivo pode ser detectado em qualquer neurose (ROSA *et al*, 2016). Por estas mesmas razões, não usa os termos "neurose gástrica", "neurose cardíaca", etc.

Em se tratando da Neurastenia, os sintomas são diversos, mas alguns deles são obrigatórios, o que pode ser observado em todos os pacientes em estágio avançado da doença (GALDI; CAMPOS, 2017).

Primeiro aparecem distúrbios vegetativos, são a primeira sobrecarga de sinal neuropsiquiátrica. Aqui, em primeiro lugar, notar-se os fenômenos da hiperpatía que contribuem para a pintura "fraqueza irritável". Mesmo com uma pequena perturbação ou leve esforço taquicardia ocorre em pacientes com sensação de palpitações, sudorese, extremidades frias, sono desaparece, diminuição do apetite (KLEIN *et al*, 2016).

A hiperestesia em alguns analisadores (BÊNIA *et al*, 2016), pode ser combinada com outras hipoestésias. Hiperpatía às vezes expressa de forma tão dramática que os pacientes que sofrem de estímulos de atividades comuns: sensibilidade ao olho atinge tal gravidade que os pacientes não podem tolerar o impacto de uma luz convencional, dispersos, eles têm de fechar as cortinas para se livrar das dores nos olhos (ROSA *et al*, 2016).

O mesmo se aplica aos fenômenos de hiperacusia, hiperosmia, etc. Pode desenvolver fome aguda, cefaleia, que é descrito como compressão, espremendo "aro". A dor aumenta com a excitação durante o estresse mental (KLEIN *et al*, 2016).

[...] sintomas histéricos e angústia no campo psicanalítico, na perspectiva clínica-descritiva, verifica-se que a angústia manifesta-se por distúrbios de determinadas funções corporais, tais como distúrbios da atividade cardíaca (palpitações, arritmia ou taquicardia) e respiratória (várias formas de dispneia nervosa, acessos semelhantes a asma e similares), acessos de suor, fome devoradora, tremores, calafrios, diarreias, distúrbios esses que nem sempre vêm acompanhados de angústia reconhecível. Outros distúrbios corporais de angústia, como acessos de vertigem locomotora e acessos de parestesias (sensações anormais; alucinações sensoriais) raramente ocorrem sem angústia ou sensação semelhante de mal-estar (Freud, 1895/1987). Nos sintomas histéricos, observa-se sua expressão sintomática sob a forma de dores, paralisias ou alterações de sensibilidade, inexplicáveis pelo modelo neuroanatômico. Na histeria, assim como na angústia, se uma função corporal é atingida, o organismo fica intacto. No entanto, na angústia, pode ainda produzir danos lesionais secundários (DAL-CÓL; POLI, 2016, p.124/125).

Em outra fase, podem aparecer distúrbios sensório-motor diferentes, aumento da sensibilidade à sensação dos órgãos internos. Os pacientes não podem tolerar mudanças de temperatura, os seus tremores no tempo frio, com o calor aumentaram acentuadamente a transpiração. Há uma forte sensação de zumbido, eles sentem o coração, estômago, intestinos. Tais sensações causam humor hipocondríaco, mais forçado a "ouvi-lo", o círculo de queixas hipocondríacas pode se expandir (ROSA *et al*, 2016).

Para o paciente torna-se difícil realizar pequenos movimentos sutis, salvo a pose monótona qualquer expectativa se torna doloroso para eles. Em seguida, junta-se a transtornos afetivos (BÊNIA *et al*, 2016). Evento insignificante leva-os a lágrimas, eles se sentem rapidamente magoados e irritados, embora possa rapidamente se acalmar e se culpar pela incontinência (ROSA *et al*, 2016).

O bem-estar, caracterizado pela extrema instabilidade afeta a predominância do humor baixo com uma insatisfação (mas sem tristeza). Na parte da manhã, mais frequentemente se sentir mal para as pessoas que são um pouco "endireitar" pode se sentir melhor, mas cansado rapidamente e os sintomas anteriores de instabilidade novamente (LOFFREDO, 2012).

Conforme Rosa *et al*, (2016), quando o indivíduo tenta realizar as condições de carga anteriores amplificar disfunção autonômica, sensório-motor e afetivo. Pode

mostrar dificuldades na atividade intelectual (difícil de ler, aprender o material de palestras no processo de aprendizagem, etc.).

