

SOBRAP
SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICANÁLISE
CURSO DE FORMAÇÃO EM PSICANÁLISE
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

SOMATIZAÇÃO

Maria de Lourdes P. S. Cruz

Viviane Nascimento Tozeli

Orientadora: Prof Marise Marcolan

Sorocaba/SP
2022

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICANÁLISE
CURSO DE FORMAÇÃO EM PSICANÁLISE
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

SOMATIZAÇÃO

Artigo apresentado em cumprimento às exigências para
a conclusão do Curso de Formação em Psicanálise
sob a orientação do(a) Professor Marise Marcolan

Sorocaba/SP

2022

**SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICANÁLISE
CURSO DE FORMAÇÃO EM PSICANÁLISE
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Maria de Lourdes P. S. Cruz

Viviane Nascimento Tozeli

SOMATIZAÇÃO

Avaliado em ____/____/____

Nota Final:()_____

Professora Orientadora: Marise Marcolan

Professor(a) Examinador(a):

Sorocaba/SP

2022

RESUMO

A somatização ou doença psicossomática é uma doença que se concentra nos problemas emocionais do indivíduo e representam a ligação direta entre a saúde emocional de uma pessoa que eventualmente se manifestam fisicamente. Esta é uma questão que atinge mais pessoas do que as pessoas podem imaginar, e pode atrapalhar a vida social e profissional de todos. Os transtornos de somatização são alguns dos transtornos que nos afetam mais do que pensamos. A somatização nada mais é do que nosso corpo sinalizando o choque emocional que estamos sofrendo. Todos estes estão em formato de alerta. Neste artigo, apresentar-se-á mais sobre o transtorno de somatização, buscando suas causas e consequências. Para tanto, foi utilizado o método de revisão bibliográfica de cunho qualitativo e caráter descritivo.

Palavras-chave: Depressão. Neurociência. Cérebro.

ABSTRACT

Somatization, or psychosomatic illness, is a disease that focuses on a person's psychological shocks that eventually manifest physically. This is an issue that affects more people than people can imagine, and it can disrupt everyone's social and professional lives. Somatization disorders are some of the disorders that affect us more than we think. Somatization is nothing more than our body signaling the emotional shock we are suffering. All of these are in alert format. In this article, we will present more about somatization disorder, looking for its causes and consequences. For that, the method of literature review of a qualitative and descriptive nature was used.

Keywords: Depression. Neuroscience. Brain.

INTRODUÇÃO

A compreensão da mente e do corpo vem sendo discutida desde a antiguidade, buscando uma compreensão do funcionamento, a dualidade da mente e do corpo ou uma fusão dos dois. O funcionamento do cérebro humano é um fenômeno que intriga os estudiosos. Compreender e explorar as complexidades dos processos de trabalho da mente humana e a formação da mente representa uma busca contínua para pesquisadores e indivíduos interessados na função cerebral.

Na somatização, entender como o cérebro aprende e como as redes neurais são construídas no ato de pensar e aprender, é um desafio permanente. A neurociência estuda o sistema nervoso central e tenta estudar as habilidades mentais humanas. Existe uma estrutura inteira funcionando por um órgão relativamente pequeno que compõe de 1 a 2 por cento do nosso peso corporal.

A somatização tem a capacidade de fazer com que alguém se sinta tão deprimido que necessite de ajuda de médicos e especialistas. Desse modo, é importante falar sobre o transtorno de somatização, para ajudar aos indivíduos que sofrem com este problema, para ajudá-los a entender melhor como estão se expressando fisicamente e mentalmente.

Os sinais e sintomas da somatização sensorial podem variar muito em número e intensidade, afinal estamos falando de uma ampla gama de distúrbios. Os problemas podem variar de reações pequenas e rápidas, como corar quando envergonhado, ou um coração acelerado quando nervoso, a pontos mais intensos, como dores no corpo.

A ciência e a psicologia tentaram junta explicar as motivações desses sinais, mas as respostas quase sempre voltam para a mesma coisa: a fonte da emoção. Portanto, deve-se buscar a psicoterapia como aliada para enfrentar essas questões internas, aumentando assim a importância do autoconhecimento e abordando cada ponto de desequilíbrio emocional.

A psicanálise ajudará as pessoas com transtorno de somatização a enfrentar essas questões e entender suas motivações e como cada pessoa se comporta no corpo.

Isso é importante porque esses distúrbios psicossomáticos interrompem constantemente nossa motivação, interrompendo nosso trabalho, atividades pessoais e relacionamentos. Pacientes que procuram terapia de somatização necessitam de ajuda psicoterapêutica para se estabilizarem. Isso porque suas necessidades psicológicas os atrapalham todos os dias, interferindo em suas habilidades interpessoais e sociais, sem contar os problemas causados pela dor psicossomática. Portanto, contar com a ajuda da psicoterapia também ajudará a pessoa a tomar as melhores decisões, contornando suas próprias expectativas e, finalmente, diagnosticando o transtorno de somatização.

Esse é o tipo de diagnóstico e tratamento que só pode ser estabelecido por um profissional com capacidade prática e teórica, além de poder analisar criteriosamente o histórico médico da pessoa e entender suas motivações.

Diante do exposto, esta pesquisa foi constituída por meio de revisão bibliográfica de cunho qualitativo e caráter descritivo.

DESENVOLVIMENTO

O cérebro é responsável pela nossa percepção das coisas ao nosso redor. Nossos cérebros são fundamentados, dados e significativos pelos sinais que nossos sentidos recebem de dentro e de fora. Na Grécia antiga, Hipócrates (460 aC - 370 dC) representou a primeira corrente a defender a integração da mente e do corpo, tratando o indivíduo como um todo e a somatização de uma perspectiva holística.

Em 1946, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como "o estado de saúde física, mental e social completa, não apenas a ausência de doença". Esta definição tem sido criticada e ajustada ao longo do tempo: "Um estado de bem-estar em que um indivíduo está ciente de suas próprias habilidades, capaz

de lidar com o estresse diário, capaz de trabalhar de forma produtiva e capaz de contribuir para o seu bem-estar. comunidade para contribuir".

Mesmo esse conceito ajustado é atualmente objeto de críticas e discussões, especialmente na era do discurso e da overdose do DSM-Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Nos dias de hoje, há necessidade de identificar, patologizar e administrar medicamentos regularmente, mesmo que não haja necessidade real.

Para explicar as características da saúde e da doença, Hipócrates (460 aC) afirmou que existem quatro fluidos principais (humores) no corpo: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue, que regulam a saúde para equilibrar esses elementos. Dessa forma, o homem é visto como uma unidade organizada, e a doença é a desintegração desse estado.

Na somatização, o médico grego Galeno resgatou a teoria humoral de Hipócrates, enfatizando a relevância dos quatro temperamentos para a saúde. Galeno acredita que a doença é inerente às pessoas, ou seja, a constituição ou os hábitos de vida das pessoas podem levar a desequilíbrios. O conceito prevaleceu por séculos até que o médico suíço Paracelsus (1493-1541) levantou a hipótese de que fatores externos causavam a doença.

Paracelsus propôs o princípio do tratamento humanizado, considerando que a quimioterapia seria usada para combater a doença, que segundo seu conceito também vinha de agentes químicos, para os quais o paciente recebia doses de minerais e metais (CASTRO et al. 2006) .). O filósofo René Descartes (1596-1650) fundou a ciência moderna partindo do pressuposto de que alma e corpo são categorias distintas de somatização.

“O fato de eu poder entender claramente uma coisa da outra é suficiente para me certificar de que duas coisas são diferentes porque pelo menos podem ser separadas por Deus” (DESCARTES, 1649/1989, p. 134). Esta observação de que os filósofos propõem a distinção entre corpo e mente na somatização.

Descartes, no entanto, levanta a questão em sua concepção do dualismo, ao identificar a integração entre esses dois extremos, corpo e alma: nem pode apresentar um e o outro não” (DESCARTES, 1649/1983, p. 256). Na Idade Média, o conceito de vida após a morte prevalecia na Igreja Católica, em que a soberania da alma, em que a doença se manifestava no corpo desprezado.

Mesmo na Idade Média, a doença estava associada ao pecado (VOLICH 2001; CASTRO et al. 2006). Em suma, o conceito de saúde ainda passou por diversas concepções ao longo da história, suscitando discussões e ajustes na tentativa de se adequar a contextos históricos, sociais e políticos.

Ainda sobre a compreensão da estrutura da mente e do corpo e dos aspectos relacionados à saúde e à doença, as contribuições de Freud são cruciais para questões relacionadas à integração mente-corpo ou à integração entre mente e corpo. Mesmo sem explorar questões relacionadas à somatização, Freud, por meio de seu trabalho sobre a histeria, enfatizou os aspectos psicológicos do desempenho físico.

Portanto, vale a pena enfatizar com mais detalhes as ideias de Freud sobre a estrutura da mente e como a mente interage com o corpo. Freud postulou que existem duas formas de estruturar a mente humana, que são chamados primeiro de modelos temáticos ou topológicos, e segundo modelos temáticos ou estruturais. Entre 1900 e 1914, Freud realizou uma pesquisa que apresentou três instâncias da divisão do órgão mental em inconsciente, pré-consciente e consciente, tendo esse conceito como primeiro tema.

Em suma, por meio do primeiro tema, é possível identificar o inconsciente formado por conteúdos disfarçados que não podem entrar no pré-consciente e consciente. O pré-consciente é a passagem entre o inconsciente e o consciente, criando uma conexão entre os dois níveis, mas não pertencente a nenhum deles. E, conscientemente, cria uma conexão direta entre o indivíduo e o ambiente externo, com as pessoas e o ambiente com o qual interagem.

Estímulos internos e externos

Na somatização, a consciência absorve sensações e estímulos internos e externos e é responsável pela percepção, atenção e raciocínio do indivíduo. Freud aprofundou seu estudo da psique humana, identificando o primeiro tema e as limitações do período 1914-1939, e assim o segundo tema, revelando um modelo estrutural do aparelho mental, três dos quais eram Certezas como: identidade, ego, e superego. Seguindo o que foi revelado no segundo tema, o DI representa o nível espiritual mais profundo e primordial da mente humana, o nível inconsciente que armazena as energias e impulsos mais primitivos, a criança eterna.

Para o DI, não há conceito de certo e errado, dia ou noite, e busca satisfazer desejos independentemente de aspectos práticos ou morais. Eu não teria ideia de como lidar com contratempos. O ego atua como um filtro de identidade porque o ego é governado pelo princípio de realidade. O ego tenta equilibrar ou mesmo bloquear os desejos e impulsos do id, criando mecanismos de defesa. O superego, por sua vez, atua como juiz ao impor condições de bloqueio por meio de regras e morais assimiladas pelo indivíduo, aprimoradas a partir do contato com o primeiro cuidador do indivíduo (pai ou responsável) e pela interação social.

Assim, o superego luta pela perfeição, o ego busca se adaptar à realidade, enquanto o id busca o prazer independentemente dos meios ou possíveis consequências. Dessa forma, pode-se observar que, por meio da pesquisa no primeiro e segundo tópicos, eles se referem ao santuário da mente, o espaço que esconde sentimentos, lembranças, sentimentos e problemas, que muitas vezes causam desconforto ao indivíduo, e mesmo Todas as coisas que causam dor, sem saber, tendem a ser reprimidas subconscientemente.

As doenças psicossomáticas

A dor e o desconforto continuam afetando os indivíduos porque o que as pessoas realmente não esperam é que o corpo "começa a falar", acredite, "o corpo fale" e se expresse por meio da somatização ou doença psicossomática.

Laplanche e Pontalis (1996) concluíram: "Se os achados de Freud podem ser agrupados em uma palavra, a palavra é, sem dúvida, o inconsciente". Zimmerman (1999), por sua vez, descreve: "A mente é como um universo de objetos internos interligados por meio de fantasias inconscientes que constituem a realidade psicológica".

O somatizar, a Psicossomática e Psicanálise

A psicossomática pode ser entendida como uma ciência interdisciplinar que abrange toda a condição de saúde humana. A psicossomática é representada pelas palavras psique (mente) e soma (corpo), indicando que as doenças que afetam o corpo vêm da mente. A psicossomática é uma ciência interdisciplinar que integra as diferentes especialidades da medicina e da psicologia para estudar o impacto de fatores sociais e psicológicos nos processos orgânicos do corpo e no bem-estar das pessoas (SEAWARD, 2009, p. 38).

A somatização refere-se aos sintomas físicos que os indivíduos apresentam em situações de conflito, angústia e estresse emocional. Somatização e psicossomática são temas que estimulam a discussão, fruto de vários estudiosos e visões que produziram diferentes classificações de questões relacionadas à saúde, doença e sintomas. O termo psicossomático foi mencionado pela primeira vez na literatura médica em 1818 em um texto do psiquiatra alemão Heinroth descrevendo uma forma específica de insônia (ZIMERMAN, 1999).

George Walter Groddeck (1866-1934) médico alemão que defendeu a psicologização da biologia, considerado o pai da psicossomática, em seu livro (*Psychoanalytic Studies of Psychosomatics*) Supõe-se que "a doença e a saúde são expressões de uma única vida. não vem de fora, não é um inimigo, mas o organismo, sua criação" (Groddeck, 1992/1920, p. 97). Ainda o autor: "Uma doença física é sempre uma doença mental, e uma doença mental é sempre uma doença física".

Groddeck, contemporâneo de Freud, era membro da Sociedade Psicanalítica de Berlim, mas rejeitou as teorias de Freud em favor das suas. As doenças não são estranhas, são feitas pelo homem; o homem usa o mundo exterior apenas

como uma ferramenta para a doença, escolhendo de seu infinito arsenal de acessórios às vezes o *Treponema pallidum*, às vezes uma casca de banana, depois uma bala de rifle ou um resfriado (Groddeck, 1923). , p.219).

No entanto, mesmo com todo o conflito, Grodeck atribui "isso" ao mesmo nível do "inconsciente" na pesquisa de Freud. Assim, para Grodeck, toda doença orgânica é uma doença psicossomática porque é uma formação inconsciente, e são estudadas analiticamente. Morais e Nicolau (2020) destacam o papel de Freud, ressaltando que, por meio de sua formulação do inconsciente e do aparelho psicológico, possibilitou escritores como George Grodeck, Sándor Ferenczi, Franz Alexander, Helen Dunbar, Pierre Marty e Michel de M. Uzan , que teoriza doenças que surgem no corpo, mas não tem causa estabelecida.

Os autores também destacam a necessidade de um renascimento da pesquisa psicossomática com base nas contribuições desses autores em uma era dominada pelo DSM-Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Considerando as instâncias psicológicas da linha freudiana, seja no primeiro tema ou no segundo tema, há um caminho para um reino oculto e disfarçado da psique humana, do inconsciente e do id. Esses reinos, embora não sejam tangíveis, exercem um enorme poder sobre a mente humana.

As barreiras do superego

Mesmo com filtros criados pelo ego, barreiras do superego, pontes pré-conscientes e raciocínio consciente, o que está oculto bate pela liberdade e os retornos reprimidos podem emergir por meio dos sintomas. Para Freud, “Esses pacientes [...] gozam de boa saúde mentais até o momento em que suas vidas representativas se tornam incompatíveis – ou seja, até que seu ego se depare com uma experiência, uma manifestação ou um sentimento que cause impacto. esqueça porque não acredita em sua capacidade de resolver a contradição entre a representação incompatível e o eu por meio da atividade do pensamento” (FREUD , 1906, p.55).

Zimerman (1999) confirmou que Freud desenvolveu vários conceitos que apoiam a pesquisa psicossomática do paciente. Representações em destaque, no desenvolvimento psicológico de "representantes" para "representantes", permitindo emoções conscientemente confusas; Complacência Somática (1905), exemplificada pelo caso Dora, onde a somatização ocorre nos mecanismos de defesa das estruturas; sexualidade inconsciente O conflito faz o corpo um fenômeno linguístico de conversão; a visão de Freud sobre a histeria da conversão enfatiza a comunicação entre mente e corpo.

Observe a diferença entre fenômenos psicossomáticos e sintomas de conversão neurótica. Na transformação, o sintoma aparece no corpo pulsional, enquanto no caso psicossomático, aparece no corpo biológico. Na histeria de conversão os sintomas são reprimidos (psiconeuropatia), enquanto na somatização (neurose real) os sintomas não têm sentido, uma tensão retirada dos órgãos psíquicos que inunda o corpo.