Os pacientes não podem por muito tempo se concentrar em algo importante, começar a pensar em outra coisa ("mentismo associativo"). Podem ser memória quebrada em conceitos abstratos devido às dificuldades que fixam a atenção. Conectar-se com seus amigos por um tempo distraído, então começa a irritar (LOFFREDO, 2012)

Com o curso em longo prazo da neurastenia, os sintomas muitas vezes estendidos, exemplo pode ser fixo reações histéricas de caráter neurótico. Existem duas variantes da neurose, neurastenia esgotamento causado pelo congestionamento são significativas, e neurastenia reativa, decorrentes do impacto de fatores estressantes (ROSA *et al*, 2016).

Além disso, neurastenia isolada e *hiposthesis giperstenicheskom*, embora correto considerar estas formas como estágios no desenvolvimento da doença (BÊNIA *et al*, 2016). Para a forma mais característica, sensibilidade aumentada às influências externas, déficits da atenção. Quando a forma hipostésica predomina fadiga, letargia, perda de capacidade de ganho (BÊNIA *et al*, 2016).

Para a neurastenia pode ser desfavorável devido à adição tardia de outros sintomas neuróticos (algumas dúvidas obsessivas, medos, etc.).

Entre os 50 sintomas da neurose como Benia *et al* (2016), destacou a exaustão física e mental (fraqueza), juntamente com irritabilidade (fraqueza irritável), dor de cabeça e insônia.

Klein *et al* (2016), enfatizou a importância para o desenvolvimento de excesso de doenças físicas e, mais importante, a onda mental que leva a uma "bancarota nervosa", porque em tais circunstâncias para os requisitos do sistema nervoso exceder o nível dos seus recursos.

Trata-se de sofrimentos que fogem à regra, exigindo um constante trabalho de pensamento. A expressão "regra", neste caso, diz respeito à questão neurótica, bastante trabalhada por Freud, isto é, ao *pathos* vinculado a um conflito entre desejo e interdição. Quando afirmamos que certas situações fogem à regra referimo-nos, mais especificamente, ao encontro clínico com sujeitos invadidos por um sofrimento avassalador, indicando que a noção de angústia sinal não é suficiente para entendê-lo (KLEIN *et al*, 2016, p. 50).

Loffredo (2012) viu neurastenia como uma reflexão específica das condições de vida com a atmosfera da luta pela existência, o desejo de enriquecimento a

qualquer preço em face da concorrência feroz. Isso dramaticamente drena a resistência, uma vez que nem todos, de acordo com Rosa *et al* (2016), é uma "energia nervosa milionária".

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo veio evidenciar que o estado emocional do sujeito, influencia as lesões do corpo, no qual transtornos psicossomáticos estão ligados diretamente ao surgimento de doenças físicas. Compreendendo que conflitos psíquicos e emocionais também se expressam em manifestações corporais, no qual o ser humano, agora, é visto como unidade, em um complexo sistema, onde fatores sociais, repressões sexuais, religiosas e culturais também são responsáveis pela origem de enfermidades.

Essa abordagem, colocada nos artigos citados, sugere que a psicossomática visa à cura do paciente e o discernimento de sua patologia. E que, a compreensão da saúde do indivíduo está relacionada com seus processos históricos.

E são esses processos – relacionamentos, hábitos, cotidiano, infância - que a psicoterapia irá investigar. Um processo lento e de grande demanda, que não atenua os sintomas, e sim traz a cura eficaz dos sintomas apresentados.

Através das terapias e da escuta analítica, são criadas as relações interpessoais com os pacientes psicossomáticos. Esses precisam de uma escuta atenciosa, mas também de palavras claras que irão amenizar os momentos de angústia e dor. Entendo que, esse é um processo árduo e trabalhoso, no qual a escuta criará um norte para o analisando encontrar as palavras e afetos que o faltam e transformar o fenômeno da soma em cura para o corpo e o psíquico.

Entretanto, existe a necessidade da contínua investigação do tema abordado. A relação clinica-teoria-clinica ainda tem um longo caminho a trilhar no vasto campo das psicopatologias.

A soma, a internalização das emoções e seus recalques são gatilhos para o desequilíbrio do organismo e diversas reações fisiológicas. Porém, os psicólogos e psicanalistas precisam caminhar lado a lado com a contemporaneidade e suas angustias.

O fato é que o ser humano está em constante transformação, e esse feito exige que os cientistas criem novos questionamentos e técnicas para abordar os fenômenos clínicos e a constituição de um sujeito em um espaço transferencial eficiente. Dessa forma, à medida que o ser humano evolui os estudos e pesquisas precisam acompanhar suas mudanças e práticas aplicadas.

Em relação a trabalhos futuros temos algumas possibilidades que irão auxiliar o complemento do tema Psicossomática e Sexualidade para a continuidade do desenvolvimento do trabalho. Esse complemento também será pesquisado nos limites das publicações de artigos publicados em revistas nacionais nos últimos 10 anos.

- **O Sujeito Contemporâneo** – relacionar as novas formas de mal-estar e angústia que a velocidade, dinâmica e temporalidade dos acontecimentos trazem para a vida do homem do século XXI.
- **A Nova Clínica Psicanalítica** – com a constante necessidade de ter um diferencial para se destacar no mercado de trabalho e ainda gerir a vida pessoal, novas neuroses atuais, angústias e doenças somáticas surgirão, e a Clínica Psicanalítica deverá acompanhar essas mudanças.
- **O Homossexualismo e o Somático** – como questões mal resolvidas e a repressão da sexualidade influenciam na vida de homens e mulheres ditos homossexuais e o surgimento das doenças psicossomáticas como uma válvula de escape.

REFERÊNCIAS

ÁVILA, L.; TERRA, J. (2010). **A histeria e somatização: o que mudou?** Disponível em <<https://scholar.google.com.br>> Acesso em 20 de abril de 2017.

BÊNIA, R. *et al.* (2016). **O afeto “angústia” em Freud e em Lacan: discussões para a clínica psicanalítica atual.** Disponível em <<https://scholar.google.com.br>> Acesso em 22 de abril de 2017.

BESSET, V. *et al* (2010). **Corpo e Histeria: atualizações sobre a dor.** Disponível em <<https://scholar.google.com.br>> Acesso em 11 de maio de 2018.

DAL-CÓL, D.; POLI, M. (2016). **Fenômenos psicossomáticos: uma questão para a psicanálise**. Disponível em <<https://scholar.google.com.br>> Acesso em 11 de maio 2018.

FONSECA, M.C.B. (2007). **Fenômeno Psicossomático entre a Psicanálise e a Medicina**. In: Revista Estudos de Psicanálise. Nº 30, p.95-102. Salvador.

FREUD, S. (1893/1895). **Estudos sobre a histeria**. Em: Edição Standard Brasileira das Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago. v. VII. Edição Eletrônica.

_____. (1898). **A sexualidade na etiologia das neuroses**. Em: Edição Standard Brasileira das Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago. v. VII. Edição Eletrônica.

_____. (1901/1905). **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. Em: Edição Standard Brasileira das Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago. v. VII. Edição Eletrônica.

GALDI, M.; CAMPOS, E. (2017). **Modelos teóricos em psicossomática psicanalítica: uma revisão**. Disponível em <<https://scholar.google.com.br>> Acesso em 25 de junho de 2019.

KLEIN, T. *et al.* (2016). **A angústia nas neuroses atuais: uma questão para a clínica contemporânea?** Disponível em <<https://scholar.google.com.br>> Acesso em 04 de abril de 2019.

LAPLANCHE, J. **Sexual: a sexualidade ampliada no sentido freudiano 2000-2006**. Porto Alegre: Dublinense, 2015.

LOFFREDO, A. (2012). **Anotações sobre a leitura freudiana da angústia**. Disponível em <<https://scholar.google.com.br>> Acesso em 04 de agosto de 2018.

ROSA, A. *et al.* (2016). **A neurose nossa de cada dia**. Disponível em <<https://scholar.google.com.br>> Acesso em 05 de abril de 2019.

SILVA, D.; GAIO, D. (2015). **O corpo em análise: uma perspectiva psicanalítica sobre o fenômeno psicossomático a partir da correlação entre soma e psique**. Disponível em <<https://scholar.google.com.br>> Acesso em 22 de maio de 2017.

WINOGRAD, M.; TEIXEIRA, L. (2011). **Afeto e adoecimento do corpo: considerações psicanalíticas**. Disponível em <<http://www.scielo.br>> Acesso em 16 de novembro de 2017.