As psiconeuroses e os traumas

Na psiconeuropatia, referem-se a traumas/situações decorrentes da infância de um indivíduo, como histeria, transtorno obsessivo-compulsivo (ou transtorno obsessivo-compulsivo) e fobias. A neurose atual se origina no momento presente em que seus sintomas aparecem. Muitas disfunções podem afetar a mente humana, sendo a neurose um exemplo.

Para Freud, "toda neurose representa uma defesa mental contra pensamentos insuportáveis". Exemplos de estados neuróticos são fobias, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno obsessivo-compulsivo, depressão e amnésia.

No contexto atual, o termo neurose foi substituído por "transtorno de ansiedade". Enfatize a diferença entre neurose e psicose. Em ambos os casos, há conflito psicológico e dificuldade em aceitar a realidade, mas o neurótico reprime o que o incomoda, enquanto o psicopata cria uma nova realidade, que se entende como

verdadeira. Pontalis e Laplanche (2001) definem a neurose como um “estado psicológico (doença) em que os sintomas são expressões simbólicas do conflito psicológico”.

“Neurose, a presença de algum grau de angústia e dissonância em uma ou mais áreas importantes de sua vida: sexualidade, família, ocupação ou sociedade” (ZIMERMAN, 1999).

Dessa forma, “no campo da neurose, os sintomas estão sujeitos a uma estrutura linguística subjacente que opera por meio de um processo de metáfora e deslocamento e, portanto, está repleta de significados inconscientes que, segundo ele, não ocorrem nos fenômenos” (Miller, 1987).

Memórias, sentimentos, situações, pessoas, sonhos, desejos e percepções de potencial infinito para causar dor e desagrado são muitas vezes bloqueados pelo ego de alguma forma, causando desconforto e manifestando-se por meio de sintomas, prejudicando assim o ego. na autonomia de suas funções.

Em estudo de Milhorim e Costa Neto (2019), onde foram observados pacientes no pronto-socorro, identificou-se a presença de aspectos psicológicos e sua relação com sintomas físicos de pacientes internados na unidade investigada, assim como, as pessoas têm problemas de saúde mental relacionados a sintomas físicos. Outro estudo apresentou uma amostra de 10 pacientes adultos e idosos atendidos no pronto-socorro de um hospital privado de Brasília entre fevereiro e junho de 2011, em que um homem e nove mulheres desenvolveram sintomas psicossomáticos.

“Muitas vezes, nem a equipe de saúde nem o paciente conseguem relacionar sua dor física com seu estado emocional” (ARRAIS et al., 2012) Observou-se que os sintomas somáticos mais comuns presentes nas emergências hospitalares foram: tórax dor, fadiga, tontura, dor de cabeça, inchaço, dores nas costas, falta de ar, insônia, dormência, dor abdominal, nenhuma causa orgânica foi identificada após exame clínico.

Em termos de somatização, segundo o IBPC - Instituto Brasileiro de Psicanálise Clínica (2021), a Tabela 1 mostra uma gama de transtornos ou transtornos psicossomáticos. Figura 1 – Doença ou desconforto psicossomático

Dor no estômago e sensação de queimação com ou sem náuseas e vômitos; alergias alimentares, respiratórias ou cutâneas; constipação ou diarreia; impotência; sensação de falta de ar. Além disso, você pode ter dor no peito; infertilidade; dores musculares e de cabeça; anemia; aumento da pressão arterial; problemas respiratórios e hepáticos; batimentos cardíacos acelerados; asma; alterações na visão; problemas na bexiga; coceira, queimação ou formigamento; bulimia; perda excessiva de cabelo; câncer; insônia; doença cardíaca; micção dolorosa ou difícil; problemas com digestão, dentes, garganta e coluna; alterações no desejo sexual; dores nas costas, pescoço e pescoço; dificuldade em engravidar. Além disso, podem apresentar alterações no ciclo menstrual; gastrite; enxaquecas; problemas no joelho e nas pernas; síndrome do intestino irritável; obesidade. Fonte: IBPC (2021)

Ainda para o IBPC, "Os transtornos psicossomáticos surgem de transtornos mentais que afetam o estado físico. Portanto, são transtornos onde fatores emocionais, ansiedade, depressão ou choque (luto) podem afetar um órgão ou um sistema fisiológico". Sintomas somáticos e distúrbios psicossomáticos. O cenário atual é de globalização, industrialização e informatização.

Essa situação tem suas vantagens em termos de modernidade, facilidade de acesso à informação, recursos tecnológicos para facilitar a execução de diversas atividades e possibilidades de comunicação que não se intimidam pela distância física. Mas todas essas vantagens podem facilmente se transformar em desvantagens se os indivíduos usarem esses recursos para fins de sobrevivência e não como meio de trabalho diário. A mente entra em um turbilhão de atividade, o que dificulta a concentração e causa desgaste mental e físico pessoal.

A pessoa não está realmente se concentrando no que está fazendo enquanto realiza uma atividade porque seu cérebro está pensando na próxima ou na próxima atividade. Enquanto fala, você está olhando para o seu telefone, enquanto dirige, está ouvindo, estudando ou falando ao telefone. Em situações em

que tudo é urgente, todos estão com pressa, e adultos e crianças estão ocupados lidando com as atividades de cenários concorrentes, é cada vez mais comum que os indivíduos estejam sob estresse.

O somatizar, a depressão e a ansiedade

Há uma distorção entre produtividade, iniciativa, quantidade e qualidade. Os pais, sem saber, passam esse ritmo agitado para seus filhos e, por causa das situações que os pais e os adultos ao redor impõem a eles, é provável que observem as crianças com pensamento acelerado. Todos se esforçam para atender às suas próprias expectativas e de terceiros. Todas essas condições exacerbam a ansiedade, o que prejudica a saúde mental.

Eventos estressantes podem levar a transtornos de ansiedade. O estresse pode ser definido como uma condição resultante de estímulos induzidos por excitação emocional, impondo processos adaptativos ao indivíduo, resultando em uma variedade de manifestações sistêmicas, aumento da secreção de adrenalina e criação de distúrbios físicos e psicológicos (MARGIS, et al., 2003).

Em termos de somatização, resta aos autores que, se esse manejo fisiológico for frequente e intenso, terá efeito sobre o corpo, predispondo os indivíduos a transtornos de ansiedade, bem como a outros transtornos mentais. A publicação do TST (2021) confirma essa tendência de surgimento de ansiedade e outros transtornos psiquiátricos: “Nos casos de licença médica, o absenteísmo por causas como depressão e ansiedade tem o maior aumento nas principais doenças”.

Somatizar e a Psicanálise

Vale lembrar que a psicanálise não dá ênfase ao diagnóstico, rotulagem e nomenclatura, e os números citados na tabela acima são baseados nos critérios do Manual Estatístico Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM) e da Classificação Internacional de Doenças (CID), mas independentemente da classificação, os números são. Indica uma pessoa com sintomas físicos ou doença psicossomática. Alguns sintomas comuns de situações estressantes: dor no peito, fadiga, tontura, dor de cabeça, inchaço, dor nas costas, falta de ar, ataque de asma, alergias, gripe, resfriado, diarreia, irritação da pele, câibras, sudorese

excessiva, flutuações da pressão arterial, dores musculares, Náuseas, insônia, desmaios, dormência e dor abdominal.

“As respostas ao estresse são o resultado da interação de características humanas e necessidades ambientais, ou seja, as diferenças entre o ambiente externo e interno e a percepção do indivíduo sobre sua capacidade de resposta” (MARGIS et al., 2003. p. 65). Na somatização, a resposta a eventos estressantes será única, pois cada indivíduo responderá de forma diferente, dependendo do grau de autorreforço, e essa forma de resposta é objeto de outras pesquisas que visam compreender fatores genéticos, ambientais traços de personalidade, o impacto no conflito psicológico e, em seguida, nos sintomas psicossomáticos.

Assim, em vez de se concentrar em classificações diagnósticas, a psicanálise tenta compreender os sintomas relatados pelos indivíduos. Os sintomas em psiquiatria e psicanálise não são os mesmos. Na somatização, a psiquiatria é composta por psiquiatras que o observam, descrevem, classificam e nomeiam. Esta é uma clínica de observação [...]. Quanto ao sintoma psicanalítico, ele existe apenas quando o paciente fala, pois a clínica psicanalítica é conduzida pelo paciente, a partir de suas próprias palavras. (Miller, 1997, p. 123).

A mente humana e a associação livre

A premissa da psicanálise é abrir os cantos escondidos da psique humana, tentar derrubar muros por meio das palavras, durante a sessão os indivíduos são livres para trazer seu conteúdo sem restrição ou julgamento, isso é conhecido como associação livre. Dessa forma, o processo analítico destinado a ajudar o indivíduo a navegar pelos túneis ocultos da mente, e a psicanálise em particular, “compõe uma combinação extraordinária, pois engloba não apenas um método de estudo das neuroses, mas também uma abordagem de base psiquiátrica”. Análise do método de tratamento A causa da descoberta.

“Posso começar dizendo que a psicanálise não é fruto da especulação, mas da experiência” (FREUD, 1996). Nesse caso, o ambiente analítico é um espaço que fornece à estrutura simbólica dos processos subjetivos inconscientes que trazem juntos o mental. As condições técnicas básicas da intervenção analítica. "Neste campo estão contidos todos os elementos da organização do ambiente: o espaço físico da performance, o contrato estabelecido para o seu desenvolvimento, e a empatia e reação estabelecida entre o analista e os princípios analistas da própria relação empática” (Barrows, 2013).

Vale lembrar que mesmo durante a terapia psicanalítica, as percepções que podem levar à dor e ao desagrado tendem a ser bloqueadas de alguma forma pelo ego por meio de mecanismos de defesa. Por exemplo, o indivíduo pode racionalizar o sentimento que o está incomodando, ou seja, buscar razões, o que também o levará a negar o sentimento.

O mecanismo da racionalização

Os mecanismos de racionalização ocorrem por meio da fala, onde os indivíduos usam a fala para justificar o que está reprimido. Quanto mais racional um indivíduo é, mais ele tende a racionalizar. Dessa forma, a assistência dedicada ajuda a fortalecer o ego com autonomia para desempenhar suas funções. Por meio da própria fala, o analista ganhará insight para trazer o inconsciente à consciência, revelando a causa do sofrimento. Então a psicanálise é uma forma de ajudar as pessoas que estão sofrendo.

Os Ganhos da Psicanálise com a Neuropsicologia e os Ganhos da Psicologia com a Neuropsicanálise

Neuropsicologia, uma disciplina científica mais diferenciada do início do século 20, é foio termo usado pela primeira vez por Hebb (1949) para diferenciar um estudo científico para identificar os méritos comuns de funções cerebrais compartilhadas por neurologistas e psicólogos psicofisiológicos da época. No entanto, as pesquisas científicas sobre a relação cérebro-coração começaram nas

últimas décadas do século XIX, e essas investigações serviram de base para as abordagens metodológicas que surgiram posteriormente (CAGNIN, 2010).

Para Luria (1981), Neuropsicologia é a ciência da organização cerebral dos processos mentais humanos, cujo objetivo é “a investigação do papel de sistemas cerebrais individuais em formas complexas de atividade mental”. A investigação neuropsicológica permite aprofundar o conhecimento dos processos psíquicos, por meio da análise das correlações entre as condutas e determinadas zonas corticais.

O estudo do funcionamento cerebral é acessado por meio dos comportamentos produzidos e expressados nos diferentes domínios como, memória, linguagem, sensório-motor, atenção e cognição social (LEZAK *et al.* 2004)

Segundo a Neuropsicologia Histórico Cultural, a atividade e funcionamento cerebral têm uma relação inseparável. Assim, a atividade é considerada como condição e forma de desenvolvimento da psique humana. Como indicam Talizina, Solovieva e Quintanar (2010), o estudo da atividade abre novas perspectivas para o estudo do desenvolvimento e da educação. Nesse sentido, é importante a formação gradual de ações de aprendizagem como aquisição de experiência social e sua transformação na experiência individual do aluno (MORENO; SOLOVIEVA; QUINTANAR, 2012).

O termo “fator neuropsicológico” foi introduzido pela primeira vez em neuropsicologia por Alexander Romanovich Luria (A.R.) em 1947-1948 no trabalho “Afasia traumática” e “Reabilitação de funções após trauma de guerra”, e é entendido como o resultado do trabalho de uma área ou um conjunto de áreas do cérebro (MIKADZE; KORSKOVA, 1994).

De acordo com a proposta de Luria (1973), a análise neuropsicológica é realizada por meio de uma unidade particular. Os fatores também podem ser entendidos como elos do sistema funcional complexo, subjacentes a uma ou outra ação realizada pelo sujeito. Assim, o objetivo da análise neuropsicológica é avaliar o status funcional desses fatores, como elos dos elementos que garantem a execução das ações escolares. Por exemplo, para escrever, é necessário encontrar uma

imagem gráfica para cada som, localizá-lo no espaço da folha, relacionar as imagens em sequências e verificar a execução. Em diferentes estágios de aprendizado, cada uma dessas operações é refletida na consciência da criança, isto é, representa ações, enquanto nos adultos esses mesmos processos constituem operações semiconscientes e automatizadas (GALPERIN, 1998). Além disso, a atividade pode identificar o nível de mecanismos neuropsicológicos relacionados à função cerebral.

A neuropsicologia é reconhecida pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) como uma especialidade nesta área, no entanto, dentro da área das neurociências, é considerada multidisciplinar, estando por isso associada à neurologia, psicologia, geriatria, pediatria, psiquiatria, fonoaudiologia, educação, forense, etc. Embora o início seja relativamente novo no Brasil, seu desenvolvimento tem sido observado em diversas regiões do país (MIOTTO, 2011).

A teoria de Vygotsky, também conhecida como teoria sócio-histórica, estuda principalmente o desenvolvimento cognitivo e a influência do ambiente sobre ele. Portanto, o conhecimento é considerado o resultado da interação entre o agente e seu ambiente (BASTOS; PEREIRA, 2003).

Vygotsky propôs uma nova abordagem psicológica a partir de uma perspectiva "cultural, instrumental ou histórica" (LURIA, 1992, p.48), enfatizando a construção social da mente. Essa concepção epistemológica vê o desenvolvimento humano como um processo social ou psicológico inicial (compartilhado entre as pessoas) que é mediado pelos adultos e incorporado pelas crianças, internalizado, e torna-se um processo psicológico intrínseco com características históricas e culturais. humanos. Essa concepção filosófica de educação enfatiza que a dimensão sociocultural é fundamental para a construção do conhecimento e que o trabalho do professor não começa na sala de aula.

A teoria de Vygotsky explica os aspectos culturais, históricos e instrumentais que influenciam nosso comportamento: Os aspectos culturais envolvem formas socialmente organizadas de organização social dos tipos de tarefas e tipos de ferramentas que as crianças enfrentam à medida que crescem, incluindo as habilidades mentais e físicas que as crianças pequenas deve dominar a tarefa. Uma

das ferramentas fundamentais que ele cita é o importante papel da linguagem na "organização e desenvolvimento dos processos de pensamento" (VYGOTSKY, 2006,).

O fator neuropsicológico é um dos conceitos básicos na terminologia da Neuropsicologia Luriana. Esse se refere a um tipo de funcionamento cerebral, produzido pelas redes neurais de uma determinada zona do cérebro. A perturbação do fator conduz a aparição de uma síndrome neuropsicológica definida. O objetivo da avaliação neuropsicológica qualitativa consiste na descoberta e precisão do estado funcional dos diversos fatores neuropsicológicos (VIGOTSKY, 1996).

De acordo com Vigotsky (1996), a neuropsicologia histórico-cultural, deve-se identificar qual ou quais os fatores que apresentam um desenvolvimento funcional insuficiente e determinar de que maneira o fator implicado afeta todo o desenvolvimento psíquico da criança. Isso significa que não somente a falha em um determinado fator vai incidir, por exemplo, sobre a atividade de leitura e escrita, mas também em qualquer atividade da qual ele seja participante. Por exemplo: se o fator de regulação e controle é afetado, se afeta a compreensão de textos, a solução de problemas aritméticos, o seguimento de instruções, a escrita de textos e a organização do discurso oral.

Quadro 1- Os fatores, suas funções e zonas cerebrais correspondentes.

FATOR NEUROPSICOLOGICO	FUNÇÃO DO FATOR	ZONAS CEREBRAIS
REGULAÇÃO E CONTROLE	Estratégias utilizadas para reter informações, planejar, construir planos, metas, ações e verificar, se a estratégia está funcionando, seguir as informações de acordo com as instruções.	Zonas terciaria do córtex pré-frontal do hemisfério esquerdo, 3 ^a unidade funcional.

ATIVAÇÃO CORTICAL INESPECIFICA	É responsável pela regulação do tônus cortical, vigília e dos estados mentais. Se houver uma lesão nesta área, há um comprometimento na realização de todas as atividades mentais (a cognição sai prejudicada), em síntese, o tônus cortical é a energia para realizar as atividades mentais e registrar as informações.	Estruturas subcorticais amplas, formação reticular, 1ª unidade funcional).
ORGANIZAÇÃO SEQUENCIAL MOTORA (MELODIA CINÉTICA)	Informações corporais táteis são armazenadas. Se ocorrer uma lesão nesta área, o indivíduo apresenta um nítido distúrbio de movimentos habilidosos que não são executados suavemente, cada componente do movimento habilidoso requerendo agora o seu próprio impulso isolado.	Zonas Occipitais, 3ª unidade funcional
OUVIDO FONEMATICO	Responsável por compreender, analisar e discriminar os sons verbais dos idiomas.	Zona secundaria do córtex occipital, 2ª unidade funcional.
RETENÇÃO AUDIO-VERBAL	Garante o armazenamento de informações auditivas. Se ocorrer uma lesão nesta área, o indivíduo não consegue reter series curtas de sons, silabas ou palavras em condições de interferência homo e heterogenia.	Zonas secundarias do córtex temporal, 2ª unidade funcional.
RETENÇÃO VISUAL	Garante a estabilidades dos traços mnêmicos (volume de percepção) na modalidade visual em condições de interferência homo e heterogenia.	Zona secundaria do córtex occipital, 2ª unidade funcional.
ANÁLISE E SÍNTESES ESPACIAIS	- Há uma noção corporal (direita e esquerda), material (relação entre objetos), perceptivo (localização de imagens) e verbal (localização do que foi ouvido). É responsável pelas estruturas gramaticais da frase, interpretação de texto, relações matemáticas. Lesão nesta área, prejudica a noção de espacialidade em diferentes planos. (não compreende as informações que lhe são passadas)	-Zona TPO, pré-motoras e lobos frontais. 3ª unidade funcional.

- PERCEPTIVO ANALÍTICO	-Garante a percepção e a produção adequada de traços essenciais, o seu embricamento e as relações espaciais entre os elementos da situação	-TPO do hemisfério esquerdo
-PERCEPTIVO GLOBAL	-Garante a percepção e a produção adequada da forma geral, dos aspectos métricos e a proporção do objeto	-TPO do hemisfério direito
ANÁLISE E SÍNTESES CINESTÉSICAS (INTEGRAÇÃO CINESTÉSICO-TÁTIL)	Garante a sensibilidade tátil fina, assim como a precisão de posturas e posições; na articulação da linguagem, garante a diferenciação dos sons verbais de acordo com o ponto e modo de sua articulação motora	Zonas terciária do córtex parietal (2ª unidade funcional)

FONTE: SOLOVIEVA; QUINTANAR, 2005

Quadro 2- Os fatores neuropsicológicos, zonas cerebrais e atividades relacionadas com a leitura

Tarefas	Funções	Zonas cerebrais	Fatores
Imagem visual da letra	Análise dos elementos	Occipitais	Retenção visual
Imagem visuo-espacial	Diferenciação das letras similares	TPO	Espacial
Execução da leitura	a) Esquema de movimento do aparelho articulatório (língua) b) União de sons, passos fluentes de um a outro c) Diferenciação de fonemas	a) Parietal b) Frontalposterior (pré motor) c) Temporal	a) Cenestésico b) Cinético c) Fonemático
Intenção	Objetivo, controle da compreensão do sentido, de sinais de pontuação	Lobos Frontais	Regulação e controle
Correlação entre som e a letra por meio da pronúncia	Diferenciação de articulemos próximos	Parietal	Cinestésico
Memoria áudio-verbal e visual	Material para leitura	Temporal, occipital	Específico modal (auditivo, visual)

FONTE: SOLOVIEVA; QUINTANAR, 2005 (Adaptado).

A inserção da psicanálise para além de seu campo é considerada uma tentativa de progressão em áreas de conhecimento além de suas capacidades. A palavra “Psicanálise apareceu pela primeira vez em 1896, ano da morte de Sigmund Freud. Desde então, a Psicanálise impregnou profundamente em nossa cultura, que já quase esquecemos que ela foi, em primeiro lugar, um movimento médico (GRAF, 1942).

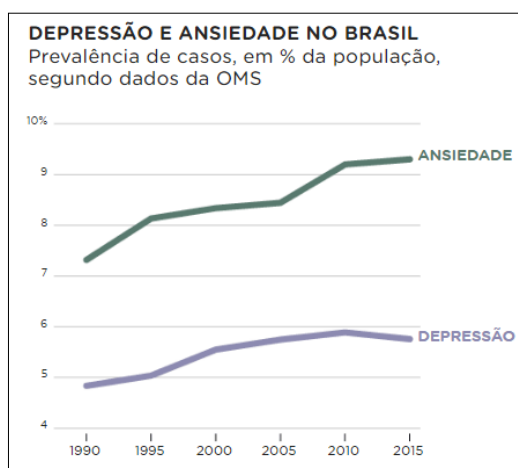
O QUE A PSICANÁLISE PODE NOS DIZER A ESPEITO DA DEPRESSÃO?

As doenças mentais, como por exemplo, a somatização, caracterizadas principalmente pela depressão, são um dos maiores problemas da psiquiatria hoje. Esforços para melhor compreender e resolver este problema têm sido realizados em neuroquímica, farmacologia, terapia eletroconvulsiva e biogenética.

A depressão é uma emoção, não uma doença. O conceito atual de depressão, qualquer que seja a palavra usada para se referir a ela, é mais enganoso do que útil.

No trabalho psicanalítico, o mecanismo que rege o aparelho psíquico e é a fonte de toda felicidade é o princípio do prazer. Segundo Freud, o que chamamos de felicidade no sentido mais estrito vem da satisfação (de preferência repentina) de necessidades que foram altamente impedidas (1929). No entanto, em nossa sociedade moderna, a incidência de depressão está aumentando. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a depressão afeta aproximadamente 121 milhões de pessoas em todo o mundo e é uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo (OMS, 2012). A busca da felicidade é claramente infrutífera.

FIGURA 1: DEPRESSÃO E ANSIEDADE NO BRASIL



Fonte: <https://www.papodehomem.com.br/os-numeros-da-depressao-e-da-ansiedade-no-brasil-e-no-mundo>

A teoria psicanalítica da melancolia, agora conhecida como depressão, começou principalmente com o trabalho de Carl Abraham e Sigmund Freud no início de 1900. O trabalho seminal neste campo foi a publicação de 1917 de *Mourning and Melancholy*, que se baseia na experiência clínica, explicando o estado de melancolia. Ele comparou isso ao estado natural de tristeza e usou essa comparação para explorar os mecanismos psicológicos da depressão.

Abraham (1970) também analisou a depressão e detalhou alguns dos fatores necessários para sua psicogênese. Desde o trabalho desses primeiros teóricos, os modelos psicanalíticos de depressão foram expandidos e refinados para fornecer insights sobre as causas, sintomas e tratamento da depressão.

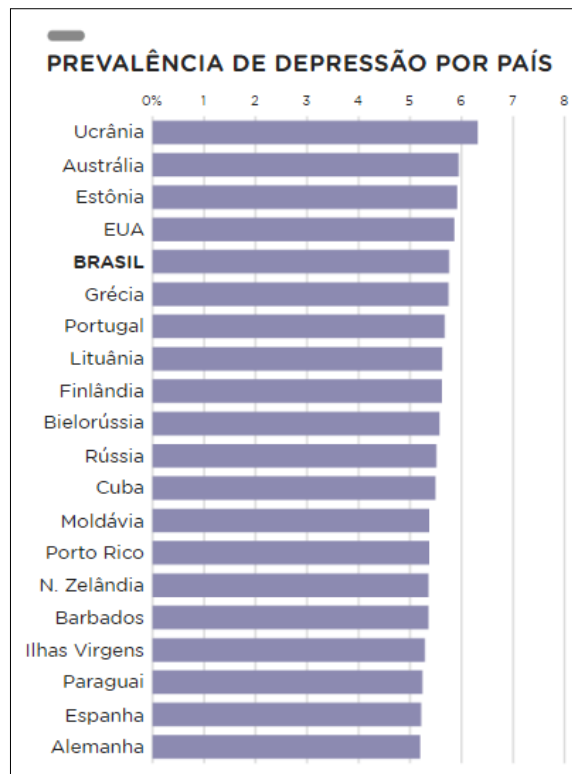
Causas

A teoria de Freud oferece duas explicações possíveis para a aparente infelicidade geral da população global: o excesso de felicidade em nossa sociedade e o próprio estado da civilização. A primeira delas – o excesso hedônico – está novamente ligada ao princípio hedônico e à possibilidade de superexposição, significando que quando qualquer situação esperada pelo princípio hedônico se prolonga, produz apenas uma leve sensação de satisfação (Freud, 1929). Em uma sociedade ocidental desenvolvida como a nossa, para a maioria das pessoas, todas as necessidades ou desejos podem ser atendidos com o mínimo de esforço.

De acordo com o relatório da OMS de 2004 sobre a carga global de doenças, a depressão contribui significativamente para a carga de doenças, ocupando o oitavo lugar em países de baixa renda, mas primeiro em países de renda média e alta (OMS, 2012).

O conceito freudiano de superexposição baseado no princípio do prazer pode explicar a prevalência da depressão nos países desenvolvidos. De acordo com essa teoria, o prazer é onipresente por um lado e inacessível por outro, porque estamos quase insensíveis à experiência.

FIGURA 2: PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO POR PAÍS

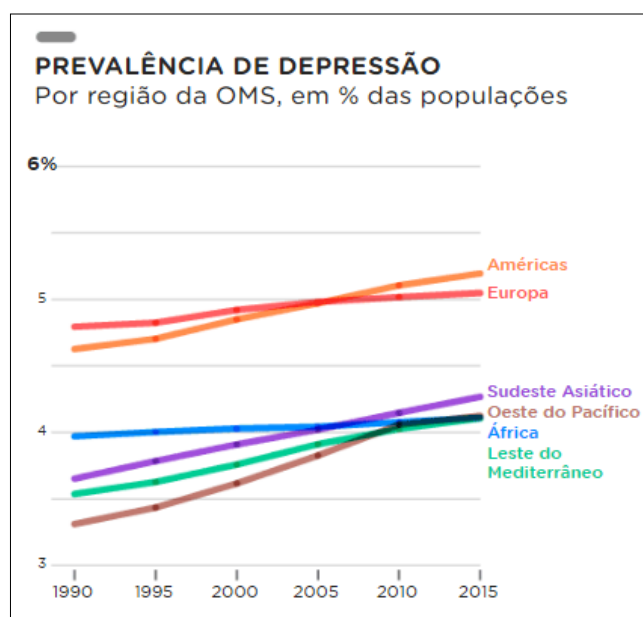


Fonte: <https://www.papodehomem.com.br/os-numeros-da-depressao-e-da-ansiedade-no-brasil-e-no-mundo>

A segunda explicação de Freud para o mal-estar geral envolve olhar para a própria sociedade e seu impacto sobre o indivíduo. Em *Civilization and Its Discontents* (1929), ele afirmou três fontes de sofrimento humano. Uma delas é o sofrimento do próprio corpo, que inevitavelmente levará à doença e ao envelhecimento, e é fácil sentir dor e ansiedade. A segunda é o sofrimento causado pela natureza e influências externas. Terceiro, e mais doloroso, é a mágoa que vem dos relacionamentos com os outros. Na visão de Freud, as duas primeiras fontes são imutáveis e devem ser aceitas. No entanto, ele argumenta que o dano causado pelas relações sociais é resultado do estado de civilização. Ele argumenta que a civilização impõe limites aos nossos instintos básicos. Isso tem a ver com a construção em três partes do inconsciente freudiano: o id, que consiste em nossos desejos básicos e mais primitivos; o ego, que controla os desejos do id e os traduz em comportamentos que podem ser expressos no mundo real; e finalmente o superego, que internaliza as regras morais e culturais da sociedade em que vivemos.

Com o desenvolvimento do superego e das normas culturais que somos forçados a seguir, não somos livres para satisfazer os impulsos primordiais do id porque aceitamos as regras sociais como obrigatórias e violá-las corremos o risco de ser expulsos da sociedade. Prazeres primitivos foram trocados pela segurança e estabilidade que a vida civilizada nos proporciona.

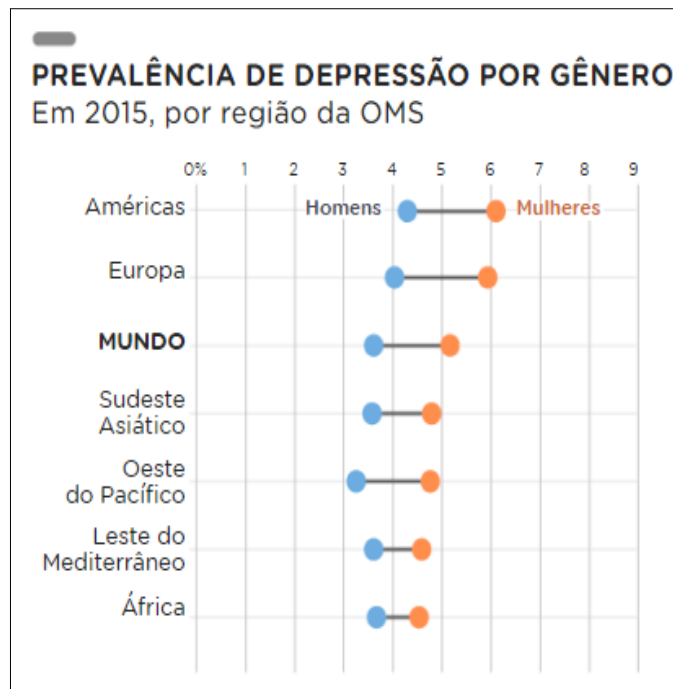
FIGURA 3: PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO



Fonte: <https://www.papodehomem.com.br/os-numeros-da-depressao-e-da-ansiedade-no-brasil-e-no-mundo>

Em resposta à aceitação das regras da civilização, alguns psicanalistas veem a depressão como uma forma de protesto contra a sociedade, uma forma de dizer "não" a quem devemos ser (KLEIN, 1934). Vendo a civilização como a causa da insatisfação generalizada, em nossa sociedade moderna, onde os indivíduos dependem tanto de conexões sociais e um senso de comunidade, não é surpresa que a depressão esteja se tornando mais comum.

FIGURA 4: PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO POR GÊNERO



Fonte: <https://www.papodehomem.com.br/os-numeros-da-depressao-e-da-ansiedade-no-brasil-e-no-mundo>

Embora essas teorias forneçam explicações para a depressão na população em geral, Freud e Abraham também propuseram várias teorias sobre a psicogênese da depressão em indivíduos específicos. Freud (1917) notou semelhanças entre luto e melancolia. Ele descreve o luto como uma reação à perda real de um objeto de amor, como uma pessoa ou mesmo um ideal. Na melancolia, por outro lado, o paciente não consegue captar conscientemente o que perdeu ou saber o que é, mas não o que é o objeto perdido.

Abraham (1924) também sugeriu algumas possíveis causas de depressão com base em seu trabalho clínico. Revelou quatro fatores necessários para a psicogênese da depressão. A primeira está relacionada aos cinco estágios do desenvolvimento psicosssexual: oral, anal, pênis, latência e, finalmente, genitália.

Uma criança deve passar com sucesso em cada um desses estágios para se tornar um adulto mentalmente saudável, e a fixação em qualquer estágio pode persistir na idade adulta e levar à neurose adulta.

Abraham acreditava que o paciente melancólico é fixado no estágio oral e, portanto, enfatiza demais o erotismo oral mais tarde na vida. Em segundo lugar, o paciente também terá experimentado decepções precoces e repetidas na infância no amor. Em terceiro lugar, é provável que a primeira dessas decepções tenha ocorrido antes dos desejos edipianos - em que o id da criança deseja acabar com o pai e se reunir com a mãe, mas é impedido de fazê-lo pelo realismo do ego. foi resolvido. Finalmente, também é provável que uma repetição dessa decepção primária no amor tenha ocorrido mais tarde na vida de um paciente melancólico.

Esses primeiros conceitos psicanalíticos se valem do trabalho clínico de Freud e Abraham para tentar encontrar exatamente o que causa a melancolia. Essas teorias funcionam no nível social e individual e oferecem algumas explicações para a prevalência e a causa da depressão.

Sintomas

Os sintomas da depressão são bem conhecidos e frequentemente encontrados em graus variados na vida cotidiana, mas o estado patológico foi definido como diagnóstico, originalmente por Freud e nos tempos modernos pelo DSM. Freud, em *Luto e Melancolia* (1917), descreve o estado de depressão como “mentalmente caracterizado por uma depressão profundamente dolorosa, perda de interesse no mundo exterior, perda da capacidade de amar, inibição de qualquer tipo de desempenho e redução no senso de si, expressa em auto-recriminação e insultos auto-dirigidos, intensificando-se na expectativa ilusória de punição ”(p. 204). Os critérios modernos de diagnóstico para depressão baseiam-se em elementos semelhantes e descrevem os sintomas da seguinte forma: tristeza, perda de interesse no mundo exterior, comer demais ou demais, comer demais ou dormir demais, perda de energia, sentimentos de inutilidade e pensamentos recorrentes de morte. Adotar uma abordagem psicanalítica de alguns desses sintomas pode oferecer uma visão de sua causa.

Como foi observado, Freud acredita que o luto e a melancolia são uma resposta a uma perda, seja ela consciente ou inconsciente. A apatia encontrada em ambos os estados se deve à devoção exclusiva ao luto, que não deixa espaço para

o interesse no mundo exterior. Ambas as condições resultam em inibição e perda de interesse, à medida que o ego é absorvido no trabalho de luto. Essa absorção do ego também explica a insônia comumente associada à depressão, que se deve à "impossibilidade de efetuar a captação geral de catexes necessárias para dormir. Pode facilmente ser resistente ao desejo de dormir do ego" (FREUD, 1917).

O sintoma mais marcante da melancolia é a perda de autoestima, característica do humor depressivo. O mecanismo por trás dessa perda de autoestima é explorado em profundidade por Freud. No curso da vida normal, o inconsciente de um indivíduo faz uma escolha do objeto de amor, e um vínculo é formado entre a libido do indivíduo e esse objeto. Se algo acontecer entre os dois, como uma ligeira ou decepção, esse vínculo estará sujeito a um choque. Em um estado normal, não melancólico, esse choque resultaria na retirada da libido do objeto de amor e na sua transferência para um novo objeto. No entanto, no estado patológico da depressão, essa extensão da libido é atraída de volta ao ego. Isso resulta na identificação do ego com o objeto odiado e abandonado. Assim, o ego, ao se ver como comparável ao objeto odiado, começa a se revoltar igualmente, resultando na autocensura que é comumente observada. Dessa maneira, afirma Freud, todas as autocensuras sentidas pelo paciente melancólico são, de fato, acusações contra um objeto de amor que foi transferido para o próprio ego do paciente. Todo sentimento negativo que o paciente sente em relação a si mesmo foi originalmente destinado a outra pessoa. Se não fosse esse o caso, o paciente, que afirma se sentir indigno e inferior, agiria sem dúvida de maneira humilde e submissa àqueles ao seu redor, o que não foi consistentemente observado.

Abraham (1924) defende a ênfase no elemento sádico da melancolia como sendo a fonte da autocensura. Ele, como Freud, acredita que o estado depressivo vem de sentimentos hostis reprimidos em relação ao objeto de amor. O sujeito constantemente tenta obter posse do objeto de amor e é hipersensível a todos os seus aspectos. O sujeito então acredita de todo coração em sua própria onipotência, na medida em que causou dor e sofrimento a seu objeto de amor. Como resultado, o sujeito permite que ele ou ela seja atormentado por esse objeto de amor. Segundo Abraham, é esse processo que está no coração da punição melancólica. O sentimento de ser a pior pessoa do mundo, portanto, vem de duas fontes - a

identificação melancólica com o odiado objeto de amor e a percepção interior de ser uma fonte de grande sofrimento para esse objeto de amor.

Luto e Melancolia enfatizam as fixações orais do melancólico, que regrediu a esse estágio de desenvolvimento libidinal. Em relação ao objeto de amor, o “ego quer incorporar esse objeto em si mesmo e, de acordo com a fase oral ou canibalista do desenvolvimento libidinal em que está, quer fazê-lo devorando-o” (1917, p. 249). Freud liga essa tendência canibalística do ego à rejeição de alimentos que tantas vezes acompanham a melancolia. Abraham (1924) também apoia esta interpretação deste sintoma. Ele acreditava que o paciente recusa a comida enquanto tenta evitar impulsos reprimidos de canibalismo simbólico.

A característica mais estranha e interessante da melancolia é, para Freud, as tendências suicidas que frequentemente a acompanham. Isso parece estar em oposição à pulsão mais forte presente em todas as criaturas vivas: a pulsão em direção ao prazer e, com efeito, em direção à própria vida. É o amor próprio do ego que cria em nós o impulso avassalador de viver, e é o estado primordial do qual a vida instintiva procede. Para explicar isso, Freud explora a possibilidade de um segundo conjunto de instintos que estão em constante oposição à libido. A dicotomia inicial entre o id e o ego foi incapaz de explicar algumas de suas experiências clínicas, como pacientes com melancolia e soldados do pós-guerra que relatavam constantemente suas experiências desagradáveis, tanto quando estavam acordados quanto em seus sonhos. Freud ficou intrigado com essa aparente oposição ao princípio do prazer e foi levado a refletir sobre as misteriosas tendências masoquistas do ego (FREUD, 1917). Ele então propôs um "instinto de morte", também conhecido como Thanatos, sugerindo que todos os instintos se esforçam para retornar à restauração de um estágio anterior, isto é, a morte. Para ele, o sadismo é um instinto de morte que se voltou para o ego do sujeito.

É por meio do sadismo do ego que ocorrem os impulsos suicidas característicos da depressão, o "indizivelmente prazeroso auto-tormento da melancolia" (FREUD, 1917, p. 211). Somente reconhecendo o deslocamento de qualquer negatividade em direção ao objeto de amor para o próprio ego do paciente, e o sadismo envolvido nisso, podemos entender como o ego poderia superar a mais primordial das pulsões e tentar se matar.

Tratamento

O tratamento da depressão no trabalho psicanalítico era inicialmente de natureza pessimista e envolvia conscientizar o paciente de seus impulsos reprimidos (MENDELSON, 1974). Abraham (1970) acreditava que o tratamento deveria aliviar os sintomas, mas também proteger contra outros ataques, livrando-se dos impulsos libidinais regressivos do paciente. No entanto, Jackson (1986) afirma que, para alguns pacientes, não é possível levar a análise ao ponto em que suas fantasias e impulsos pré-edipianos possam ser produzidos e interpretados. Ela acredita que os pacientes sofrerão inevitavelmente o fenômeno da transferência, em que os sentimentos e desejos direcionados a uma pessoa serão inevitavelmente transferidos para outra. Desse modo, ela acredita que o paciente deprimido fará do terapeuta seu objeto central de amor e o foco de suas demandas patológicas.

A terapia para pacientes melancólicos é compreensivelmente exigente. Fenichel (1998) resumiu as dificuldades que devem ser superadas no tratamento terapêutico da depressão. A primeira é a fixação oral do paciente, que deve ser analisada por meio de experiências infantis cruciais. O segundo é a ambivalência da transferência de sentimentos inconscientes para o terapeuta. O terceiro é a inacessibilidade, tanto emocional quanto comunicativa, do paciente deprimido.

A terapia psicanalítica tradicional para a depressão era um processo extenso que procurava revelar material emocional inconsciente usando técnicas de associação livre. Atualmente, o foco está na catarse emocional no contexto de uma relação paciente/terapeuta estável, de longo prazo e bem definida (BUSH, 2001). No entanto, se o valor de um tratamento deve ser avaliado em termos de seu uso clínico, a terapia psicanalítica para a depressão deve estar ausente, pois seu uso como tratamento independente não é mais comum.

A teoria psicanalítica pode oferecer algumas ideias sobre as causas, sintomas e tratamento da depressão. No entanto, existem algumas lacunas na literatura que ainda precisam ser preenchidas. Mendelson (1974), por exemplo, observa que a literatura mais moderna ignora amplamente o tratamento da depressão por meios psicofarmacológicos. O tratamento psicanalítico negligencia a eficácia da medicação,

que, embora não seja uma solução em si, levanta algumas questões teóricas sobre a psicogênese e a sintomatologia da depressão. Outra crítica possível ao tratamento psicanalítico da melancolia é a simplificação excessiva de suas causas. A depressão que não tem motivação aparente está se tornando cada vez mais comum e não é plausível que todos e cada um desses sofredores tenham sido sujeitos a uma perda ou ligeira de seu objeto de amor. No entanto, o crescente número de pacientes poderia ser atribuído ao estado da nossa sociedade moderna, e não a uma perda específica de objetos. No geral, a teoria psicanalítica pode oferecer pelo menos algumas ideias valiosas sobre a causa, sintomatologia e tratamento da depressão, mas seu uso não deve ser baseado na exclusão de outros métodos de investigação.

A neuropsicologia estuda a relação entre o cérebro e o comportamento, estudando os efeitos das alterações neuroanatômicas e déficits na função cognitiva. A inserção da psicanálise fora de seu campo é considerada uma tentativa de avançar em um campo de conhecimento além de sua competência.

Diante de mudanças drásticas no cotidiano, desemprego em massa, fechamento de lojas, quarentenas e muito mais, a depressão é o maior problema de saúde pública no cenário atual, desencadeando outros fatores prejudiciais à saúde.

A busca pelo entendimento entre mente e corpo intrigou as pessoas desde o início, e ainda hoje inspira curiosidade, pesquisa e suscita discussões e conflitos. A crença de que mente e corpo são domínios distintos, assim como a crença de que eles estão integrados. A compreensão do conceito de saúde também apresentou aspectos conflitantes ao longo dos tempos, incluindo dificuldades na compreensão do físico do indivíduo. Diferentes opiniões existem até hoje, mesmo à medida que a pesquisa avança.

No entanto, esta pesquisa sobre somatização tenta propor um referencial teórico que ilumine os principais conceitos e fundamentos dos transtornos psicossomáticos, os sintomas associados à somatização e os estressores que afetam a saúde mental. Esta pesquisa é baseada nas ideias de Freud, que levaram a pesquisas sobre integração mente-corpo ou integração mente-corpo. Mesmo sem

explorar questões relacionadas à somatização, Freud, por meio de seu trabalho sobre a histeria, enfatizou os aspectos psicológicos do desempenho físico.

No que se refere à somatização, observou-se falta de consenso no uso de termos relacionados a transtornos psicossomáticos e somatização e, em alguns casos, o Manual Estatístico Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM) e a Classificação Internacional de Doenças (CID). Mesmo na versão mais recente do DSM, a palavra "histeria" é omitida. Do ponto de vista psicanalítico, no entanto, a pesquisa é feita para compreender os sintomas relatados pelos indivíduos, não para diagnosticar classificações.

Fenômenos psicossomáticos e somatização

Vale ressaltar a diferença entre fenômenos psicossomáticos e sintomas de conversão neurótica. Na transformação, o sintoma aparece no corpo pulsional, enquanto no caso psicossomático, aparece no corpo biológico. Por meio de um relato detalhado de instâncias psicológicas que consideram linhas freudianas, tanto no primeiro como no segundo temas, e uma compreensão dos fenômenos históricos de transformação que evocam o inconsciente e alcançam a comunicação, e potencialmente respondem às questões norteadoras do estudo, que busca entender "como o que está reprimido no subconsciente se manifesta por meio de sintomas e doenças?".

Na somatização, a compreensão é possível considerando que os transtornos psicossomáticos são causados por disfunções mentais que afetam o estado físico. Distúrbios emocionais que afetam o corpo. Ainda há muito o que entender e estudar, pois compreender as complexidades da realidade psicológica de cada indivíduo é um desafio que exige constante estudo e observação.

METODOLOGIA

O método utilizado para elaboração deste trabalho foi uma revisão bibliográfica qualitativa descritiva em consultas de artigos científicos. Uma revisão de literatura tem como objetivo discutir e explicar um tema com base em referências

teóricas publicadas em revistas, livros, periódicos etc. Também tenta compreender e analisar o conteúdo científico dos tópicos selecionados (MARTINS, 2001).

A principal característica deste trabalho é a pesquisa qualitativa, que resulta na busca e desenvolvimento de um trabalho que visa contribuir com pesquisas relacionadas ao (tema). A definição do tema é de extrema importância para a busca de material com o tema apresentado, afinal essa é a melhor forma de reunir as informações necessárias para a elaboração do material (MINAYO, 1993).

Trata-se de um estudo descritivo que, segundo Gil (2008), tem como foco a descrição de pesquisas ou conhecimentos existentes. O autor confirma que a pesquisa é descritiva quando o objetivo é elucidar o máximo possível sobre um tema conhecido e descrever tudo sobre ele.

CONCLUSÃO

Dessa forma, em somatizar os resultados indicam a relevância do estudo, bem como a expectativa de pesquisas futuras, que possam explorar outros aspectos da temática, inclusive embasando com a perspectiva de outros autores.

Todavia, entender e cuidar da psique, identificar quais são os gatilhos estressores, buscar uma rotina e atividades que colaborem para o bem estar físico e mental, **e principalmente compreender que precisa de ajuda especializada para tratar de forma assertiva e segura às questões relacionadas à saúde mental**, é o melhor caminho que cada um poderá percorrer para o alcance do equilíbrio e qualidade de vida.

Nesse contexto sobre somatizar, a psicanálise é um marco, pois auxilia no entendimento da mente e da realidade psíquica de cada indivíduo, contribuindo para o fortalecimento do Ego para o desempenho de suas funções. Portanto, ao resumir os resultados, indicaram a relevância do estudo, bem como as expectativas de pesquisas futuras que possam explorar outros aspectos do tema, inclusive com base nas perspectivas de outros autores.

No entanto, entender e cuidar da mente, identificar estressores, buscar atividades diárias e atividades que contribuam para a saúde física e mental e, principalmente, saber que você precisa de ajuda especializada para lidar com confiança e segurança com problemas de saúde mental relacionados à saúde, é a chave para que todos alcancem o equilíbrio e o melhor caminho para a qualidade de vida.

Nesse contexto de somatização, a psicanálise é um marco, pois ajuda a compreender a mente e a realidade mental de cada indivíduo e ajuda a fortalecer o ego para funcionar.

REFERÊNCIAS

WHO. World Health Organization. Healthy At Home - Physical activity. WHO: Switzerland. 2020.

ABRAHAM, K. Breve estudio del desarrollo de la libido a la luz de los transtornos mentales. In: Psicoanálisis de la melancolia. Buenos Aires, El Ateneo, 1924.

ABRAHAM, K. Teoria Psicanalítica da libido. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

BUSH et al. Even Minimal Symptoms of Depression Increase Mortality Risk after Acute Myocardial Infaction. Am J Cardiol 88:337-41, 2001.

FÉDIDA, P. Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia. São Paulo: Escuta, 2017.

FENICHAL, O. Teoria psicanalista das neuroses. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1988.

FREUD, S. Civilização e os seus descontentamentos. 1929.

FREUD, S. Luto e Melancolia. 1917.

JACKSON, S. Melancholia and Depression – From Hippocratic Times to Modern Times. New Haven, Yale University, 1986.

KLEIN, M. Psychogenesis of manic-depressive states: contributions to psychoanalysis. London: Hogarth, 1934.

MACHADO, L. V.; FERREIRA, R. R. A indústria farmacêutica e psicanálise diante da “Epidemia de Depressão”: Respostas possíveis. Psicologia em Estudo. Maringá, V.19, n.1, 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000100015
Acesso em 10 de setembro de 2022.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de metodologia científica. 6ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MENDELSON, M. Psychoanalytic concepts of depression. New York, Spectrum Publication Books, 1974.

NAKAJIMA, S.; SUZUKI, T.; WATANABE, K.; KASHIMA, H.; UCHIDA, H. Accelerating response to antidepressant treatment in depression: a review and clinical suggestions. Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry, v. 34, n. 2, 2010.

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2012). Depressão: uma crise global. Dia da Saúde Mental. Disponível em:
<http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf>. Acesso em 10 de setembro de 2022.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamento de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. São Paulo: Artmed. 2011.

RIBEIRO, A. G.; CRUZ, L. P.; MARCHI, K. C.; TIRAPELLI, C. R.; MIASSO, A. I. et al. Antidepressivos: uso, adesão e conhecimento entre estudantes de medicina. Ciência e Saúde Coletiva. 19b(6), 2014. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601825
Acesso em 10 de setembro de 2022.